

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SUIANY DIAS ROCHA

CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES NOS
ENTORNOS SUL E NORTE DO DISTRITO FEDERAL

GOIÂNIA

2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: SUIANY DIAS ROCHA

Título do trabalho: CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES NOS ENTORNOS SUL E NORTE DO DISTRITO FEDERAL

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Data: 05 / 03 / 2016

Assinatura do (a) autor (a) ²

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

SUIANY DIAS ROCHA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES NOS
ENTORNOS SUL E NORTE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claci Fátima Weirich Rosso

Co-orientadora: Ms. Thays Angélica de Pinho Santos

GOIÂNIA

2016

Ficha de Identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

ROCHA, SUIANY DIAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS RESIDENTES NOS
ENTORNOS SUL E NORTE DO DISTRITO FEDERAL [manuscrito] /
SUIANY DIAS ROCHA. - 2016.
116 f.

Orientador: Profa. Dra. CLACI FATIMA WEIRICH ROSSO; co
orientadora THAYS ANGÉLICA DE PINHO SANTOS.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.
Anexos.

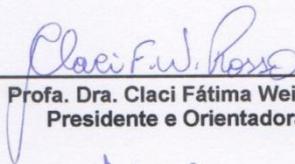
1. SAÚDE DO IDOSO. 2. GESTÃO EM SAÚDES. 3. SAÚDE
COLETIVA. 4. DOENÇA CRÔNICA. I. FATIMA WEIRICH ROSSO,
CLACI, orient. II. Título.

CDU 614

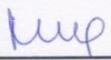


**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA**

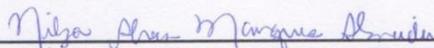
Aos 23 dias do mês de março de 2016, às 16h e 00min, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Claci Fátima Weirich Rosso (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez (Membro Externo) e Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “Condições de Saúde dos Idosos Residentes nos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal”, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Suiany Dias Rocha**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 18:10 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso
Presidente e Orientadora / UFG



Profa. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez
Membro Externo



Profa. Dra. Nilza Alves Marques Almeida
Membro Interno

DEDICATÓRIA

*A minha família pelo apoio, incentivo
e compreensão principalmente nas
minhas ausências.
Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus grande Criador pela fé que me mantém viva e firme no caminho da honestidade e trabalho.

A Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso, pela orientação oferecida durante a trajetória do mestrado, pelas oportunidades de trabalho nas pesquisas envolvidas, pela confiança no meu desempenho e principalmente pela amizade construída nesses anos. Muito obrigada Claci, a você minha eterna gratidão.

As professoras Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez, Dra. Nilza Alves Marques Almeida, pela atenção e contribuições durante o exame de qualificação e por aceitarem participar da avaliação final do trabalho. Agradeço a atenção, vocês são parte importante da construção do trabalho.

As professoras Dra. Marta Roverly de Souza e Dra. Valéria Pagotto, pela disponibilidade de leitura e contribuição no trabalho.

A minha co-orientadora e amiga Profa. Ms. Thays Angelica de Pinho Santos, por todo apoio na construção do trabalho final, suas contribuições foram essenciais.

A toda equipe de coleta de dados do Entorno Sul e Entorno Norte, principalmente a coordenação e a equipe de apoio da pesquisa representados pelos professores: Dra. Claci Fátima Weirich Rosso, Dra. Maria Margarita Urdaneta, Dr^a Célia Landmann Swarcwald, Ms Francisco Viacava e Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Junior, agradeço a oportunidade de participar da pesquisa.

Ao Ms. João Paulo Fernandes e ao acadêmico Igor Mael, pelo apoio na construção do banco de dados e análise dos resultados.

Ao Professor Elias Rassi pela inserção no mundo da pesquisa ao me convidar para participar do 1º Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas em 2008, com certeza esse foi o primeiro passo da caminhada até aqui.

A Secretaria Municipal de Educação pelo apoio e liberação para realização das disciplinas do mestrado.

Aos amigos aqui representados por Lorena Peres, Ana Lúcia Ferreira, Rosana Santos, Camila Regis, Nayana Rodrigues, Paula Ferreira, Francineire França, Mariana Ribeiro, Verônica Gomes, Carlos Magno, Anna Christina Pucci, Elizabeth Alves, pelo carinho e apoio em todos os momentos.

Aos companheiros da turma 2013 do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva em especial, Alba Valéria, Eurides Santos, Thais Yoshida e Rosângela Maria, pelo companheirismo, amizade e por acreditarem que tudo dá certo no final.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás – FAPEG, pelo apoio financeiro.

Aos meus pais Antonio e Raimunda por sempre incentivarem o caminho dos estudos, proporcionando condições para essa trajetória, esse mérito é de vocês. Aos meus irmãos Nubya e Alexandre, ao meu cunhado Renato e minha afilhada Sofia, pelo carinho e compreensão nas horas de cansaço.

A Universidade Federal de Goiás por proporcionar a oportunidade de fazer parte de uma instituição de ensino referência no país.

“Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir entre rir ou chorar,
ir ou ficar, desistir ou lutar, porque
descobri, no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o decidir. ”

Cora Coralina

RESUMO

ROCHA, S.D. **Condições de saúde dos idosos residentes nos entornos sul e norte do Distrito Federal.** 2016. Dissertação. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

O processo de envelhecimento vem se acelerando no Brasil e no mundo. Estima-se que até 2050 tenha-se mais de 2 bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos no mundo. O Brasil acompanha essa mudança, visto que até 2020 espera-se que a população brasileira tenha cerca de 29 milhões de idosos. Diante da importância de se desenvolver pesquisas tendo como foco este público, neste estudo o objetivo foi de descrever as condições de saúde dos idosos residentes nos municípios dos Entornos Sul e Norte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF entre os anos de 2010 e 2012. Para realização do estudo foi utilizado um estudo epidemiológico descritivo, transversal do tipo inquérito domiciliar de base populacional nos municípios pertencentes ao entorno sul e norte. Para a coleta de dados foi realizada a definição do participante mediante seleção com equiprobabilidade realizada em três estágios, ao final das etapas foram incluídos aqueles que tinham mais de 60 anos. Análise realizada por meio de software SPSS 19.0 e Excel 2010. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa médica humana e animal da Universidade de Brasília sob o protocolo FR 342534. Participaram da pesquisa 112 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos. Os resultados demonstram que a maior parte dos participantes é do sexo feminino, idade entre 60 e 74 anos, tanto mulheres quanto homens. 53,1% das mulheres são viúvas e 72,9% dos homens são casados ou vivem com companheira. Quanto ao trabalho 58,9% referiram estar aposentados ou recebendo pensões. Ao serem questionados quanto a auto avaliação de sua saúde os resultados foram positivos onde 41,9% consideram muito boa e boa. No que se refere às condições de saúde, 51,8% dos idosos são hipertensos, 24,1% referiram problemas de coluna 22,3% colesterol alto, ainda abordando as morbidades referidas 13,7% dos idosos relatam terem sido diagnosticados com diabetes, porém informa não procurarem os serviços de saúde para tratamento. A partir dos resultados obtidos neste estudo, percebe-se que esse aumento na expectativa de vida dos idosos é um desafio para a gestão das três esferas de governo. Por isso, é importante que se implante serviços específicos para a população idosa não só voltada para as doenças crônicas, mas também para o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional do indivíduo valorizando assim a sua autonomia, além da prevenção de agravos e/ou complicações.

Palavras chave: Saúde do idoso, gestão em saúde, saúde coletiva, doença crônica

ABSTRACT

ROCHA, S.D. **Health conditions of elderly residents in the southern and northern environs of the Federal District.** 2016. Dissertation. Professional Master's Program in Public Health, Federal University of Goiás.

The aging process is accelerating in Brazil and worldwide. It is estimated that by 2050 has to be more than 2 billion people over the age of 60 years in the world. Brazil follows the change this, since 2020 it is expected that the Brazilian population has about 29 million seniors. Given the importance of developing research focusing on this audience, in this study the objective was to describe the health status of elderly residents in the municipalities of the environs South and North Region Integrated Development of the Federal District and Surrounding Areas - RIDE-DF between 2010 and 2012. for the study was used a descriptive epidemiological study, cross the household survey population based in the municipalities belonging to the surrounding south and north. For data collection was performed participant definition by selection with equal likelihood held in three stages, at the end of the stages were included those who had more than 60 years. Analysis using software SPSS 19.0 and Excel 2010. This study was approved by the Ethics Committee on human and animal medical research at the University of Brasilia under the FR 342534. protocol Search by 112 people aged over 60 years. The results show that most of the participants are female, aged between 60 and 74 years, both women and men. 53.1% of women are widows and 72.9% of men are married or living with a partner. As for the work 58.9% reported being retired or receiving pensions. When asked about their health self-assessment results were positive where 41.9% as very good and good. With regard to health conditions, 51.8% of the elderly are hypertensive, 24.1% reported back problems 22.3% high cholesterol, also addressing the morbidities 13.7% of seniors report having been diagnosed with diabetes , however reports do not seek health services for treatment. From the results obtained in this study, it is clear that this increase in life expectancy of the elderly is a challenge for the management of the three spheres of government. Therefore, it is important to implant specific services for the elderly population not only focused on chronic diseases, but also for the development and maintenance of functional capacity of the individual thus enhancing their autonomy, as well as disease prevention and / or complications.

