

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DO PONTAL
CURSO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**Aspectos sociodemográficos, estilo de vida e hábitos alimentares dos idosos atendidos
nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Ituiutaba-MG**

Janyne Vilarinho Melo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação
do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de
Uberlândia, para obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba - MG

Maio – 2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DO PONTAL
CURSO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**Aspectos sociodemográficos, estilo de vida e hábitos alimentares dos idosos atendidos
nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Ituiutaba-MG**

Janyne Vilarinho Melo

Profa. Dra. Luciana Karen Calábria

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação
do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de
Uberlândia, para obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba - MG

Maio – 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e ao meu namorado, que são a razão da minha vida. À minha orientadora Luciana Karen Calábria, aos integrantes do grupo de estudos, pesquisa e extensão em envelhecimento e doenças crônicas não transmissíveis, às minhas amigas Mayalla e Laura, e a todos os idosos que participaram da nossa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as portas que foram abertas para a realização deste trabalho. Agradeço o meu pai Clarivan de Freitas Melo e minha mãe Janete Aparecida Vilarinho Melo por me amar, em acreditar em mim, me apoiar e me incentivou nos momentos de indecisão, por terem paciência e por terem feito o possível e o impossível para a minha formação. Sem eles não chegaria aonde cheguei! Aos meus irmãos Janayne Vilarinho Melo e João Clóvis da Costa Melo pelo apoio, paciência, incentivo e compreensão nas minhas ausências.

Sou muito grata e fico imensamente feliz por ter do meu lado o meu companheiro e namorado Rogério Parreira de Oliveira, a quem eu amo muito, me apoia, incentiva, sempre ajuda quando necessito e acredita em mim.

À minha professora e orientadora Luciana Karen Calábria de quem eu gosto muito e admiro, agradeço por sua paciência, dedicação, carinho, amizade, e principalmente por passar seus conhecimentos.

Agradeço em especial a todos os idosos atendidos nos Programas de Saúde da Família que aceitaram participar deste projeto.

Aos integrantes do Grupo de estudos, pesquisa e extensão em Envelhecimento que me ajudaram na coleta de dados e na minha formação, sendo eles: Ana Lúcia de Medeiros Santos, Camila Aparecida Marques Silva, Laura Maria Araujo Vêncio, Matheus Moura Martins e Mayalla de Freitas Faria.

Aos integrantes do Grupo de estudos, pesquisa e extensão em Doenças Crônicas Não Transmissíveis que me apoiaram, acreditando no meu melhor e sempre estando dispostos a me orientar, sendo eles, Alexandre Azenha Alves de Rezende, Ana Claudia Borges, Diandra Silveira Martins, Jessyka Carla Passos Palheta, Patrícia das Dôres Lopes e Thiago Augusto Rosa.

Fico eternamente agradecida por todos os professores que deram o seu melhor para contribuir para a minha formação, e às minhas amigas Laura Alves Ribeiro e Mayalla de Freitas Faria que me ajudaram, apoiaram, confiaram em mim, e principalmente pelo o apoio e incentivo.

Finalmente, agradeço ao apoio financeiro do Programa de Extensão, Integração UFU/Comunidade, via Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis da UFU, por meio de aprovação do projeto “Atenção preventiva e educativa em saúde do idoso: o saber e o fazer compartilhados em Ituiutaba-MG” fomentou minha bolsa de extensão.

APRESENTAÇÃO

O formato deste Trabalho de Conclusão de Curso cumpre as normas aprovadas pelo Curso de Ciências Biológicas da Faculdade de Ciências Integradas do Pontal da Universidade Federal de Uberlândia.

Este trabalho foi redigido no formato de artigo científico, em português, respeitando as normas da Revista Saúde e Pesquisa, as quais podem ser acessadas no endereço eletrônico: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/index> ou consultadas no item ANEXO deste Trabalho de Conclusão de Curso (p. 47-52).

O manuscrito representa o estudo na íntegra e será submetido para publicação somente após as considerações dos membros da banca na defesa.

RESUMO

O aumento na expectativa de vida é caracterizado por uma importante mudança demográfica e transição epidemiológica, além de um conjunto de alterações biológicas, sociais e psicológicas. O presente estudo objetivou analisar o perfil socioeconômico, demográfico e a atual situação da saúde dos idosos residentes no município de Ituiutaba-MG. Para isto, 149 idosos atendidos em 11 Unidades Básicas de Saúde da Família, ainda nomeado de Programa Saúde da Família (UBSF), foram entrevistados utilizando questionário semiestruturado. Os resultados revelaram idosos com idade média de 70 anos, sendo maioria do gênero feminino, alfabetizada com até quatro anos de estudo, com renda familiar de 1 a 2 salários e naturalidade de outras cidades que não Ituiutaba-MG. Cerca de 90% dos idosos declararam utilizar medicamentos alopáticos, 47% faziam uso de plantas medicinais e 19,5% de fitoterápicos. Somente 14,7% dos idosos afirmaram fazer combinação destas três modalidades de tratamento. O número de medicamentos alopáticos utilizados pelos idosos entrevistados foi de 2 a 4 (51,7%). Em relação às doenças autorreferidas foram prevalentes as do sistema circulatório (75,8%), destacando-se a hipertensão arterial (72,5%). Ao serem questionados sobre a sua alimentação, 81,9% afirmaram considerá-la saudável, sendo a justificativa relacionada com o tipo do alimento consumido e a variedade. Do total dos entrevistados, 45% dos idosos relataram fazer de 4 a 5 refeições por dia, 44,3% consomem cereais diariamente, embora 95,3% de todos os entrevistados relataram comer arroz e feijão todos os dias. Os alimentos que são utilizados com mais frequência são de origem vegetal e animal (87,2%), 53,7% afirmaram retirar a gordura antes de consumir a carne e houve prevalência do consumo de doces somente de 1 a 2 vezes por semana (68,6%). No preparo dos alimentos, 51,0% dos idosos afirmaram ter reduzido o uso de óleo, sal e açúcar, além disso, 81,9% afirmaram retirar o saleiro da mesa, poucos idosos (25,5%) declararam ingerir 2 ou mais litros de água por dia, e apenas 24,8% leem o rótulo dos alimentos. Com base nos dados obtidos foi possível traçar um diagnóstico dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Ituiutaba-MG, sendo essencial a implementação de políticas públicas e sociais voltadas para esta população a fim de atender os desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais locais, visando a promoção do envelhecimento saudável e ativo.

Palavras-chave: Envelhecimento; Alimentação saudável; Doenças crônicas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIA	26
TABELOS E GRÁFICOS	35
ANEXO	47

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve uma explosão no crescimento populacional de idosos no Brasil. Esse crescimento de acordo com Leite (2015) é caracterizado por um aumento na expectativa de vida em consequência da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade.

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2012) evidenciou que o número de idosos de 60 anos ou mais entre 2001 e 2011 teve um aumento de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas. Além disso, a estimativa de vida para a população idosa terá um crescimento de 13,8% até 2020, e de 33,7% em 2060 (BRASIL, 2013a).

Em Ituiutaba-MG não é diferente, nos últimos anos tem se observado o aumento de idosos na população geral. Segundo o IBGE, no ano de 2000 o índice de envelhecimento da população da cidade era de apenas 48,36%. Dez anos depois, o índice teve um aumento significativo, chegando a 73,88%. De acordo com o Censo demográfico, a população idosa era composta por 14.303 indivíduos idosos com 60 anos ou mais em 2010, sendo 6.639 do gênero masculino e 7.664 do gênero feminino; isso é, os idosos correspondiam a 14,72% da população ituiutabana (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional é constituído por uma importante mudança demográfica e transição epidemiológica, além de um conjunto de fatores caracterizados por alterações biológicas, sociais e psicológicas ao longo da vida (RAMOS; CARVALHO FILHA; SILVA, 2015). Essas alterações podem afetar o estado nutricional que está diretamente ligado à saúde da pessoa idosa, e que muitas vezes pode ser portador de doenças ou disfunções orgânicas, nas quais as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ocupam lugar de destaque (BATISTA, 2015).

É notório que o envelhecimento é acompanhado por maior demanda pelos serviços de saúde e uso de medicamentos, o que predispõem esta população aos riscos da prática de

polifarmácia e aos efeitos adversos dos medicamentos, além de maiores taxas de internações hospitalares quando comparadas a outras faixas etárias (ANDERSON; BEERS; KERLUKE, 1997; LOYOLA FILHO et al., 2004; LOUVISON et al., 2008; MENDES, 2010; SANTOS; BARROS, 2008; DANTAS, 2011; MAGALHÃES; IBIAPINA; CARVALHO, 2014; MARQUES; CONFORTINI, 2015). Assim, os serviços de saúde possuem grande importância em relação à diminuição das doenças crônicas e de suas complicações (MAGALHÃES; IBIAPINA; CARVALHO, 2014).

As DCNT são definidas como morbidades de longo curso clínico, irreversíveis e relacionadas à fragilidade natural da pessoa idosa. Alguns fatores sociais contribuem para o seu desenvolvimento, como a desigualdade social, diferenças no acesso aos bens e serviços, desigualdade no acesso às informações de saúde, baixa escolaridade, e os fatores de riscos ambientais modificáveis (LEITE et al., 2015).

Um levantamento promovido pelo IBGE em 2013 alertou que as DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes na população idosa, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (BRASIL, 2011). Além disso, os principais fatores de risco estão associados ao uso de tabaco, a inatividade física e ao consumo abusivo de álcool, bem como a alimentação não saudável, incluindo a ingestão de alimentos com gorduras saturadas e ácidos graxos, e o consumo elevado de sal que estão ligados à hipertensão e doenças cardíacas (BRASIL, 2011). O consumo frequente e excessivo de doces e açúcares pode aumentar a prevalência de sobrepeso, acarretando em obesidade e intolerância à glicose, resultando em diabetes mellitus tipo 2 (DEON et al., 2015).

Deste modo, o Ministério da Saúde em 2010 publicou um manual para profissionais de saúde orientando sobre a alimentação saudável para pessoas idosas com o intuito de oferecer um apoio aos profissionais que orientarão os idosos e sua família a terem uma boa qualidade

de vida (BRASIL, 2009). Para a população brasileira em geral, o Ministério da Saúde tornou pública a segunda edição do Guia Alimentar que traz os dez passos para alimentação saudável, reformulados e adequados à realidade do brasileiro (BRASIL, 2014). Este guia sugere que uma alimentação saudável seja realizada com quatro a seis refeições diárias, as quais forneçam quantidades adequadas de nutrientes, como carboidratos, proteínas, vitaminas e minerais, além de uma dieta rica em frutas, verduras e cereais, consumo moderado de gorduras, sal e açúcar, e ingestão de 2 ou mais litros de água por dia (BRASIL, 2014).

A preocupação com as condições de saúde do idoso tem motivado o desenvolvimento de vários estudos sobre o envelhecimento humano (CLOSS, 2011; NOLTE, 2011; PIMENTA et al., 2015; CAMPOS; BOSCATTO; MINEIRO, 2015; PREVIATO et al., 2015; ZANI et al., 2015; DUTRA et al., 2016; FRANCO et al., 2016). Essas pesquisas são de suma importância no direcionamento de políticas públicas brasileiras que visam atender a população idosa, tendo em vista que o atual sistema de saúde ainda precisa ser ajustado e organizado para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da expectativa de vida (PIMENTA et al., 2015).

Algumas políticas públicas de saúde no Brasil têm focado estratégias para melhorar a alimentação na população em geral e consequentemente combater as DCNT por meio de ações de diversos setores de modo preventivo (GADENZ; BENVENÚ, 2013). No município de Ituiutaba, há uma atenção voltada para a saúde da população idosa por meio das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que possuem um planejamento estratégico para facilitar o acesso da população ao serviço de saúde, com o apoio dos Programas de Saúde da Família (PSF) que estão implantados nas áreas periféricas, ajudando assim no fluxo de atendimento das UBS e trabalhando justamente com a questão da atenção básica e prevenção (COSTA; BARRETOS, 2003). Neste sentido o presente estudo buscou avaliar os aspectos

sociodemográficos, de saúde, de estilo de vida e hábitos alimentares dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Ituiutaba-MG.

METODOLOGIA

Área de estudo

O estudo foi conduzido no município de Ituiutaba localizado na Mesorregião do Triângulo Mineiro do Alto Paranaíba do estado de Minas Gerais, que apresenta uma área de 2.694 Km², caracterizado com um clima tropical (IBGE, 2013a). Segundo o IBGE (2010) havia uma população de 97.171 habitantes com uma estimativa para 2015 de 103.333 habitantes, dos quais 14,7% seriam idosos.