Keywords: Aging health, health management, public health, chronic disease

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Projeção da distribuição da população por sexo nos anos de 2000 e 2035 no Brasil	22
Figura 2: Pirâmide etária da população nos anos de 1980 a 2010 do Estado de Goiás.	24
Figura 3: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento Petrolina Juazeiro – RIDE-PEBA	29
Figura 4: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento Grande Teresina – RIDE-PIMA	30
Figura 5: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal – RIDE-DF	31
Quadro 01: População, área, distância do DF e densidade demográfica (Hab/Km ²) dos municípios pertencentes ao Entorno Sul e Entorno Norte da RIDE-DF, 2010	35
Figura 6: Algoritmo da realização de amostragem e seleção dos indivíduos participantes da pesquisa	38
Quadro 02: Quadro de variáveis – Descritivo dos blocos temáticos, variáveis e questões referentes ao Inquérito de base populacional RIDE-DF, 2010-2012	43
Gráfico 1: Doenças crônicas mais recorrentes no Brasil	52
Gráfico 2: Frequência de DCNT e fatores de riscos nos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF, 2012	52
Figura 7: Organograma para identificação e diagnóstico de HAS	54
Gráfico 3: Ações desenvolvidas para controle da hipertensão pelos idosos residentes nos municípios dos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal segundo o sexo, Entorno Sul e Norte de 2010 - 2012	45
Tabela 2: Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis de idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal, 2012	49
Tabela 3: Morbidades relacionadas ao aparelho circulatório referidas pelos idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal, 2012	56
Tabela 4: Diagnostico referido de problemas crônicos de coluna, osteoporose e artrite, em idosos residentes nos municípios do Entorno Sul e Norte do DF, 2012	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
COARIDE	Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DF	Distrito Federal
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIS	Ficha de Identificação do Setor Censitário
GO	Goiás
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
ICICT/Fiocruz	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
PMS/AB	Pesquisa Mundial de Saúde/Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
RIDE-DF	Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal
RIDE-PEBA	Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina-Pernambuco/Juazeiro-Bahia
RIDE-PIMA	Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina Piauí e Maranhão
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
UnB	Universidade de Brasília
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 Envelhecimento da População	21
3.2 Atenção à Saúde do Idoso	25
3.3 Regiões Integradas de Desenvolvimento	28
3.3.1 Região Integrada de Desenvolvimento – RIDE Petrolina/PE – Juazeiro/BA.	29
3.3.2 Região Integrada de Desenvolvimento Grande Teresina – RIDE Grande Teresina	30
3.3.3 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entono – RIDE-DF	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 Delineamento do Estudo	34
4.2 Local do estudo	34
4.3 Amostragem e tamanho da amostra	35
4.4 Coleta, processamento e análise dos dados	39
4.4.1 Coleta de dados	39
4.4.2 Instrumento de coleta de dados	41
4.4.3 Processamento e análise de dados	42
4.5 Aspectos éticos e legais	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Perfil sociodemográfico dos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF	44

5.2 Auto avaliação de saúde e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis	48
5.3 Prevalência de morbidades referidas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal	51
CONCLUSÃO	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERENCIAS	64
ANEXOS	73
Anexo 1 - Ficha de Identificação do Setor Censitário	74
Anexo 2 – Questionário	75
Anexo 3 – Mapas	109
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Anexo 5 - Carta de Apoio do Colegiado de Gestão da RIDE DF	112
Anexo 6 - Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa	113

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória profissional na Secretaria Municipal de Educação de Goiânia, atuando principalmente na gestão educacional tive a oportunidade de participar do 1º Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas no ano de 2008, experiência enriquecedora de observar e contribuir de forma mais próxima das etapas de uma pesquisa de base populacional.

Durante esse percurso foi possível aproximar e contribuir de forma efetiva principalmente na parte operacional da pesquisa, situação essa que se estendeu para a realização da supervisão de campo no inquérito de base populacional no Entorno do Distrito Federal – RIDE DF. Nesse momento participei das etapas de discussão da equipe formada pela Universidade Federal de Goiás, Universidade de Brasília e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e principalmente, na execução da etapa de coleta de dados municípios do Entorno Sul da RIDE-DF. Participei também da seleção da equipe de coleta de dados do Entorno Norte e, no momento estou realizando a última etapa da pesquisa na Região dos Pireneus

Ainda como experiência de pesquisa, participei dos ciclos I e II da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB em todos dos municípios do Estado de Goiás, sob a Coordenação da Universidade Federal de Goiás representadas pelas Professoras Dra. Marta Roverly de Souza e Dra Claci Fátima Weirich Rosso.

Após essa trajetória ingressei no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás com a proposta de estudo utilizando dados dos Inquéritos de base populacional realizado na RIDE-DF com enfoque na saúde do idoso.

Como etapa de conclusão do Mestrado, essa dissertação está dividida em capítulos. Na introdução, é apresentada a situação relevante do envelhecimento populacional, redes e políticas de atenção à população idosa. O capítulo referencial teórico foi construído em três subcapítulos sendo eles: Envelhecimento da População, Atenção à Saúde do Idoso e Regiões Integradas de Desenvolvimento.

A metodologia segue o tipo de estudo descritivo transversal com base em inquérito de base populacional e descreve como foi desenvolvida a pesquisa. Os resultados e discussão são apresentados em três subcapítulos atendendo os objetivos propostos no estudo, seguido de conclusão e considerações finais.

Ao final são apresentados os anexos, compostos pela Ficha de Identificação do Setor Censitário, instrumento de coleta de dados – Questionário, mapas, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Carta de Apoio do Colegiado de Gestão da Ride DF e aprovação no comitê de ética.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional está se acelerando em todo o mundo e é uma situação irreversível à medida que as taxas de fertilidade diminuem a proporção de pessoas com 60 anos ou mais poderá alcançar dois bilhões em 2050. O Brasil acompanha o cenário mundial e espera-se que no ano de 2020 a população idosa alcance o número de 29 milhões, representando 11,4 % da população brasileira (ONU, 2016; IBGE, 2010). Portanto, torna-se um desafio para as políticas públicas dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento principalmente no que se refere ao estabelecimento de estratégias que favoreça a população idosa, planos de assistência à saúde, seguridade social com vistas a atender as demandas deste novo perfil populacional (CAMARANO, PASSINATO 2004; MENDES et al., 2012).

A abordagem sobre o envelhecimento vem sendo discutida em Assembleias e Conferencias mundiais, tendo seu marco inicial a convocação da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982 na cidade de Viena. Que produziu um Plano de Ação pautado principalmente nas abordagens de saúde e nutrição, habitação e meio ambiente, proteção dos consumidores idosos, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa. Conseqüentemente os documentos produzidos nessas Conferencias Mundiais tem norteado a construção de políticas públicas e de recomendações para pessoas idosas em todos os países. Contribuindo com isso, a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em Madrid no ano 2002, recomenda em seu Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento que “ Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles “ (ONU, 2003).

Neste sentido o conceito mais utilizado para definir a pessoa idosa baseia-se no limite etário. A Organização Mundial de Saúde – OMS, define como idoso, a idade de 60 anos para países em desenvolvimento e de 65 em países desenvolvidos. No Brasil a definição segue o conceito da OMS e está descrita tanto na Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e no Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), como idosa pessoa com 60 anos. Este conceito é muito utilizado para delimitação de população, analise epidemiológicas, ou com propósitos

administrativos voltados para as políticas públicas e planejamento dos serviços ofertados (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Neste contexto, o aumento da expectativa de vida se configura como um desafio para o planejamento das ações voltadas para este público. Sendo assim, torna-se importante a integração entre o processo de elaboração e desenvolvimento das ações de saúde para a população idosa que deve incorporar as demandas relacionadas ao processo de envelhecimento, assim como contar com o apoio e participação dos equipamentos sociais, considerando os aspectos culturais, educativos segurança e assistência social (ONU, 2003; NUNES, 2015).

Portanto para implantação de ações é necessário conhecer as condições de saúde para que haja uma melhor compreensão desse processo e direcionamento das estratégias. As condições de saúde são impactadas pelas condições de trabalho, de vida e contexto sociocultural de uma determinada população.

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde dos indivíduos e se apresentar de forma mais ou menos persistentes, exigindo respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012; MENDES, 2015).

As situações que mais afeta as condições de saúde da população idosa é o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas-DCNT, a incapacidade funcional e alterações biopsicossociais em detrimento as doenças infectocontagiosas. O maior acometimento de DCNT em idosos se deve a alguns fatores como o processo de transição nutricional, com o consumo maior de alimentos industrializados, inatividade física, além do uso e/ou abuso de álcool e tabaco. Soma-se isso ainda o processo de urbanização da área rural e o conseqüente abandono da produção para subsistência (FROCCHESATTO, ROCKETT e PERRY, 2015).

As DCNT mais recorrentes no Brasil são, hipertensão, doenças de colunas ou costas, artrite ou reumatismo, bronquite ou asma, depressão, doenças do coração e diabetes, e os maiores fatores de risco para desenvolvimento das DCNT, encontram-se no uso nocivo do álcool, consumo de tabaco e alimentação inadequada. Isto resulta no aumento da procura pelos serviços de saúde, e torna foco de uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPES do

Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ALVES, LEITE e MACHADO, 2010; TOMASI et al., 2011).

As doenças crônicas não degenerativas são causas importantes de internação para idosos e, apesar dessa faixa etária não ser a principal que busca atendimentos em saúde, é a que mais gera gastos relacionados a saúde, principalmente no que se refere a doenças mentais, osteomusculares, tecido conjuntivo, além das doenças do aparelho circulatório. Do mesmo modo as internações dos idosos se tornam mais onerosas dos que da população de outras faixas etárias (SILVEIRA et al., 2013).

Neste sentido, o Estatuto do Idoso preconiza a garantia do atendimento integral à saúde com atenção especial as doenças que afetam essa faixa etária (ESTATUTO DO IDOSO, 2003), e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, elaborada em 2006, reafirma a integralidade no atendimento à saúde com finalidade da recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos idosos, através do direcionamento de medidas coletivas e individuais de saúde, levando em consideração os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS. (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Para garantir a qualidade dos serviços prestados à pessoa idosa é necessário o envolvimento dos gestores das esferas estaduais e municipais através da pactuação das ações, visando o alcance das metas e objetivos propostos no Pacto pela Vida voltados para Saúde do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As metas e objetivos previstos no Pacto pela Vida seguem as diretrizes da promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada, ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção, implementação de serviços domiciliares, acolhimento preferencial entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para assegurar a qualidade dos serviços prestados à pessoa idosa são necessárias ferramentas para avaliar o atendimento prestado e assim identificar fortalezas e fragilidades e estabelecer modificações viáveis. Nesse sentido, os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados para construção de indicadores de avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Desse modo, inquéritos de base populacional são ferramentas que podem fornecer informações sobre a morbidade, estilos de vida, qualidade de assistência e auto

avaliação da saúde e outras informações que possibilitem correlacionar os agravos de saúde com as condições socioambientais o que favorece o planejamento e subsidia as orientações das políticas públicas de saúde para o alcance de maior equidade e qualidade nos serviços de saúde oferecidos a população, tendo em vista suas expectativas e necessidades específicas como por exemplo a população idosa (SZWARCWALD, VIACAVA 2008, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2010).