Delineamento do estudo e amostragem

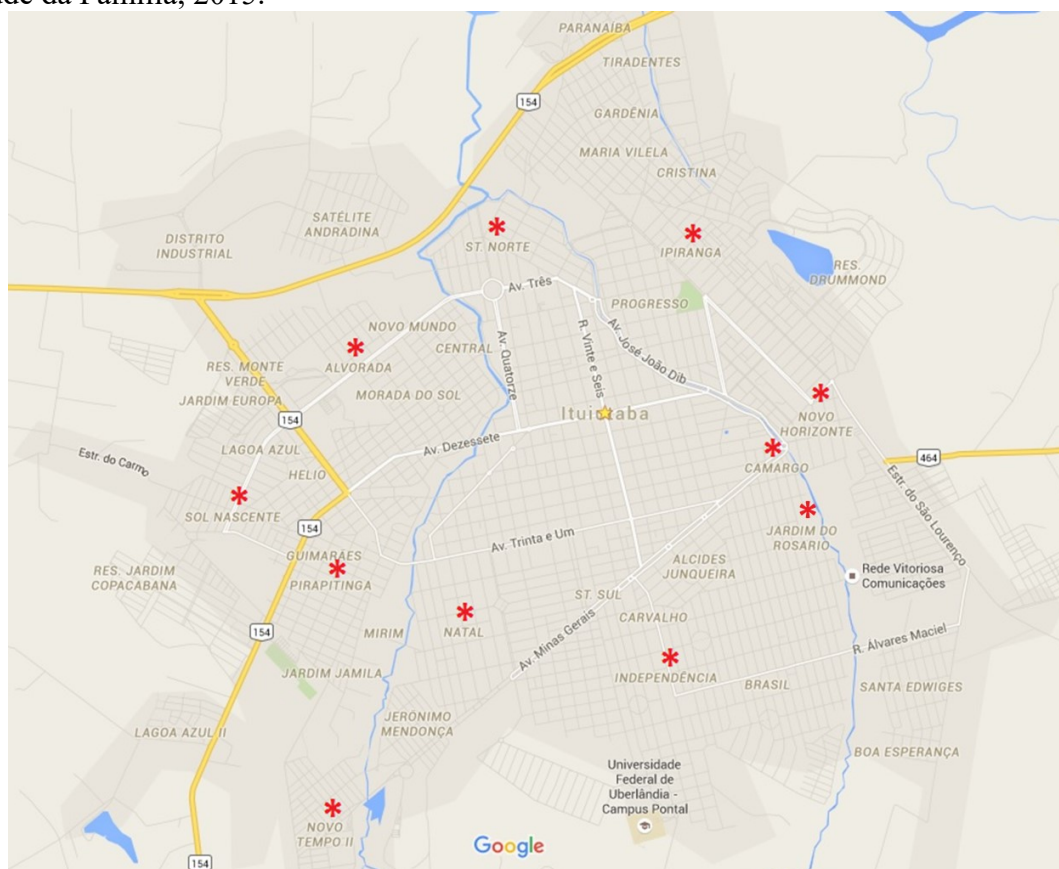
O estudo transversal e descritivo foi realizado com 149 idosos não institucionalizados, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, ainda nomeados de Programa Saúde da Família os quais estão presentes em 11 bairros, sendo eles: Alvorada, Camargo, Independência, Jardim do Rosário, Pirapitinga, Natal, Novo Horizonte, Novo Tempo 2, Santa Maria, Setor Norte e Sol Nascente (Figura 1).

Para a avaliação da adesão dos idosos nos 10 Passos para uma Alimentação Saudável para a Pessoa Idosa utilizou-se como referência o manual para profissionais de saúde orientando sobre a alimentação saudável para pessoas idosas disponibilizada pelo Ministério da Saúde (2010). Porém fizemos algumas alterações, perguntamos aos idosos sobre o hábito de lerem os rótulos dos alimentos antes de comprá-los e/ou consumi-los e abordamos quanto á percepção da sua saúde.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, sob o parecer nº 329.774 (CEP/UFJF) e faz parte do Programa de Atenção Preventiva e Educativa em Saúde do Idoso do Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa, em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa e os que concordaram em participar como voluntários por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la em qualquer fase, assinaram o termo antes de iniciar a entrevista. Os critérios de inclusão foram: ser atendido em um dos 11 UBSF, ter idade igual ou superior a 60 anos, ter interesse em participar e assinar o termo.

Figura 1: Mapa da cidade de Ituiutaba-MG destacando a localização das Unidades Básicas de Saúde da Família, 2015.



Fonte: GoogleMaps, 2015.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário semiestruturado contendo variáveis *sociodemográficas* (idade, gênero, estado civil, naturalidade, arranjo familiar e escolaridade); *econômicas* (ocupação e renda domiciliar); referente à *saúde* (diagnóstico médico de doença crônica, doenças autorreferidas como aparelho circulatório, sistema osteomusculares, transtornos mentais ou comportamentais, aparelho respiratório, doenças endócrinas e outras doenças; qual tipo de diabetes mellitus, uso contínuo, nome e quantidade dos de medicamentos; se teve alguma queda ou lesão de pele; uso de próteses dentária e ortopédica; utilização de planta medicinal e fitoterapia); e *hábito de vida* (autopercepção da saúde, etilismo e tabagismo); *nutricional* (número de refeições por dia, alimentos mais utilizados nas refeições, consumo diariamente de arroz e feijão, consumo de cereais, quantidade de doces consumidos, consumo de carne retirando a gordura ou pele, consumo de sal e óleo, retirada do saleiro, quantidade de água ingerida e leitura do rótulo).

Análise dos dados

Todos os dados foram tabulados utilizando o programa computacional Microsoft Office Excel 2007. Cada variável foi avaliada por meio de estatística descritiva analisando o número amostral, frequências absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão. A correlação de Pearson foi realizada utilizando o programa BioEstat versão 5.0, com nível de confiança de 95%, considerando $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 149 idosos atendidos em 11 Programas Saúde da Família (UBSF) do município de Ituiutaba-MG em 2015. Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1.

A idade dos participantes variou de 60 a 85 anos com média de $70,0 \pm 6,1$ anos. As mulheres tiveram maior prevalência na amostra total (66,4%) em relação aos homens (35,6%) e em todos os UBSF quando analisados individualmente. Essa discrepância no atendimento em relação ao gênero também foi confirmada em outros estudos (SILVA et al., 2009; RAMOS; CARVALHO-FILHA; SILVA, 2014; DUARTE et al., 2015; PIMENTA et al., 2015; BEZERRA; BRITO; COSTA, 2016). Segundo Silva et al. (2012a), a feminização na velhice é uma forte característica do envelhecimento populacional, sendo que a prevalência do gênero feminino é maior nas idades mais avançadas. Além do mais há pouca estruturação no atendimento e amparo às demandas do gênero masculino, impedindo assim a procura dos mesmos pelos serviços de saúde (SILVA; MENANDRO, 2014). É importante ressaltar que as mulheres têm uma preocupação maior com a saúde devido suas responsabilidades e cuidados com os filhos (PERIVATO et al., 2015; SILVA et al., 2012a).

A maior parte dos idosos relatou naturalidade de outras cidades que não Ituiutaba (59,7%). Ademais, 67,1% dos entrevistados eram de origem rural, vivendo há mais de 30 anos (38,9%) na região urbana. Com destaque especial a UBSF 7 no qual todos (100%) relataram origem rural. Este resultado pode confirmar a hipótese de Veras, Ramos e Kalache (1987) que afirma que o grupo de jovens de imigrantes que faziam parte da zona rural desde o fim dos anos 50 se transformariam em novas parcelas da população idosa residentes na zona urbana nos próximos 30 anos. Segundo Zago (2016), este processo ainda se encontra nos dias atuais, em

que ocorreu um declínio de 32% dos idosos que residiam na zona rural em 1980 para 17% em 2004, com estimativas de diminuição desta porcentagem para os próximos anos.

A ocupação mais citada foi aposentado e/ou pensionista (87,9%) tendo maior representatividade na UBSF 3 (100%), e a renda familiar mais prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos (68,6%). Dados do IBGE (2013b) revelam que grande parte dos idosos brasileiros (76,3%) recebem algum benefício da previdência social, sendo que 47,8% têm rendimento de todas as fontes superior a 1 salário mínimo. Além disso, 43,5% residem em domicílios com rendimento mensal igual ou inferior a 1 salário mínimo (IBGE, 2013b).

No entanto, outras ocupações como costuras, vendas, serviços domésticos e de cantina escolar também foram mencionadas pelos idosos. O trabalho após a aposentadoria é visto por duas vertentes pela sociedade: uma na qual os idosos sentem a perda do trabalho, e muitas vezes necessitam de procurar novos empregos, mesmo que seja mal remunerado e pouco qualificado; e outra em que os idosos veem o trabalho como uma forma de lazer, para aumentar sua renda, além de continuar tendo voz ativa no seu lar, mantendo assim os aspectos psicossociais que proporcionam uma melhor qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2015).

Os idosos entrevistados têm, na sua maioria, até quatro anos de estudos (52,3%), com maior prevalência na idade de 70 a 79 anos (51,3%), e os idosos mais jovens de 60 a 69 anos (73,9%) estudaram mais de 4 anos (15,4%), exceto no UBSF 2 em que a maioria se declarou analfabeto funcional (53,8%). Segundo Pimenta et al. (2015) em um estudo realizado no município de Teófilo Otoni-MG com 385 idosos mais de 30% da população estudada era alfabetizada. Para Santos et al. (2014), a escolaridade é um fator considerável para a qualidade de vida, visto que pessoas com grau de escolaridade mais avançado assimilam melhor as informações do dia a dia, proporcionando assim, melhores condições de vida social e econômica, além de possuírem maior facilidade ao acesso de serviços de saúde.

Na tabela 2 estão apresentados os dados referentes aos arranjos familiares da população estudada. Do total, 63,8% dos idosos afirmaram possuir companheiro e houve maior prevalência de residências com apenas dois moradores (38,3%), sendo que cerca de 30% dos idosos conviviam somente com seus companheiros, apesar de nas UBSF 2 e 3 terem prevalecido residências com idosos morando sozinhos. Segundo o trabalho de Wendt et al. (2015), onde avaliaram 215 famílias de idosos na Estratégia de Saúde da Família no Sul do Brasil, constataram que 38,2% das famílias os idosos residiam com apenas um membro familiar e 52,6% viviam somente com o companheiro, revelando assim uma proximidade de arranjo familiar estruturado nas regiões Noroeste do estado do Rio Grande do Sul com o Pontal do Triângulo Mineiro.

Baixos índices foram relatados para quedas (32,9%) e fraturas (9,4%) (Tabela 3), com destaque para as UBSF 3, 5, e 6 que tiveram prevalência maior que a média total. Os idosos que mencionaram terem sofrido alguma fratura citaram pernas, braços, costelas, dedos, pés, coluna e cabeça como locais atingidos. Segundo Kznier et al. (2015), as quedas são capazes de gerar um aumento no nível de dependência do idoso, podendo ocasionar uma preocupação específica, devido a possibilidade de afetar a capacidade funcional dos idosos por estarem relacionadas aos processos anatômicos atribuídos às causas naturais do envelhecimento. O estudo de Siqueira et al. (2007) realizado com 4.003 idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de sete estados brasileiros sendo eles Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, em 2005, que revela a prevalência de 34,8% de quedas entre os idosos, sendo que destes 12,8% tiveram como consequência uma fratura e os locais mencionados foram braços, pulso, pés, costelas, mão, fêmur e nariz. Esta frequência contraria os resultados encontrados por Maciel (2010), em que as quedas foram registradas para um terço dos idosos brasileiros que vivem em comunidade.

Alguns estudos confirmam que a fratura mais comum em idosos é a de fêmur (FABRÍCIO; RODRIGUES; JUNIOR, 2004; JUNIOR et al., 2012; SOARES et al., 2015). O uso de prótese ortopédica foi restrito a 2,7% da população entrevistada (Tabela 3) e o fêmur foi o único local atingido. Esse baixo índice de próteses também foi encontrado em idosos do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Montes Claros-MG, onde dos 99 idosos que participaram da pesquisa somente 3% relataram utilizar prótese ortopédica (ALVES et al., 2014).