Os inquéritos possibilitam relacionar os agravos e problemas de saúde com as condições socioambientais e com a percepção do estado de saúde pelos indivíduos, e isto permite a descrição e quantificação dos agravos de saúde, relacionando a ocorrência e a exposição a riscos. Os inquéritos de saúde permitem também identificar o acesso aos serviços de saúde dos indivíduos e problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos (MALTA et al., 2008).

Com essa perspectiva, apontou-se como questão de pesquisa quais as condições de saúde dos idosos residentes nos municípios dos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever as condições de saúde dos idosos residentes nos municípios dos Entornos Sul e Norte da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF, 2010 – 2012.

2.2 Objetivos específicos

I - Descrever o perfil demográfico, econômico e de saúde dos idosos;

II - Descrever a auto avaliação de saúde dos idosos;

III - Estimar a prevalência de fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis nos idosos;

IV - Estimar a prevalência de morbidades referidas de doenças não transmissíveis dos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento Populacional

Envelhecer é um processo natural do desenvolvimento humano e é marcada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que inicia a partir do nascimento e termina com falecimento (JECKEL-NETO, CUNHA 2006). O envelhecimento populacional é marcado pelo aumento da expectativa de vida que se deu devido às modificações dos padrões de fecundidade e morbidade populacional (VALCARENGHI et al. 2015).

A expectativa de vida do brasileiro estava em torno de 30 anos em 1900, e ultrapassou os 50 anos em 1950, e chegando aos 73 anos em 2000. Isso demonstra que em um século o tempo médio de vida chegou a dobrar, e continuar crescendo, mas em ritmo mais lento (ALVES, 2014)

O conceito mais utilizado para definir a pessoa idosa baseia-se no limite etário. A Organização Mundial de Saúde – OMS conceitua de acordo com os países que residem e define a idade de 60 anos para países em desenvolvimento e de 65 anos em países desenvolvidos. No Brasil se segue o conceito da OMS e está descrita tanto na Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) como no Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), que definem a idade de 60 anos. Este modelo é muito utilizado para delimitação de população, análises epidemiológicas, ou com propósitos administrativos voltados para as políticas públicas e planejamento dos serviços.

Um conceito transdisciplinar, define o idoso como um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida, da expressão das relações e interdependências e que faz parte de uma consciência coletiva (SANTOS, 2010)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o crescimento da população idosa acompanha o fenômeno mundial em níveis sem precedentes. No Brasil, a população idosa que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Projeta-se para o ano de 2020 que a população maior de 60 atingirá o contingente de 29.2 milhões de pessoas, e que também está aumentando a proporção de pessoas “mais idosas”, correspondente à faixa etária ≥ 80 anos. Isso demonstra que a população idosa brasileira está envelhecendo (CAMARANO, 2004, IBGE 2010 MINAYO, 2012).

A figura a seguir demonstra a projeção da distribuição etária da população brasileira por sexo para o ano de 2035, segundo o IPEA.

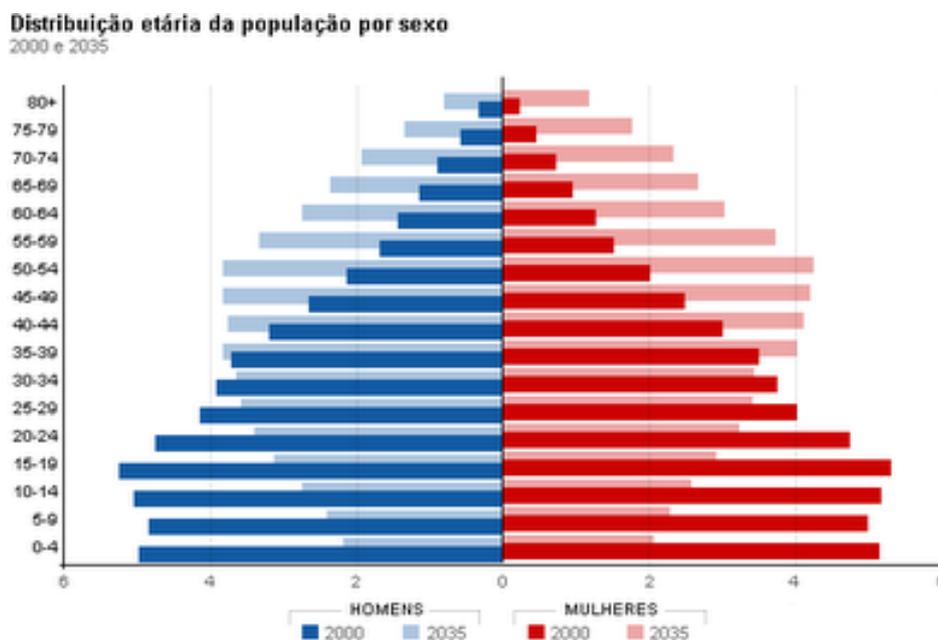


Figura 1: Projeção da distribuição da população por sexo e idade nos anos de 2000 e 2035 no Brasil.

Fonte: IPEA, 2010.

Este novo cenário do Brasil se deu a partir do processo de transição demográfica que se iniciou nos anos 40 com a queda brusca da mortalidade e no final dos anos 60 com a redução da fecundidade. As principais explicações para essa transição das taxas de mortalidade e redução da fecundidade realça a melhoria do padrão de vida da população através do desenvolvimento das forças produtivas, dos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico. (ALVES, 2014).

Essa nova realidade modificou a estrutura etária da população brasileira que resultou nos dias atuais em um perfil de população envelhecida. Com aumento da população idosa, as doenças próprias do envelhecimento ganharam maior expressão que é

traduzido no aumento da carga de doenças crônicas, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

A partir desse processo de transição demográfica e epidemiológica e o consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas, existe inegavelmente uma maior utilização dos serviços de saúde em detrimento os problemas de saúde agudos, que são rapidamente resolvidas, seja pela cura ou óbito. Exemplos dessas situações são as doenças cardiovasculares, como infarto, Acidente Vascular Encefálico e Alzheimer e Parkinson (SILVA et al., 2013).

No estado de Goiás, segundo o IBGE, o crescimento da população foi de 20% no intervalo de 2000 a 2010 chegando ao total de 6.003.788 habitantes. O crescimento populacional nesta década foi de um total de 1 milhão de habitantes que pode ser explicado pela absorção de imigrantes já que Goiás ficou com primeiro lugar no período de 2004 a 2009 com saldo líquido de 129 milhões de imigrantes. Quanto às migrações inter-regionais, fica evidenciado que nesse movimento ocorreu o deslocamento de muitos brasileiros do Distrito Federal para Goiás, em decorrência do alto custo de vida na capital federal. Muitos desses migrantes saem de Brasília em direção aos municípios goianos que compõem a Região Entorno de Brasília para estabelecer suas residências (GOIÁS, 2011).

Entretanto, maior que o crescimento populacional, o que fica evidente é mudança na composição demográfica. O estado de Goiás acompanha o cenário brasileiro no que diz respeito ao envelhecimento populacional, o que demonstra a figura 2 com a pirâmide etária da população nos anos de 1980 a 2010, onde a população com idade maior que 60 anos representava 4,5% do total da população no ano de 1980 e já em 2010 esse valor passou a ser de 9,4% do total da população (GOIÁS, 2011).