A tabela 4 evidencia o uso de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos pelos idosos entrevistados. Em torno de 90,6% dos idosos declararam utilizar medicamentos alopáticos, 47% fazem uso de plantas medicinais e 19,5% de fitoterápicos. Desses, 42,9% afirmaram combinar o uso de alopáticos e plantas medicinais, e 19,5% utilizam concomitantemente alopáticos com fitoterápicos. Somente 14,7% dos idosos afirmaram fazer combinação destas três modalidades de tratamento. Esta alta taxa do uso de medicamentos alopáticos também é observada em outros estudos (SILVA et al., 2012b; SARDINHA et al., 2015). Por outro lado, o uso de plantas medicinais e fitoterápicos foi registrado por Machado et al. (2014) em 76,7% e 5,5% dos idosos que frequentam o grupo AFRID da Universidade Federal de Uberlândia-MG, respectivamente. É importante salientar que quanto maior o número de plantas medicinais e de medicamentos alopáticos utilizados pelos idosos entrevistados nos UBSF em Ituiutaba-MG, pior é a sua percepção da saúde ($p \leq 0,0001$).

O uso de fitoterápicos e plantas medicinais foi maior entre as mulheres, das quais 72,5% utilizam plantas medicinais e 75,9% usam fitoterápicos. Além disso, o uso concomitante foi relatado por 72,3% das idosas entrevistadas. Entre os homens, 27,5% utilizam plantas medicinais, 24,1% usam fitoterápicos e 22,7% afirmaram usar ambos os tratamentos. Estudos revelam que essa predominância feminina no uso de plantas medicinais se deve ao fato das mulheres serem consideradas as principais responsáveis pelos cuidados caseiros, e muitas vezes

estão envolvidas diretamente no cuidado e tratamento dos membros da família, além de terem maiores conhecimentos sobre o assunto devido a prática de trocar mudas e receitas de remédios caseiros (PIRES et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014).

O uso concomitante de medicamentos alopáticos e plantas medicinais pelos idosos entrevistados em Ituiutaba-MG é relativamente baixo ao ser comparado com estudo realizado por Machado et al. (2014) em Uberlândia-MG, em que 86,2% e 81,3% dos idosos utilizam concomitantemente plantas medicinais e fitoterápicos com medicamentos convencionais, respectivamente.

Dos idosos que afirmaram usar plantas medicinais, os espécimes mais mencionados foram erva-cidreira, hortelã, erva de Santa Maria, boldo, canela e alecrim, além de relatarem fazer uso de chás preparados com plantas que eles desconhecem o nome. As espécies não foram coletadas para identificação, uma vez que o interesse era apenas no conhecimento popular sobre o seu uso. As principais indicações para tratamento com plantas medicinais foram como analgésico, antitérmico, relaxante muscular, anti-inflamatório e antigripal. Por outro lado, o tratamento com medicamentos fitoterápicos foi citado, principalmente, para dores articulares e musculares, sintomas de gripe e infecções no trato respiratório, labirintite, diabetes e ansiedade.

O uso de algumas dessas plantas também foi encontrado em estudos como o de Brasileiro et al. (2008), Araújo et al. (2014) e Ângelo e Ribeiro (2014). Os trabalhos de Brasileiro et al. (2008) e Pires et al. (2014) relata o uso das plantas medicinais para o tratamento de doenças nos sistemas respiratório, cardiovascular e digestivo, além da cura de lesões, infecções e estresse. De acordo com Machado et al. (2015), plantas medicinais podem desencadear reações adversas com a interação de medicamentos. Segundo os mesmos autores há a necessidade de elaboração de estratégias interventivas a fim de informar os idosos sobre os riscos do uso de plantas medicinais, bem como esclarecer que o natural pode sim causar prejuízo à saúde

(MACHADO et al., 2015). É importante salientar que o uso de duas ou mais plantas medicinais é caracterizado como poliherbácea.

O principal uso de medicamentos alopáticos pelos idosos entrevistados foi de 2 a 4 (51,7%), sendo que o mínimo foi um e o máximo cinco medicamentos. É considerado polifarmácia o uso de 5 ou mais medicamentos alopáticos, e somente 26,1% dos idosos declararam realizar essa prática. No entanto, a pré-polifarmácia definida pelo uso de 3 ou mais medicamentos alopáticos foi registrada para 51,7% dos entrevistados (Tabela 4). Resultado este que supera o encontrado por Silva et al. (2012a) em que a polifarmácia ocorreu em mais de um terço dos entrevistados. Este mesmo estudo relata que dados nacionais revelam prevalência de polifarmácia por 10,9 a 38% dos idosos, com média de utilização entre 2 e 5 medicamentos. Vale ressaltar que após análise estatística com os dados dos idosos entrevistados em Ituiutaba-MG, constatou-se que o uso de medicamentos alopáticos está associado ao número de doenças crônicas diagnosticadas pelos médicos ($p \leq 0.0001$).

Em relação às doenças autorreferidas, obteve-se média de 1,8 por idoso entrevistado (mín: 1; máx: 5; $\pm 1,06$). Além disso, cerca de 90% da população foi diagnosticada pelos médicos, sendo mais prevalentes entre as mulheres (62,4%), especialmente com idade entre 60 e 69 anos (43,6%) (Figura 2). Além disso, houve maior prevalência para o sistema circulatório (75,8%), destacando-se a hipertensão arterial (72,5%) em todos os UBSF (Tabela 5). Para o sistema endócrino (39,9%) destacou-se o diabetes mellitus, sendo que 21,8% dos idosos não sabiam qual era o tipo (Tabela 5). Ainda, 41,6% dos idosos relataram possuir algum problema no sistema osteomuscular, exceto no UBSF 8 (Tabela 5).

A alta frequência de idosos com disfunção no sistema endócrino e circulatório apresentou significância em outros trabalhos (FERNANDES et al., 2009; MENDES et al., 2010; BRASIL, 2013b; SARDINHA et al., 2015; PIMENTA et al., 2015; WENDT et al., 2015; BEZERRA; BRITO; COSTA, 2016; COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016). De acordo

com Santos et al. (2014) em 207 idosos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Juliana-MG evidenciou-se que 71% deles foram diagnosticados com hipertensão arterial, enquanto 18,4% apresentavam diabetes e 31,4% foram diagnosticados com doenças no sistema osteomuscular. White e León (2014) discutem sobre a necessidade de estimular a população com educação em saúde, permitindo assim a autonomia nas suas escolhas, decisões e comportamentos frente ao tratamento.

As demais doenças autorreferidas pelos idosos foram classificadas segundo o CID, destacando-se os problemas mentais (14,8%) com maior prevalência nos UBSF 1 (28,6%), 6 (30,8%) e 11 (23,1%); no sistema respiratório (10,1%); problemas renais (3,4%) encontrados apenas no UBSF 2, 5 e 9; problemas no ouvido (2,7%); problemas no sistema digestório (2,7%) relatados somente nos UBSF 2, 3, 5 e 6; problemas sanguíneos (0,7%) somente no UBSF 10 na faixa etária de 70 a 79 anos; e neoplasias (2,0%) com representatividade nos UBSF 2, 5 e 6 (Tabela 5). Estes dados corroboram com os resultados encontrados na Estratégia de Saúde da Família da região Sul do Brasil (Wendt et al., 2015) em que as doenças no aparelho respiratório e transtornos mentais e comportamentais foram maioria, enquanto as neoplasias e problemas sanguíneos foram minoria.

Segundo o Censo demográfico do IBGE (2015) no item Morbidades Hospitalares de 2014 em Ituiutaba-MG, de um total de 421 óbitos, a maioria dos registros foi para as doenças dos aparelhos respiratório (29,2%) e circulatório (18,8%). Em menor frequência houve registro para óbitos por neoplasias (9,3%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,8%); sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários (1,9%); transtornos mentais e comportamentais (0,5%); e osteomuscular e tecido conjuntivo (0,25%). Apesar das prevalências encontradas não serem as mesmas em relação às doenças investigadas, é importante considerar que no registro do IBGE não há distinção de idade. Além disso, sabemos que muitas destas doenças podem não levar ao óbito em idosos, mas são consideradas comorbidades de outras enfermidades

adquiridas ao longo da vida. Também vale levantar a discussão de que nem todas as internações e óbitos são registrados, havendo uma negligência em saúde.

Ao avaliar a percepção da saúde pelos idosos entrevistados em Ituiutaba-MG, percebe-se que a maioria a considera razoável (46,3%) (Tabela 6). Na figura 3 é possível observar que em relação à idade, a percepção da saúde como razoável prevaleceu para a faixa etária de 60 a 69 anos (56,2%), enquanto a razoável e boa para 70 a 79 anos (36,5% para ambas), e boa para idosos com 80 anos ou mais (46,2%). Ao comparar a percepção da saúde entre os gêneros, constata-se maioria dos homens e mulheres percebe sua saúde como razoável (44% e 47,5%, respectivamente). Entre os idosos atendidos nos UBSF 1 e 3 prevaleceu a percepção da saúde como boa (42,9 e 53,8%, respectivamente). Interessantemente, houve maior prevalência da percepção da saúde como ótima somente no UBSF 6 (38,5%) (Tabela 6).

Segundo os resultados do estudo de Fernandes et al. (2009) realizado no Programa Saúde da Família de João Pessoa-PB, 54% dos idosos percebiam sua saúde como regular, 27,7% como bom/muito bom e 18,3% como ruim/muito ruim. Resultados estes que também corroboram com os obtidos por Silva et al. (2012a) em Quixadá-CE, em que 75,5% dos idosos autorreferiram sua saúde como regular. De acordo com Teston, Caldas e Marcon (2015) a autoavaliação de saúde é considerada como um indicador importante da condição de saúde de indivíduos e populações. Isso é, idosos que avaliam sua saúde como ruim apresentam risco elevado de mortalidade e aumento do índice de internações em comparação com aqueles que classificam sua saúde como excelente. Neste sentido, devemos estimular o desenvolvimento de autopercepção positiva de vida e saúde nos idosos, uma vez que essa atitude pode ser um fator de proteção.

Dos idosos entrevistados, 81,9% classificaram sua alimentação como saudável (Tabela 7), com destaque na faixa etária de 60 a 69 anos (47,5%), gênero feminino (65,6%), vivendo com companheiro (63,1%), com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (69,7%), alfabetizados

com até 4 anos de estudo (54,1%), que consideraram sua saúde como razoável (43,4%), não etilistas (79,5%) e não tabagistas (84,4%) (Figura 4). Vale destacar o UBSF 10 em que todos (100%) afirmaram possuir uma alimentação saudável, sendo maioria com 70 a 79 anos (64,3%) (Tabela 7). Além disso, os idosos dos UBSF 1 (50,0%), 3 (58,3%) e 7 (62,5%) que declararam possuir uma alimentação saudável, também consideraram sua saúde como boa (Tabela 7).

A maioria dos idosos que declarou possuir uma alimentação saudável também relatou ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, justificando assim a exigência de se ter uma dieta saudável para o controle destas doenças (dado não mostrado). Segundo Deon et al. (2015), a alimentação saudável contribui para uma melhora da qualidade de vida e do envelhecimento bem-sucedido. Ainda, o acometimento de doenças pode causar debilitação e fragilidade nos idosos, podendo levar à percepção da saúde razoável ou ruim (Mendes et al., 2011). Em relação ao não consumo de bebidas alcoólicas e tabaco por esses idosos, é visto como um ponto positivo, uma vez que estes indicadores são fatores de risco para as doenças crônicas e quando utilizados pioram o quadro de saúde (Nolte, 2011).

Fazzio (2012) observa em seu trabalho que os fatores conjugal, econômico e de escolarização podem interferir na alimentação do idoso e consequentemente na sua percepção sobre ela, podendo induzir ao consumo de alimentos de baixo custo e de fácil acesso. Entretanto, na população investigada em Ituiutaba-MG essas variáveis não interferiram na declaração dos idosos sobre sua alimentação. Isso é, mesmo que os idosos sejam de baixa renda e somente alfabetizados, apresentam boa percepção da alimentação, possivelmente pelo histórico das doenças autorreferidas. Isso pode ser constatado nos UBSF 2 e 3 em que os idosos analfabetos funcionais foram maioria ao afirmar que percebiam sua alimentação como saudável (54,5% e 83,3%, respectivamente) (Tabela 7).

No que se refere aos 10 passos para uma alimentação saudável, as mulheres foram maioria na adesão, bem como os idosos que se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos (Figura 5).

Do total dos entrevistados, 45% dos idosos relataram fazer de 4 a 5 refeições por dia, apresentando menor representatividade nos UBSF 1 (35,7%), 8 (35,7%), 9 (38,5%) e 11 (38,5%). Do total, 44,3% dos idosos consomem cereais diariamente, embora 95,3% de todos os entrevistados relataram comer arroz e feijão todos os dias. Os alimentos que são utilizados com mais frequência são de origem vegetal e animal (87,2%), com destaque para os UBSF 4 e 7 nos quais 100% dos idosos responderam positivamente para esta variável. Em relação ao consumo de carne, 53,7% dos idosos afirmaram retirar a gordura antes de consumi-la, exceto no UBSF 10 em que apenas 35,7% declararam essa condição. Houve prevalência do consumo de doces somente de 1 a 2 vezes por semana em todos os UBSF, exceto no UBSF 2 (46,2%), 3 (38,5%) e 11 (46,2%) que não acompanharam a frequência da população total. No preparo dos alimentos, 51,0% dos idosos afirmaram ter reduzido o uso de óleo, sal e açúcar, exceto no UBSF 8 (14,2%) no qual houve baixa adesão. Além disso, 81,9% afirmaram retirar o saleiro da mesa, condição encontrada em todos os UBSF. Poucos idosos (25,5%) declararam ingerir 2 ou mais litros de água por dia, e têm o costume de ler os rótulos (24,8%) dos alimentos antes de comprá-los e/ou consumi-los, hábitos com baixa prevalência em todos os UBSF.

Nas cidades de Dois Irmãos-RS e Pântano Grande-RS, Nolte (2011) registrou resultados semelhantes em populações idosas, com a maioria fazendo de quatro a cinco refeições por dia, consumindo diariamente verduras, legumes e cereais integrais, não adicionando sal aos alimentos já prontos, tendo baixo consumo de alimentos gordurosos e doces. Estudo realizado por Pontes et al. (2015) envolvendo 200 idosos de João Pessoa-PB também obteve achados similares aos nossos dados, com maioria dos idosos fazendo três refeições diariamente e consumindo frutas e hortaliças todos os dias, além de baixo consumo de frituras, gorduras e líquidos. Segundo Nolte (2011), a preferência dos idosos por alimentos mais saudáveis e *in natura* pode estar ligada às alterações fisiológicas, como a redução do paladar e secreções digestivas decorrentes do processo de envelhecimento. O envelhecimento também pode levar

à baixa ingestão de água, resultando em menor percepção à sede (ANDRADE; FONSECA; REIS, 2015).

Vale ressaltar que é possível que tenha ocorrido um viés no momento em que os idosos responderam o questionário durante a entrevista, uma vez que a adesão aos 10 passos para uma alimentação saudável é incentivada por profissionais das UBSF, mas nem sempre praticada pelos idosos.

É importante salientar que 69,8% dos idosos entrevistados em Ituiutaba-MG utilizam prótese dentária (dado não mostrado), sendo que destes 73,0% pertencem ao gênero feminino com idade prevalente de 60 a 69 anos (50,0%). Este dado corrobora com o obtido por Andrade, Fonseca e Reis (2015) na Cidade de Capitão Enéas-MG, no qual 66,3% utilizam prótese dentária. Segundo estes autores e Bezerra et al. (2015) o uso de prótese dentária pode estar associado ao declínio do estado nutricional do idoso, uma vez que o edentulismo pode comprometer a mastigação de determinados alimentos, que muitas vezes podem causar dores na boca e dificuldades na deglutição, resultando na desnutrição. No entanto, dos idosos que utilizam prótese dentária na população investigada em Ituiutaba-MG, a maioria considera sua alimentação saudável (56,4%), faz de quatro a cinco refeições por dia (32,9%) e consome cereais todos os dias (28,2%). Apesar de serem hábitos alimentares saudáveis registrados para a maioria idosa entrevistada, a orientação sobre a importância dos 10 passos para uma alimentação saudável e sua relação com a melhora na qualidade de vida em geral deve continuar sendo incentivada pelos profissionais da saúde, inclusive associada à saúde bucal.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos neste estudo é possível conhecer a atual situação da população idosa residente em Ituiutaba-MG e atendida nas Unidades Básicas de Saúde da Família, ainda nomeadas como Programa Saúde da Família, tendo como predominância o gênero feminino e a faixa etária de 60 a 69 anos, aposentados e/ou pensionistas, alfabetizados com até quatro anos de estudo e possuindo companheiro. Assim, é de extrema importância que haja implementação de políticas públicas e sociais voltadas para esta população a fim de atender os desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais decorrentes do aumento da expectativa de vida.

Os resultados sobre a baixa adesão às recomendações nutricionais, a utilização de polifarmácia concomitantemente com poliherbácia e fitoterápicos, o alto número de doenças diagnosticadas por idoso e a percepção de saúde ruim, revelam a importância da utilização de estratégias de ações pelos profissionais de saúde, e que envolvam toda a comunidade, incluindo os idosos e suas famílias, para promoção da melhor qualidade de vida, estimulando a adoção de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Além do mais, espera-se que este estudo sirva de apoio para o Ministério da Saúde, a Secretaria Regional de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde no desenvolvimento de ações direcionadas a esta população idosa e que vislumbrem o envelhecimento saudável e ativo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. C. S. et al. Condições de saúde e funcionalidade de idosos com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n. 34, p. 19-31, abr. 2014.
- ANDRADE, R. K. O.; FONSECA, G. S.; REIS, V. M. C. P. Estado nutricional de idosos do grupo feliz idade da cidade de Capitão Enéas/MG. **Revista Multitexto**, Montes Claros, v. 3, n. 01, p. 73-81, jun. 2015.
- ANDERSON, G. M.; BEERS, M. H.; KERLUKE, K. Auditing prescription practice using explicit criteria and computerized drug benefit claims data. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Malden, v. 3, n. 4, p. 283-294, nov. 1997.
- ÂNGELO, T.; RIBEIRO, C. C. Utilização de plantas medicinais e Medicamentos fitoterápicos por idosos. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 1, p. 18-31, jan./jun. 2014.
- ARAÚJO, C. R. F. et al. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35 n. 2, p. 233-238, jan. 2014.
- BATISTA, A. R. A. **Estratégia de educação alimentar e nutricional em um grupo de mulheres idosas**. 2015. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.
- BEZERRA, T. A.; BRITO, M. A. A.; COSTA, K. N. F. M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-11, jan/mar. 2016.
- BEZERRA, G. S. et al. Relação entre saúde bucal e o estado nutricional em idosos. **Revista e-ciência**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 1, p. 15-21, set. 2015.

- BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 629-636, out/dez 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36p.
- BRASIL. Especialização em Saúde da Família. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina 2010. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/epidemiologia-2.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Série Estudos e Pesquisas, 29 - Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 293p.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Série Estudos e Pesquisas, 32 - Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. 266p.

- BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas e Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b. 181p.
- CAMPOS, L. M.; BOSCATTO, E. C.; MINEIRO, L. Perfil do estilo de vida dos idosos da universidade aberta da maior idade - UAMI da cidade de Caçador-SC. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 9. n. 53. p. 315-320, maio/jun. 2015.
- COSTA, K. S.; FRANSCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32 n. 1, p. 1-12, jan. 2016.
- COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.
- CLOSS, V. E. **Associação do estado nutricional e do índice de alimentação saudável com síndrome metabólica em idosos**. 2011. 14f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DANTAS, A. O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. 2011. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2011.
- DEON, R. G. et al. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 26-34, jan/abr. 2015.
- DUARTE, E. N. C. et al. Idosos diabéticos autopercepção do estado geral de saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 288-290, 2015.

- DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Jornal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, abr/jun. 2016.
- FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, M. L. C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, fev. 2004.
- FAZZIO, D. M. G. Envelhecimento e qualidade de vida – Uma abordagem nutricional e alimentar. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 1, n. 1, p. 76-88, jan/jun. 2012.
- FERNANDES, M. G. M, et al. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Ciências e Saúde**, João Pessoa, v. 13 n. 2, p. 13-20. 2009.
- FRANCO, L. G. et al. Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fraturas de fêmur. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 51, n. 4, *article in press*, 2016.
- GADENZ, S. D.; BENYEGNÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, dez. 2013.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313420>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2013**. 2013b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2015**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=313420&idtema=146&search=minas-gerais|ituiutaba|morbidades-hospitalares-2014>>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- JUNIOR, R. G. O. et al. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 16-28, ago. 2012.
- KZNIER, T. P. et al. Fatores de riscos para quedas descritos na taxonomia da NANDA-1 para uma população de idosos. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 5, n. 3, p. 1855-1870, set/dez. 2015.
- LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Jornal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, abr/jun. 2015.
- LOUVISON, M.C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, ago. 2008.
- LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 229-238, dez. 2004.
- MACHADO, H. L. et al. Pesquisa e atividades de extensão em fitoterapia desenvolvidas pela Rede FitoCerrado: uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos por idosos em

- Uberlândia-MG. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Paulínia, v. 16, n. 3, p. 527-533, jul/set. 2014.
- MACHADO, R. S. et al. Avaliação sobre o conhecimento do uso de plantas medicinais em dois grupos de idosos. In: SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 7, 2015, Palmas. **Anais do VII Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Palmas: UFP, 2015.
- MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20 n. 4, p. 554-557, mar. 2010.
- MAGALHÃES, B. S.; IBAIPINA, D. F.; CARVALHO, D. R. Avaliação nutricional e prevalência de diabetes e hipertensão em idosos. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 131-138, out/dez. 2014.
- MENDES, T. A. B. **Prevalência de doenças crônicas e a utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no município de São Paulo**. 2010. 153f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MARQUES, L. P; CONFORTINI, S. C. Doenças do aparelho circulatório: principal causa de internações de idosos no Brasil entre 2003 e 2012. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 83-90. 2015.
- NOLTE, A. O. A. **Associação entre hábitos saudáveis de alimentação, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos**. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- PIMENTA, F. B. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, ago. 2015.

- PIRES, I. F. B. et al. Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinai**s, Paulínia, v. 16, n. 2, supl. I, p. 426-433, fev. 2014.
- PONTES, A. P. F. et al. Perfil demográfico de idosos não institucionalizados e sua percepção sobre alimentos funcionais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 3, p. 310-317, mai/jun. 2015.
- PREVIATO, H. D. R. A. et al. Perfil clínico-nutricional e consumo alimentar de idosos do Programa Terceira Idade, Ouro Preto-MG. **Revista Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 375-387, jun. 2015.
- RAMOS, J. S.; CARVALHO-FILHA, F. S. S.; SILVA, R. N. A. Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do hiperdia. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 29-39, jun. 2015.
- RIBEIRO, G. G. et al. Perspectivas sobre a aposentadoria e o trabalho na pós aposentadoria na terceira idade: revisão da literatura brasileira entre 1994 e 2014. **XIV SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica, UNIFACS**, Salvador, v. 14, p. 144-156, 2015.
- SANTOS, A. S. et al. Perfil de saúde e qualidade de vida de idosos de Santa Juliana-MG. **Enfermagem Foco**, Salvador, v. 5, n. 3/4, p. 61-64, 2014.
- SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A. Idosos do município do Recife, estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p.177-186, jul/set. 2008.
- SARDINHA, A. H. L. et al. Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 16, n. 3, p. 154-158, set/dez. 2015.

- SILVA, A. L. S. et al. Perfil epidemiológico dos idosos de uma Unidade Saúde da Família. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 27-33, 2009.
- SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, jun. 2012a.
- SILVA, G. O. B. et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-395, jul. 2012b.
- SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 626-640, jun. 2014.
- SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-56, out. 2007.
- SOARES, D. S. et al. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 239-248, jun. 2015.
- TESTON, E. F.; CALDAS, C. P.; MARCON, S. S. Condomínio para idosos: condições de vida e saúde de residentes nesta nova modalidade habitacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 487-497, set. 2015.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.
- ZAGO, N. Migração rural-urbana, juventude e ensino superior. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 64, p. 61-78, jan./mar. 2016.

- ZANI, V. T. et al. Intervenção educativa e alimentar com suplemento de aveia em mulheres idosas. **Caderno Pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 184-195, 2015.
- WENDT, C. J. K. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 406-413, mai./jun. 2015.
- WHITE, H. J.; LEÓN, L. M. Orientações nutricionais em serviços de saúde: a percepção de idosos portadores de hipertensão e diabetes. **Revista Demetra**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 4, p. 867-880, 2014.

TABELAS E FIGURAS

Figura 2: Grupos de doenças, classificadas conforme o CID, autorreferidas por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Ituiutaba-MG, 2015.