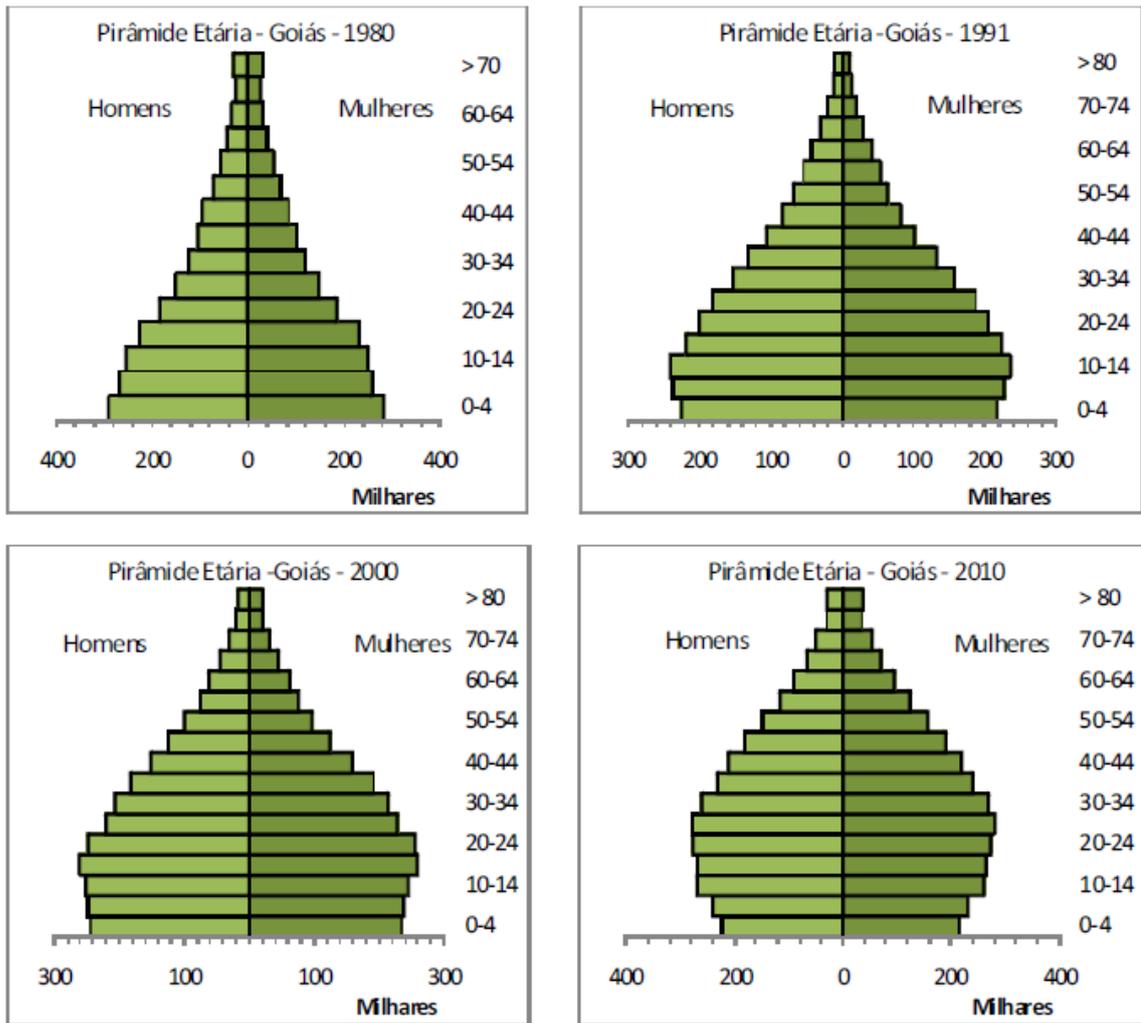


Figura 2: Pirâmide etária da população nos anos de 1980 a 2010 do Estado de Goiás. Fonte: (GOIÁS 2011).

O rápido processo de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, afetando mais os segmentos de maior idade. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008, na medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas (hipertensão, dores de coluna/costas, artrite/reumatismo, depressão, bronquite/asma, doenças do coração, diabetes, tendinite/tenossinovite, insuficiência renal crônica, câncer, tuberculose e cirrose) (IBGE, 2008).

Desse modo, fica evidente a relação que se forma entre o aparecimento de DCNT a medida e que o indivíduo envelhece. Apesar de não figurar entre os que mais buscam

os serviços de saúde, os idosos são os que mais oneram os serviços de saúde quanto ao tratamento de seus agravos e internação (MENDES, 2012; SILVEIRA, 2013).

3.2 Atenção à Saúde do Idoso

De acordo com a OMS (2005) saúde é definida não apenas como a ausência de doenças, mas um estado de bem-estar social, físico e mental. No Brasil o conceito de saúde segue os princípios e diretrizes do SUS e pensando em conceito ampliado saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. (FIOCRUZ, 2015)

Com advento do envelhecimento populacional, foi necessário pensar nas políticas públicas voltadas para essa população, visto que com o envelhecer se teve um aumento das doenças crônicas em detrimento as doenças infectocontagiosas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, a Organização Mundial de Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” que tem como objetivo aumentar a expectativa de vida saudável. Na perspectiva do envelhecimento ativo, independente das fragilidades e incapacidades instaladas, o idoso deve se sentir inserido na sociedade, percebendo seus potenciais e contribuindo ativamente nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis independentemente de estarem fisicamente ativos ou de fazerem parte da força de trabalho. (OMS, 2005)

De acordo com a Lei 8.842/94, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). Ressaltam-se as disposições do artigo 3º desta lei, que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais no País para a formulação das políticas públicas voltadas para os idosos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2010)

Na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento que aconteceu na cidade de Madri, em abril de 2002, um dos objetivos era discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta, e propor políticas específicas para esse grupo levando em consideração o

aspecto de multiplicidade de fatores na análise do envelhecimento humano. Ações como essa denotam uma preocupação crescente do mundo, com vistas a buscar mecanismos para o acolhimento dessa população, assim como buscar meios de assegurar a inserção desse novo perfil de população na sociedade produtiva (PEREIRA, 2002).

No contexto das políticas públicas a saúde aparece como ponto central, pois exerce grande impacto na qualidade de vida e, para garantia da qualificação da atenção a saúde da pessoa idosa o SUS, assumiu esse compromisso como prioridade através do Pacto pela Vida a atenção à população idosa. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010)

Ao final de 2010, através da Portaria nº 4.279 estabeleceram-se as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS. As RAS são arranjos organizativos de serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2015).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos atendimentos e serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, consta que as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores. As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Como principal característica das RAS, está a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2011).

Atenção Primária a Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Tem ainda o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Para a ampliação das ações de saúde voltadas para essa população e planejamento de diretrizes para esse grupo populacional, precisa -se obter informações referentes à saúde desses indivíduos contribuindo para o planejamento e implantação de políticas públicas que correspondam à realidade e proporcione a população respostas a suas necessidades (SZWARCOWALD, VIACAVA, 2010).

A Atenção Primária como ordenadora do cuidado, em 2013 destacou-se como desenvolvimento de estratégias para aperfeiçoar o modelo de atenção a pessoa idosa. Deu-se enfoque nas ações a partir das necessidades dos idosos, levando em consideração sua capacidade funcional e ampliando o acesso ao cuidado deste grupo populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Portanto para enfrentar estes desafios é necessário que o gestor público saiba utilizar informação e indicadores de saúde para desenvolver plenamente sua função de planejamento, programação, monitoramento e avaliação dos serviços ofertados a esta população.