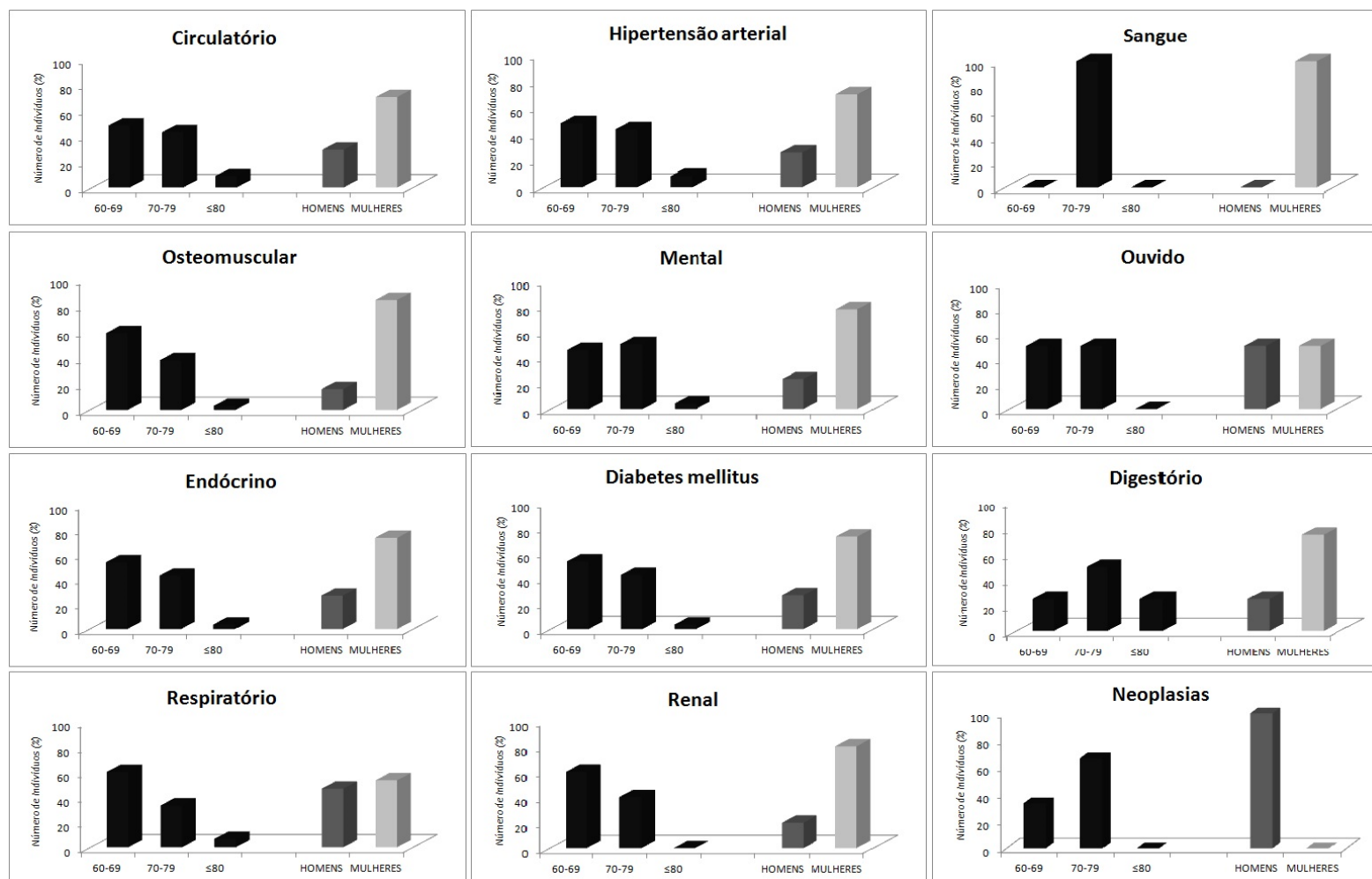


Figura 3: Percepção da saúde dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Ituiutaba-MG, 2015.

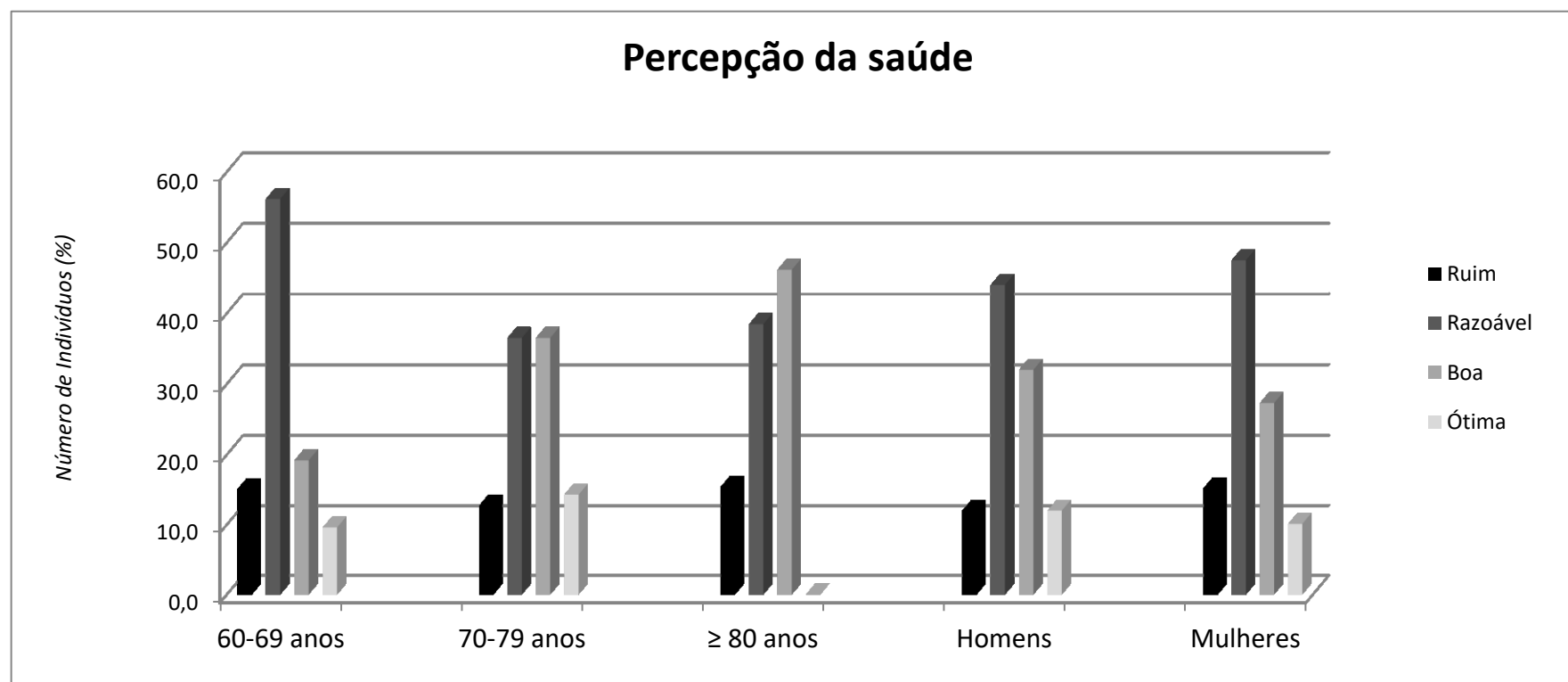


Figura 4: Frequência de idosos que consideram sua alimentação saudável em relação aos dados sociodemográficos e hábitos de vida, Ituiutaba-MG, 2015 (n = 149).

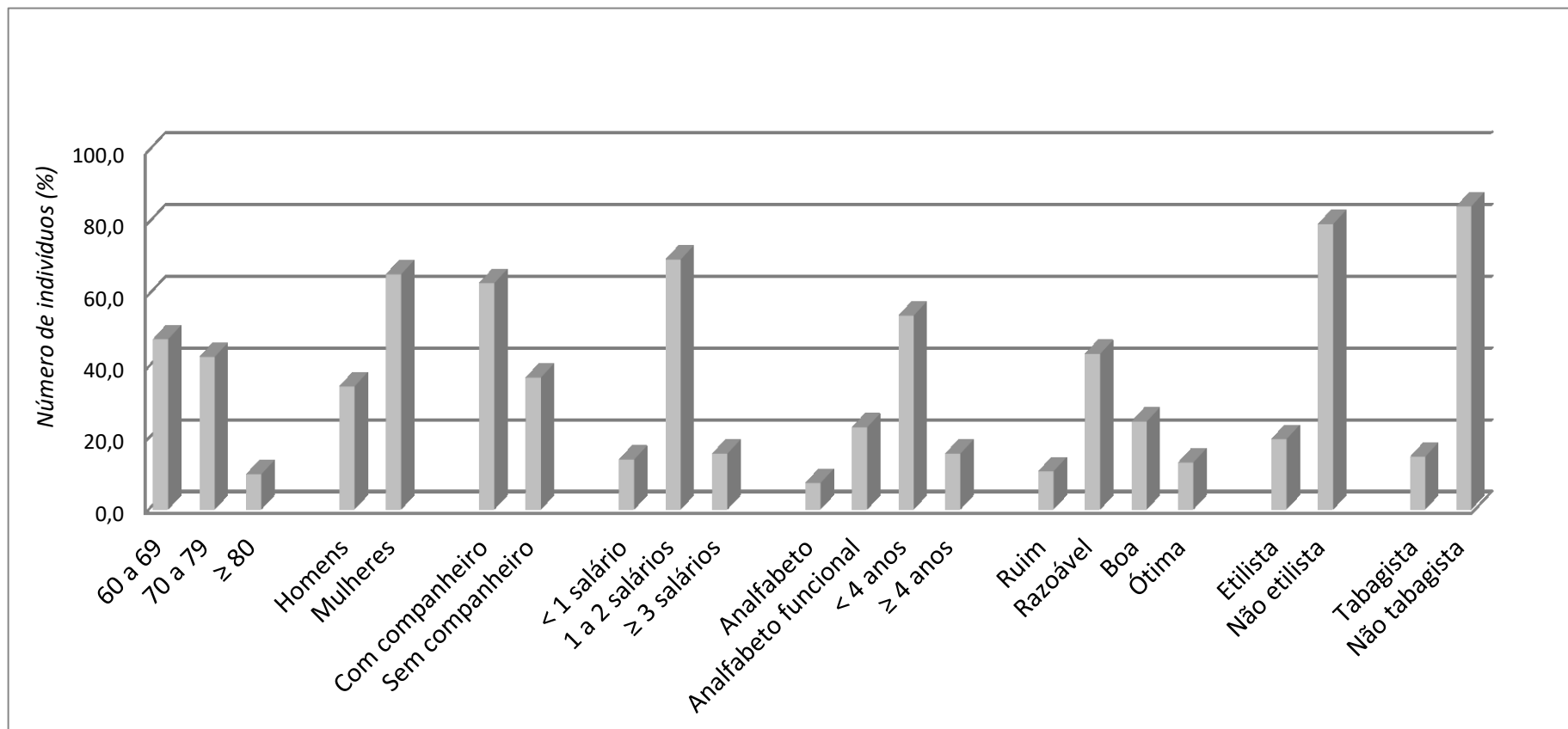


Figura 5: Adesão aos 10 passos para uma alimentação saudável dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Ituiutaba-MG, 2015.

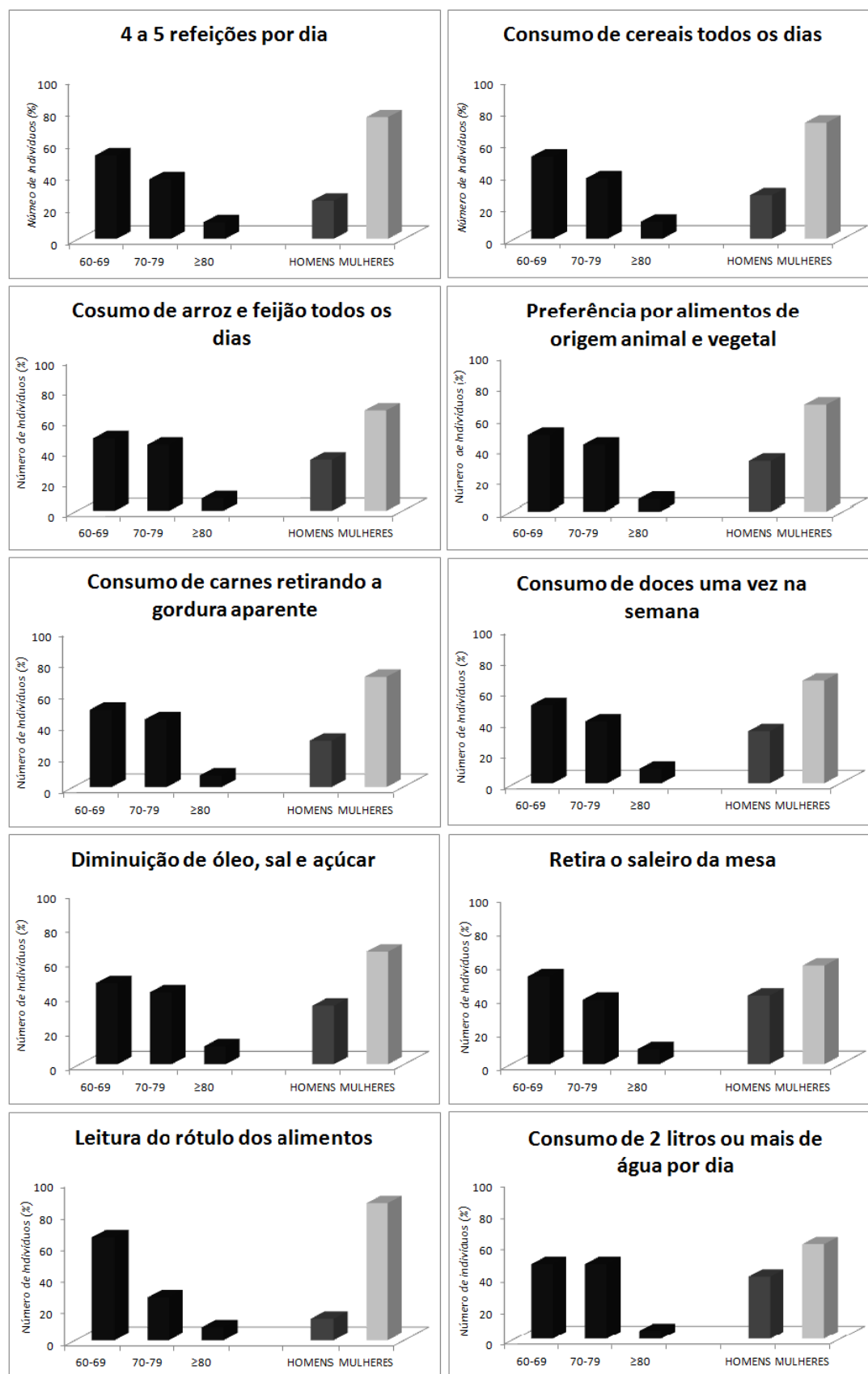


Tabela 1: Características socioeconômica e demográfica dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Variáveis	Total (n = 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade (em anos)																								
60-69	73	49,0	6	42,9	7	53,8	5	38,5	6	46,2	7	46,7	5	38,5	8	57,1	6	42,9	8	61,5	5	35,7	10	76,9
70-79	63	42,3	4	28,6	2	15,4	7	53,8	7	53,8	7	46,7	8	61,5	5	35,7	7	50,0	5	38,5	9	64,3	2	15,4
≥ 80	13	8,7	4	28,6	4	30,8	1	7,7	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	7,1	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7
Gênero																								
Masculino	50	35,6	6	42,9	6	46,2	4	30,8	5	38,5	4	26,7	5	38,5	2	14,3	6	42,9	3	23,1	5	35,7	4	30,8
Feminino	99	66,4	8	57,1	7	53,8	9	69,2	8	61,5	11	73,3	8	61,5	12	85,7	8	57,1	10	76,9	9	64,3	9	69,2
Naturalidade																								
Ituiutaba	60	40,3	7	50,0	5	38,5	5	38,5	7	53,8	6	40,0	7	53,8	6	42,9	4	28,6	2	15,4	5	35,7	6	46,2
Outras cidades	89	59,7	7	50,0	8	61,5	8	61,5	6	46,2	9	60,0	6	46,2	8	57,1	10	71,4	11	84,6	9	64,3	7	53,8
Origem rural	110	67,1	11	78,6	10	76,9	11	84,6	8	61,5	10	66,7	8	61,5	14	100,0	8	57,1	8	61,5	12	85,7	10	76,9
Tempo de residência urbana (em anos)																								
1-10	14	9,4	2	14,3	2	15,4	0	0,0	0	0,0	2	13,3	2	15,4	3	21,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1	3	23,1
11-20	7	4,7	1	7,1	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	7,7	1	7,1	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0
21-30	18	12,1	2	14,3	1	7,7	0	0,0	3	23,1	3	20,0	2	15,4	1	7,1	2	14,3	0	0,0	2	14,3	3	23,1
>30	58	38,9	4	28,6	6	46,2	9	69,2	4	30,8	4	26,7	3	23,1	3	21,4	5	35,7	8	61,5	5	35,7	4	30,8
Estado civil																								
Com companheiro	95	63,8	10	71,4	5	38,5	6	46,2	10	76,9	12	80,0	10	76,9	9	64,3	5	35,7	9	69,2	11	78,6	8	61,5
Sem companheiro	54	36,2	4	28,6	8	61,5	7	53,8	3	23,1	3	20,0	3	23,1	5	35,7	9	64,3	4	30,8	3	21,4	5	38,5
Ocupação																								
Aposentado e/ou pensionista	131	87,9	11	78,6	11	84,6	13	100,0	11	84,6	14	93,3	12	92,3	13	92,9	12	85,7	11	84,6	12	85,7	11	84,6
Outra ocupação	9	6,0	1	7,1	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,1	1	7,1	0	0,0	1	7,1	2	15,4
Sem ocupação	9	6,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	7,1	2	15,4	0	0,0	1	7,7
Renda familiar*																								
<1 salário	22	14,8	2	14,3	6	46,2	1	7,7	1	7,7	2	13,3	1	7,7	4	28,6	3	21,4	0	0,0	1	7,1	1	7,7
1-2 salários	102	68,6	8	57,1	5	38,5	11	84,6	9	69,2	8	53,3	11	84,6	10	71,4	11	78,6	10	76,9	9	64,3	10	76,9
3 ou mais salários	24	16,1	4	28,6	1	7,7	1	7,7	3	23,1	5	33,3	1	7,7	0	0,0	0	0,0	3	23,1	4	28,6	2	15,4
Escolaridade																								
Analfabeto	14	9,4	2	14,3	3	23,1	0	0,0	1	7,7	2	13,3	1	7,7	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	3	23,1
Analfabeto funcional	34	22,8	3	21,4	7	53,8	4	30,8	0	0,0	4	26,7	4	30,8	2	14,3	4	28,6	1	7,7	1	7,1	4	30,8
< 4 anos de estudos	78	52,3	9	64,3	2	15,4	8	61,5	9	69,2	9	60,0	4	30,8	6	42,9	9	64,3	10	76,9	8	57,1	4	30,8
≥ 4 anos de estudos	23	15,4	0	0,0	1	7,7	1	7,7	3	23,1	0	0,0	4	30,8	5	35,7	1	7,1	2	15,4	4	28,6	2	15,4

Renda familiar*: salário mínimo R\$ 750,00.

Tabela 2: Arranjos familiares dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Variáveis	Total (n = 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de arranjo familiar																								
Sozinho	30	20,1	3	21,4	6	46,2	4	30,8	2	15,4	1	6,7	1	7,7	2	14,3	4	28,6	3	23,1	1	7,1	3	23,1
Somente com companheiro(a)	45	30,2	5	35,7	2	15,4	4	30,8	5	38,5	6	40,0	2	15,4	2	14,3	3	21,4	6	46,2	7	50,0	3	23,1
Filho(s) com ou sem companheiro(a)	38	25,5	3	21,4	3	23,1	2	15,4	1	7,7	4	26,7	3	23,1	7	50,0	3	21,4	3	23,1	3	21,4	6	46,2
Neto(s) com ou sem companheiro(a)	7	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7	1	7,1	2	14,3	0	0,0	1	7,1	0	0,0
Outro	27	18,1	3	21,4	2	15,4	3	23,1	3	23,1	3	20,0	6	46,2	2	14,3	2	14,3	1	7,7	2	14,3	1	7,7
Número de residentes																								
1 morador	29	19,5	3	21,4	6	46,2	4	30,8	2	15,4	1	6,7	1	7,7	2	14,3	4	28,6	3	23,1	1	7,1	2	15,4
2 moradores	57	38,3	6	42,9	3	23,1	3	23,1	5	38,5	6	40,0	4	30,8	7	50,0	4	28,6	6	46,2	8	57,1	5	38,5
3 moradores	35	23,4	2	14,3	4	30,8	1	7,7	4	30,8	5	33,3	5	38,5	3	21,4	5	35,7	2	15,4	1	7,1	3	23,1
4 moradores	12	8,1	1	7,1	0	0,0	3	23,1	0	0,0	2	13,3	2	15,4	2	14,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7
5 moradores ou mais	14	9,4	2	14,3	0	0,0	2	15,4	2	15,4	1	6,7	1	7,7	0	0,0	1	7,1	1	7,7	4	28,6	0	0,0

Tabela 3: Dados autorreferidos de registros de quedas, fraturas ósseas e uso de prótese ortopédica de idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Variáveis	Total (n = 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quedas	49	32,9	6	42,9	0	0,0	5	38,5	2	15,4	8	53,3	5	38,5	5	35,7	6	42,9	2	15,4	5	35,7	4	30,8
Fraturas	14	9,4	1	7,1	0	0,0	3	23,1	0	0,0	2	13,3	3	23,1	2	14,3	1	7,1	0	0,0	1	7,1	1	7,7
Prótese ortopédica	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4

Tabela 4: Perfil do uso de medicamentos pelos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Variáveis	Total (n = 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alopáticos																								
1	19	12,8	3	21,4	2	15,4	2	15,4	6	42,8	2	13,3	1	7,6	1	7,2	4	42,9	4	30,8	4	28,6	1	7,6
2 a 4 (Pré-polifarmácia)	77	51,7	7	50,0	10	76,9	4	28,6	6	42,8	8	53,3	6	46,2	9	64,3	7	50,0	7	53,8	6	42,8	7	53,8
5 ou mais (Polifarmácia)	39	26,2	4	28,6	1	7,6	7	53,8	1	7,7	5	33,3	6	46,2	4	28,6	3	7	2	15,4	4	28,6	2	15,4
Fitoterápicos																								
Usam	29	19,5	3	21,4	1	7,6	0	0	0	0	3	20	1	37,6	7	50	6	42,8	3	23,1	5	35,7	3	23,1
Não usam	120	80,5	11	78,6	12	92,3	13	100	13	100	11	73,3	12	92,4	7	50	8	57,2	10	76,9	9	69,3	10	76,9
Plantas medicinais																								
Usam	70	47,0	8	57,2	4	30,8	8	61,5	7	53,8	8	53,3	5	38,5	3	21,4	10	71,4	7	53,8	9	64,3	4	30,8
Não usam	79	53,0	6	42,8	9	69,2	5	38,5	6	46,2	7	46,6	8	61,5	11	78,6	4	28,6	6	46,2	5	35,7	9	69,2
3 ou mais (Poliherbácia)	40	26,8	5	35,7	1	7,7	6	46,2	6	46,2	5	33,3	3	23,1	2	14,3	3	21,4	3	23,1	5	35,7	1	7,7
Tratamentos concomitantes																								
AL + PM	64	42,9	8	57,2	3	23,1	7	53,8	5	38,5	8	53,3	5	38,5	3	21,4	7	50	6	46,2	8	57,2	4	30,8
AL + FIT	29	19,5	3	21,4	1	7,7	0	0	0	0,0	3	20	1	7,6	7	50	6	42,9	3	23,1	2	14,3	3	23,1
AL + PM + FIT	22	14,7	3	21,4	1	7,7	0	0	0	0,0	3	20	1	7,6	3	21,4	4	28,6	3	23,1	2	14,3	3	23,1

AL: medicamentos alopáticos; PM: plantas medicinais; FIT: fitoterápicos.

Tabela 5: Doenças crônicas autorreferidas por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Doenças Crônicas	Total		UBSF 1		UBSF 2		UBSF 3		UBSF 4		UBSF 5		UBSF 6		UBSF 7		UBSF 8		UBSF 9		UBSF 10		UBSF 11	
	(n = 149)		(n = 14)		(n = 13)		(n = 13)		(n = 13)		(n = 15)		(n = 13)		(n = 14)		(n = 14)		(n = 13)		(n = 14)		(n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Circulatório	113	75,8	10	71,4	11	84,6	12	92,3	11	84,6	14	10	10	93,3	9	64,3	12	85,7	10	76,9	8	57,1	10	76,9
Hipertensão	108	72,5	9	64,4	10	76,9	12	92,3	10	76,9	11	8	8	93,3	9	64,3	12	85,7	7	53,8	8	57,1	8	61,5
Sangue	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1	0	0
Osteomuscular	62	41,6	5	35,7	6	46,2	5	38,5	5	38,5	6	6	6	23,1	9	64,3	0	0	9	69,2	8	57,1	6	46,2
Mental	22	14,8	4	28,6	2	15,4	0	0	2	15,4	4	3	3	30,8	1	7,1	0	0	1	7,7	2	14,3	3	23,1
Ouvido	4	2,7	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0	0	0	7,7	0	0	0	0	2	15,4	0	0	0	0
Endócrino	58	39,9	6	42,9	7	53,8	3	23,1	2	15,4	5	2	2	61,5	4	28,6	7	50,0	6	46,2	6	42,9	2	15,4
Diabetes mellitus																								
<i>tipo 1</i>	2	1,3	0	0	1	7,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0	0	0	0
<i>tipo 2</i>	14	9,4	3	21,4	0	0	0	0	1	7,7	0	0	0	23,1	2	14,3	1	7,1	0	0	4	28,6	0	0
<i>pré-diabetes</i>	9	6,0	0	0	1	7,7	2	15,4	1	7,7	1	0	0	7,7	0	0	1	7,1	2	15,4	0	0	0	0
<i>tipo desconhecido</i>	31	20,8	3	21,4	5	38,5	3	23,1	0	0	3	2	2	30,8	2	14,3	4	28,6	3	23,1	2	14,3	2	15,4
Digestório	4	2,7	0	0	1	7,7	1	7,7	0	0	1	0	0	7,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Respiratório	15	10,1	2	14,3	2	15,4	3	23,1	0	0	2	3	3	15,4	0	0	0	0	2	15,4	1	7,1	3	23,1
Renal	5	3,4	0	0	1	7,7	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	15,4	0	0	0	0
Neoplasias	3	2,0	0	0	1	7,7	0	0	0	0	1	0	0	7,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 6: Percepção da saúde dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Ituiutaba-MG, 2015.

Percepção da saúde	Total (n= 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ruim	21	14,1	3	21,4	2	15,4	3	23,1	1	7,7	0	0	0	0	0	0	1	7,1	1	7,7	2	14,3	4	30,8
Razoável	69	46,3	4	28,6	6	46,2	2	15,4	9	69,2	9	60,0	4	3,8	7	50,0	10	71,4	7	53,8	5	35,7	6	46,2
Boa	43	28,9	6	42,9	4	30,8	7	53,8	1	7,7	4	26,7	4	30,8	6	42,9	1	7,1	3	23,1	5	35,7	1	7,7
Ótima	16	10,7	1	7,1	1	7,7	1	7,7	2	15,4	2	13,3	5	38,5	1	7,1	2	14,3	2	15,4	2	14,3	2	15,4

Tabela 7: Frequência de idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que consideram sua alimentação saudável, Ituiutaba-MG, 2015.

Variáveis	Total (n = 136)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	122	81,9	12	85,7	11	84,6	12	92,3	8	61,5	11	73,3	11	84,6	8	57,1	12	85,7	12	93,3	14	100	11	84,6
Idade (em anos)																								
60-69	58	47,5	5	41,7	5	45,5	5	41,7	4	50,0	4	36,3	5	45,5	3	37,5	6	50,0	7	58,3	5	35,7	9	81,8
70-79	52	42,6	3	25,0	2	18,2	6	50,0	4	50,0	6	54,5	6	54,5	4	50,0	5	41,7	5	41,7	9	64,3	2	18,2
≥ 80	12	9,8	4	33,3	4	36,3	1	8,3	0	0	1	9,1	0	0	1	12,5	1	8,3	0	0	0	0	0	0
Gênero																								
Masculino	42	34,4	6	50,0	5	45,5	4	33,3	2	25,0	4	36,3	4	36,3	2	25,0	4	33,3	4	33,3	5	35,7	3	27,3
Feminino	80	65,6	6	50,0	6	54,5	8	66,7	6	75,0	7	63,3	7	63,3	6	75,0	8	66,7	8	66,7	9	64,3	8	72,7
Estado civil																								
Com companheiro	77	63,1	9	75,0	3	27,3	6	50,0	6	75,0	10	90,9	8	72,7	5	62,5	4	33,3	8	66,7	11	78,6	7	63,6
Sem companheiro	45	36,9	3	25,0	8	72,7	6	50,0	2	25,0	1	9,1	3	27,3	3	37,5	8	66,7	4	33,3	3	21,4	4	36,3
Renda familiar																								
<1 salário	17	13,9	2	16,7	5	45,5	1	8,3	1	12,5	1	9,1	1	9,1	2	25,0	2	16,7	0	0	1	7,1	1	9,1
1-2 salários	85	69,7	7	58,3	4	36,3	11	91,7	6	75,0	7	63,3	9	81,8	6	75,0	10	83,4	9	75,0	9	64,3	8	72,7
3 ou mais salários	19	15,6	3	25,0	1	9,1	0	0	1	12,5	3	27,3	1	9,1	0	0	0	0	3	25,0	4	28,6	2	18,2
Escolaridade																								
Analfabeto	9	7,4	2	16,7	2	18,2	1	8,3	0	0	1	9,1	1	9,1	0	0	0	0	0	0	1	7,1	2	18,2
Analfabeto funcional	28	23,0	2	16,7	6	54,5	10	83,4	0	0	3	27,3	3	27,3	1	12,5	4	33,3	1	8,3	1	7,1	4	36,3
< 4 anos de estudos	66	54,1	8	66,7	2	18,2	1	8,3	6	75,0	7	63,3	3	27,3	4	50,0	8	66,7	9	75,0	8	57,1	3	27,3
≥ 4 anos de estudos	19	15,6	0	0	1	9,1	0	0	2	25,0	0	0	4	36,3	3	37,5	0	0	2	16,7	4	28,6	2	18,2
Percepção da saúde																								
Ruim	13	10,7	2	16,7	1	9,1	2	16,7	0	0	0	0	2	18,2	0	0	1	8,3	1	8,3	2	14,3	2	18,2
Razoável	53	43,4	3	25,0	5	54,4	2	16,7	6	75,0	6	54,5	4	36,3	1	12,5	8	66,7	6	50,0	5	35,7	6	54,5
Boa	30	24,6	6	50,0	4	36,3	7	58,3	0	0	3	27,3	5	45,5	5	62,5	1	8,3	3	25,0	5	35,7	1	9,1
Ótima	16	13,1	1	8,3	1	9,1	1	8,3	2	25,0	2	18,2	0	0	1	12,5	2	16,7	2	16,7	2	14,3	2	18,2
Etilismo																								
Sim	24	19,7	5	41,7	1	9,1	3	25,0	1	12,5	0	0	2	18,2	3	37,5	1	8,3	6	50,0	4	28,6	0	0
Não	97	79,5	7	58,3	10	90,9	9	75,0	7	87,5	11	100	9	81,8	5	62,5	10	83,4	6	50,0	10	71,4	11	100
Tabagismo																								
Sim	18	14,8	1	8,3	1	9,1	1	8,3	1	12,5	2	18,2	0	0	3	37,5	3	25,0	3	25,0	1	7,1	0	0
Não	103	84,4	11	91,7	10	90,9	11	91,7	7	87,5	9	81,8	11	100	5	62,5	9	75,0	9	75,0	13	92,9	11	100

Renda familiar*: salário mínimo R\$ 750,00.

Tabela 8: Adesão dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) aos 10 passos para uma alimentação saudável, Ituiutaba-MG, 2015.

Hábitos Alimentares	Total (n = 149)		UBSF 1 (n = 14)		UBSF 2 (n = 13)		UBSF 3 (n = 13)		UBSF 4 (n = 13)		UBSF 5 (n = 15)		UBSF 6 (n = 13)		UBSF 7 (n = 14)		UBSF 8 (n = 14)		UBSF 9 (n = 13)		UBSF 10 (n = 14)		UBSF 11 (n = 13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de refeições por dia																								
4 a 5 vezes	67	45,0	5	35,7	7	53,8	7	53,8	6	46,2	6	40,0	7	53,8	9	64,3	5	35,7	5	38,5	9	64,3	5	38,5
Consumo de cereais diariamente																								
Sempre	66	44,3	7	50,0	2	15,4	6	46,2	10	76,9	3	20,0	8	61,5	4	28,6	6	42,9	6	46,2	6	42,9	8	61,5
Consumo de arroz e feijão diariamente																								
Sempre	142	95,3	14	100	11	84,6	12	92,3	13	100	14	93,3	12	92,3	14	100	13	92,9	13	100	14	100	12	92,3
Alimentos que utiliza com frequência																								
Origem animal e vegetal	130	87,2	13	92,9	12	92,3	11	84,6	13	100	14	93,3	10	76,9	14	100	12	85,7	11	84,6	13	92,9	12	92,3
Consumo de carne retirando a gordura																								
Sempre	80	53,7	8	57,1	8	61,5	7	53,8	6	46,2	11	73,3	5	38,5	9	64,3	6	42,9	9	69,2	5	35,7	6	46,2
Consumo de doces por semana																								
1 a 2 vezes	95	63,8	9	64,3	6	46,2	5	38,5	10	76,9	11	73,3	9	69,2	11	78,6	9	64,3	7	53,8	12	85,7	6	46,2
Óleo, sal e açúcar no preparo																								
Utiliza, mas diminuiu	76	51,0	6	42,9	9	69,2	7	53,8	7	53,8	8	53,3	7	53,8	11	78,6	2	14,2	6	46,2	7	50,0	6	46,2
Saleiro disponível na mesa																								
Não	122	81,9	12	85,7	11	84,6	12	92,3	10	76,9	12	80,0	11	84,6	11	78,6	10	71,4	11	84,6	12	85,7	10	76,9
Ingestão de água por dia																								
2 ou mais litros	38	25,5	3	21,4	2	15,4	3	23,1	1	7,7	5	33,3	3	23,1	4	28,6	3	21,4	4	30,8	4	28,6	6	46,2
Leitura dos rótulos																								
Sempre	37	24,8	0	0	3	23,1	1	7,7	3	23,1	8	53,3	3	23,1	5	35,7	1	7,1	5	38,5	2	14,3	5	38,5

ANEXO: Diretrizes da Revista Saúde e Pesquisa

A revista SAÚDE E PESQUISA (ISSN 1983-1870 Impresso e 2176-9206 On-line), publicação do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR é um periódico de publicação quadrimestral que objetiva divulgar a produção do conhecimento dos docentes e discentes vinculados a área da Ciências da Saúde, como Medicina, Biomedicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia, com enfoque na promoção, prevenção e recuperação das condições de saúde. Aceita Artigos Originais, Artigos de Revisão e Relato de Casos.

1. NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE E PESQUISA

Orientações Gerais:

1.1 Obrigatoriamente os autores devem utilizar o CheckList para a elaboração do manuscrito conforme as Normas da revista Saúde e Pesquisa, o mesmo deverá ser preenchido e transferido no ITEM 4 - TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES no momento da submissão;

1.2 A revista enfatiza ao(s) autor(es) que busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa “meu estudo...”, ou primeira pessoa do plural “percebemos”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

1.3 Serão aceitas contribuições em: Português, Inglês ou Espanhol e devem estar no formato Microsoft Word ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB);

1.4 Para submissão de manuscritos no idioma Inglês e Espanhol obrigatoriamente deverão passar por revisores e/ou tradutores certificados na língua estrangeira, indicados pela revista Saúde e Pesquisa;

1.5 Autores: Conter no, máximo sete autores na elaboração do artigo, e se enquadrar em uma das diferentes seções da revista, descritas a seguir;

1.6 Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Normas para envio de artigos. Caso contrário, serão devolvidos para os (as) autores (as) para eventuais correções conforme descritas, caso haja necessidade;

1.7 Somente para Artigos Aceitos - Prova Prelo: Após os trâmites de aprovação a Prova do Prelo (Artigo Diagramado) será enviado ao autor de correspondência por e-mail indicado. O autor deverá enviar o retorno no prazo de 48 h a partir da data de envio, informando a autorização da publicação para Núcleo Apoio à Editoração e Pesquisa (NAEP). Neste momento não serão aceitas grandes alterações na versão aprovada.

2. TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS (SEÇÕES)

- Artigos Originais: divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução; Metodologia; Resultados; Discussão e conclusão. A seção Agradecimentos é opcional;

- Relatos de Caso ou Técnicas: apresentação da experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e/ou de novas técnicas;

- Promoção da Saúde: trabalhos inéditos destinados a Promoção da Saúde.

- Artigos de Revisão: Artigos de revisão a partir de 2016 serão aceitos apenas por convite do editor. Sugestões de assuntos para artigos de revisão podem ser feitas diretamente ao editor,

mas os artigos não podem ser submetidos sem um convite prévio (limites máximos: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 8 figuras ou tabelas no total e 40 referências no máximo).

3. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

3.1 A revista Saúde e Pesquisa publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação simultânea em outro periódico. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificado a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão de um artigo para avaliação em vários periódicos simultaneamente constitui grave falta de ética do autor;

3.2 Somente será aceito para publicação na Revista 02 (dois) trabalhos de cada autor por ano.

3.3 O procedimento adotado para aceitação definitiva será:

- Primeira Etapa: Seleção dos artigos segundo critérios editoriais. O Conselho Editorial constitui a instância responsável por essa etapa;

- Segunda Etapa: Se o conselho editorial achar necessária solicitação de parecer de Consultores ad hoc. Os pareceres comportam três possibilidades:

- a) Aceitação na íntegra;
- b) Aceitação com modificações;
- c) Recusa integral.

3.4 Em sendo aprovado, o artigo será publicado no primeiro número da revista com espaço disponível.

3.5 O periódico não tem como critério exclusivo de publicação a ordem cronológica na qual recebe os textos e sim sua aceitação nas etapas descritas acima.

3.6 O Conselho Editorial não se compromete a devolver os originais enviados.

3.7 Direitos Autorais: Os direitos autorais para os artigos publicados nesta revista são de direito do autor, com direitos da revista sobre a declaração de concessão enviada pelos autores para a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente a revista Saúde e Pesquisa como o meio da publicação original. Em virtude de tratar-se de um periódico de acesso aberto, é permitido o uso gratuito dos artigos, principalmente em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte original.

A revista se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua e a credibilidade do veículo. Respeitará, no entanto, o estilo de escrever dos autores. Alterações, correções ou sugestões de ordem conceitual serão encaminhadas aos autores, quando necessário.

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

3.8 Ética na Pesquisa: A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas compostas na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 2000 e 2008) da Associação Médica Mundial. Para pesquisas que apresentam resultados envolvendo Seres Humanos no Brasil, obrigatoriamente os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção “Metodologia”, que o consentimento dos sujeitos foi obtido e a indicação de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, bem como citar o número do parecer ou protocolo de aprovação.

3.9 Estudos que envolvam experimentos envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008; e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of

Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e os Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

3.10 Ensaios Clínicos: Para os Ensaios Clínicos, é obrigatório a indicação do Número do Registro do ensaio no CheckList e também através da apresentação através do envio em Documentos Suplementares no momento da submissão. A revista Saúde e Pesquisa aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço.

3.11 Diretrizes para Conflito de Interesses

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

É obrigatório que a autoria do manuscrito declare a existência ou não de conflitos de interesse. Mesmo julgando não haver conflitos de interesse, o(s) autor(es) deve(m) declarar essa informação no ato de submissão do artigo, no Passo 3: Inclusão de Metadados, e transferir o Modelo de declaração de conflito de interesse a seguir, assinado por todos os autores, para legitimar a idoneidade dos resultados do estudo submetido em formato de arquivo "Doc" no Passo 4 – Transferência de Documentos

4. NORMAS GRÁFICAS

4.1 São adotadas, neste periódico, as normas de documentação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Recomenda-se a consulta principalmente às normas NBR 10.520/2002 – Citações em documentos - Apresentação; NBR 6024/2012 – Numeração progressiva das seções de um documento; NBR 6023/2002 – Referências - Elaboração; NBR 6028/2003 – Resumos; NBR 6022/2003 – Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação; Normas de Apresentação Tabular IBGE, 1993 para tabelas e quadros.

4.2 Os artigos devem ser escritos considerando um mínimo de 10 e um máximo de 20 páginas nas seguintes configurações:

4.2.1 Layout:

- Papel: A4 (tamanho 21 cm X 29,70 cm);
- Margem: Margem Superior e Esquerda de 3 cm;
- Margem: Margem Inferior e Direita de 2 cm;
- Parágrafo: Justificado com recuo de 1,5 cm na primeira linha;
- Espaçamento para o texto: Entre linhas 1,5 cm em todo o artigo, com exceção do resumo, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples;
- Fonte: Fonte Arial, tamanho 12 no texto, com exceção das citações diretas acima de 3 linhas que a Fonte deverá ser 10;

4.3 A ESTRUTURA DO ARTIGO deve ser a seguinte:

- Título: Deverá ser claro, conciso e refletir a essência do artigo:

4.3.1) Fonte do título: Caixa alta, negrito, centralizado e fonte 14;

4.3.2) Caracteres ou palavras: 100 caracteres ou 14 palavras. Conter;

4.3.3) Idiomas: Apresentar no idioma português e inglês (Obrigatoriamente);

4.3.4) Autoria: Para assegurar a integridade do anonimato dos autores e garantir o processo de avaliação por pares cegas, todas as informações sobre autoria NÃO deve constar no artigo ou qualquer outra informação oculta que possa identificar os mesmos. Essas informações deverão ser preenchidas no momento da submissão do artigo no 2º passo (Metadados da submissão - indexação). Obrigatoriamente preencher nome completo, e-mail, instituição e informar uma breve biografia contendo: última titulação acadêmica, curso/departamento/instituição ao qual pertence(m). Não serão aceitos posteriormente a submissão à inclusão de nomes de autores que não foram preenchidos no passo Metadados, por isso sugerimos a máxima atenção para esse passo.

Como remover os dados de autoria em documentos do Microsoft Office, a identificação do autor deve ser removida das propriedades do documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar;

4.3.5) Critérios de Autoria

A revista Saúde e Pesquisa adota os critérios de autoria para artigos segundo as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors Abrir. Desta maneira, apenas aquelas pessoas que colaboraram diretamente para o conteúdo intelectual do manuscrito devem ser listadas como autores.

Abaixo os três principais critérios que os autores devem observar, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

A responsabilidade pela temática dos manuscritos submetidos à revista Saúde e Pesquisa é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas original e real ao serem publicadas, tanto o editor, bem como os membros do conselho editorial não podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas.

Pessoas que não preencham tais requisitos e que tiveram participação puramente técnica ou de apoio geral podem ser citadas na seção Agradecimentos.

4.3.6) Resumo: deve-se escrever a palavra Resumo em fonte tamanho 12, negrito, Caixa alta e alinhado à esquerda, seguido de dois pontos. Deve-se ainda iniciar seu conteúdo logo em seguida da palavra RESUMO: que deve estar em um único parágrafo de no máximo 15 linhas ou 150 palavras, sem recuo na primeira linha. Deve ser usado espaçamento simples entre linhas, justificado, em fonte tamanho 12, sem citação de autoria.

4.3.7) Palavras-chave: Após o resumo, escrever o termo Palavras-chave em fonte tamanho 12, negrito, alinhado à esquerda. Em seguida listar no mínimo 3 (três) a 5 (cinco) palavras ou descritores (também referidos como unitermos) que identifiquem o tema. Obrigatoriamente utilizar o vocabulário controlado do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, publicação da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde consulte a lista de Descritores ou MeSH (Medical Subject Headings).

4.3.8) Abstract: Em Inglês, com formatação igual à do Resumo.

4.3.9) Keywords: Em Inglês, com formatação igual à das Palavras-chave.

4.3.10) Texto principal: Deve ser subdividido em: INTRODUÇÃO; 2 METODOLOGIA; 3 RESULTADO; 4 DISCUSSÃO; CONCLUSÃO; 5 AGRADECIMENTOS (Opcional). Se,

porventura, o trabalho utilizar termos em língua estrangeira, estes deverão ser escritos usando o modo itálico exceto para as palavras et al. e apud.

4.4) Títulos das Seções: Conforme a NBR 6024/2003, devem ter numeração progressiva, alinhamento à margem esquerda, sem utilizar ponto, hífen, travessão ou qualquer outro sinal após o indicativo de seção ou de seu título.

Exemplo de formatação das seções/títulos: SEÇÃO PRIMÁRIA Letra MAIÚSCULA e negrito; SEÇÃO SECUNDÁRIA Letra MAIÚSCULA e sem negrito; Seção Terciária em negrito e somente o Início da Palavras em Maiúsculo.

4.5 Citação: As citações deverão seguir o sistema de chamada alfabética (NBR 10520/2002). Quando a obra possuir até três (3) autores, indicam-se todos, na mesma ordem em que aparecem na obra, emprega-se (;) entre os autores. Quando a obra possuir mais de três (3) autores, menciona-se o primeiro, seguido da expressão et al. Na lista de referências devem constar o nome de todos os autores.

4.6 Ilustrações: Todas as ilustrações devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto com números arábicos. Cada ilustração deve receber um título e quando forem elaboradas com dados obtidos de outros documentos ou reproduzidas de outra obra, obrigatoriamente devem conter a citação da fonte quando as mesmas não forem geradas pelo(s) autor(es) no referido artigo. As figuras deverão ser identificadas e enviadas através de arquivos individuais, gravados em extensão *.TIF, em modo CMYK para as coloridas e modo grayscale (tons de cinza) para as P&B, com resolução de 300 dpi.(300 dpi) em documentos suplementares no passo 4 da submissão.

As figuras desempenham o papel de auxiliar, ou seja, complementam ou apoiam a expressão de ideias do texto. Por isso serão aceitos para cada artigo o conjunto de 5 itens entre figuras, tabelas, gráficos e quadros.

Em figuras ou fotos, a fonte ou nota explicativa deve estar posicionada centralizada e abaixo da figura, em tamanho 10.

4.7 Tabelas, gráficos ou quadros, utilize as Normas de apresentação Tabular IBGE. A legenda deve ser precedida pela palavra tabela/gráfico/quadro e pelo seu respectivo número, em ordem crescente e algarismos arábicos. A legenda deve ser posicionada à esquerda e na parte superior. A fonte ou nota explicativa deve ser posicionada à esquerda e na parte inferior da tabela em fonte tamanho 10.

As tabelas, gráficos ou quadros desempenham o papel de auxiliar, ou seja, complementam ou apoiam a expressão de ideias do texto. Por isso serão aceitos para cada artigo o conjunto de 5 itens entre figuras, tabelas, gráficos e quadros.

4.8 Agradecimentos: podem ser mencionadas colaborações de pessoas, instituições ou agradecimento por apoio financeiro, auxílios técnicos, que mereçam reconhecimento, mas não justificam a sua inclusão entre os autores.

4.9 Conflitos de interesse: Devem ser reproduzidos objetivamente quando houver, e quando não houver, apresentar a declaração conforme Diretrizes apresentadas no item 3.10.

4.10 Referências: As referências bibliográficas devem ser redigidas segundo a norma NBR 6023/2000 da ABNT e deverão ser listadas em ordem alfabética no final do artigo. Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos 5 (cinco) anos, sobre o tema. Deve conter apenas trabalhos citados no texto.

5. MODELO DE REFERÊNCIAS

ARTIGO DE REVISTA: SOBRENOME DO AUTOR DO ARTIGO, Prenomes. Título do artigo. Nome da Revista, Cidade, volume, número, página inicial e final, data (dia, mês, ano). Exemplo: SIMONS, Robert. Qual é o nível de risco de sua empresa? HSM Managment, São Paulo, v.3, n. 16, p. 122-130, set./out. 1999.

LIVRO: SOBRENOME DO AUTOR, Prenomes. Título. Edição. Cidade: Editora, ano.
Exemplo: SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002. ISBN 85-249-0050-4.

ANAIS DE CONGRESSO: NOME DO EVENTO, Número do evento, ano de realização, Local. Tipo de documento. Local: Editora, ano de publicação. Número de páginas.
Exemplo: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ENGENHARIA DE SOFTWARE, 14, 2000, João Pessoa. Anais... João Pessoa: CEFET-PB, 2000. 190p.

DISSERTAÇÃO E TESE: SOBRENOME DO AUTOR, Prenomes. Título do trabalho. Ano. Número de folhas. Natureza do trabalho (Tese, dissertação, monografia ou trabalho acadêmico (grau e área do curso) - Unidade de Ensino, Instituição, local, data.
Exemplo: FREITAS JÚNIOR, O. de G. Um modelo de sistema de gestão do conhecimento para grupos de pesquisa e desenvolvimento. 2003. 292f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

TRABALHO COMPLETO APRESENTADO EM CONGRESSO: SOBRENOME DO AUTOR, Prenomes. Título do artigo. A expressão In: NOME DO CONGRESSO, numeração do evento, ano, local. Tipo do documento (Resumo, Anais...). Cidade: Editora, ano. Página inicial e final. Exemplo: SOUZA, L. S.; Borges, A. L.; Rezende, J. Influência da correção e do preparo do solo sobre algumas propriedades químicas do solo cultivado com bananeiras. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE FERTILIDADE DO SOLO E NUTRIÇÃO DE PLANTAS, 21, 1994, Petrolina. Anais... Petrolina: Embrapa, CPATSA, 1994. p.3-4

ARTIGO EM FORMATO ELETRÔNICO: Exemplo: KELLY, R. Eletronic publishing at APS: its not just online journalism. APS News Online, Los Angeles, Nov. 1996. Disponível em: Acesso em: 25 nov. 1998.