Através da utilização das informações e dos indicadores de saúde o gestor pode acompanhar as transformações oriundas da transição demográfica traçando planejamento para atender as demandas desta população, o que está descrito na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria Ministério da Saúde Nº 2.528/06). Esta reforça que a informação em saúde, em especial os indicadores em saúde, deverão ser utilizados como instrumentos de acompanhamento e avaliação da política nacional e que é de responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e federal (BRASIL, 2006)

Porém, para identificar a situação de saúde dos idosos, planejar ações de prevenção e promoção de saúde é desejável ter informações relativas desde doenças mais comuns, causas de óbitos mais frequentes, condições sociais e econômicas das famílias, como de funcionalidade, limitações e qualidade de vida. Na maioria das

vezes contamos apenas com dados sobre mortalidade, mas mesmos estes podem dar indícios das outras dimensões da saúde de uma população (FIOCRUZ, 2015).

Por isso inquéritos de base populacional, além de fornecerem informações sobre a morbidade referida e estilos de vida saudáveis, também são utilizados para avaliar o funcionamento e a qualidade da assistência de saúde recebida pelos usuários de uma determinada região. As informações que são obtidas através dos inquéritos também podem complementar o conhecimento sobre as desigualdades em saúde e subsidia a orientação das políticas públicas de saúde (IBGE, 2013).

3.3 Regiões Integradas de Desenvolvimento

A consolidação do SUS através da Constituição Federal de 1988 estabelece a universalização do acesso, promove a descentralização/ regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. A regionalização teve foco maior após a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 que propõe uma pactuação mais flexível, construindo arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (SANTOS, 2011).

O Ministério da Saúde ressalta a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SANTOS, 2011).

No cenário da descentralização as Redes Integradas de Desenvolvimento – RIDE foram criadas como uma forma de construção de redes de cooperação, por envolver municípios de mais de uma Unidade da Federação. A RIDE é uma forma de ação mais ampla que a prevista nas regiões metropolitanas e tem como objetivo articular as ações administrativas das três esferas (municipal, estadual e federal), e promovem a dinamização econômica dos territórios de baixo desenvolvimento, priorizando o recebimento de recursos destinados à redução das desigualdades sociais (MINISTERIO DA INTEGRAÇÃO 2013).

Os recursos destinados às RIDE são direcionados para o seu desenvolvimento global e são empregados em transporte, serviços públicos, saneamento básico, proteção ao meio-ambiente, saúde, assistência social, educação dentre outros. Para coordenar a execução dos projetos, ações ou intervenções de interesse da Região foi constituído um Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento – COARIDE (MINISTERIO DA INTEGRAÇÃO 2013).

Atualmente existem três RIDE no território nacional, são elas: RIDE-PEBA Pernambuco e Bahia, a RIDE- Grande Teresina Piauí e Maranhão e a RIDE-DF Goiás, Minas e o Distrito Federal.

3.3.1 Região Integrada de Desenvolvimento – RIDE Petrolina/PE – Juazeiro/BA.

Rede foi criada pela Lei Complementar nº 113 de 19 de setembro de 2001 e regulamentada pelo Decreto 4.366, de 9 de setembro de 2002. Abrange a Macrorregião do Médio São Francisco, envolvendo os municípios de Lagoa Grande, Ocoró, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista, no Estado de Pernambuco e Casa Nova, Curaçá, Juazeiro e Sobradinho no Estado da Bahia. A região constitui-se hoje como polo de desenvolvimento tecnológico da fruticultura irrigada e tornou-se o segundo polo no Brasil de vitivinicultura com produção atual de 7 milhões de litro de vinho. (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).



Figura 3: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento Petrolina Juazeiro – RIDE-PEBA

Fonte: Site do Ministério da Integração Nacional

www.mi.gov.br/regioes_integradas_rides - acessado em 20 de janeiro de 2016

3.3.2 Região Integrada de Desenvolvimento Grande Teresina – RIDE Grande Teresina.

Criada a partir da Lei complementar nº 112, de 19 de setembro de 2001, e regulamentada pelo Decreto nº 4367 de 9 de setembro de 2002, incorporando municípios pertencentes aos estados do Piauí e do Maranhão. São estes: Altos, Beneditinos, Coivaras, Curralinhos, Demerval Lobão, José de Freitas, Lagoa Alegre, Lagoa do Piauí, Miguel Leal, Monsenhor Gril, Pau D'arco, União e Teresina pertencentes ao Estado do Piauí, além do município de Timon, pertencente ao Estado do Maranhão (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).



Figura 4: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento Grande Teresina – RIDE-PIMA

Fonte: Site do Ministério da Integração Nacional –

http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_rides - acessado em 20 de janeiro de 2016

3.3.3 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno– RIDE-DF

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE/DF, local do estudo, foi instituída pela União através da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, e tem como objetivo promover a articulação da ação administrativa da União, dos estados de Goiás, de Minas Gerais e do Distrito Federal, que visa reduzir os desequilíbrios intrarregionais causados pelo processo de urbanização decorrente do fluxo migratório entre o Distrito Federal e os municípios vizinhos (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO, 2013).

A RIDE-DF é composta por 22 municípios, sendo 19 municípios pertencentes ao Estado de Goiás localizada na mesorregião do leste Goiano e 3 municípios do Estado de Minas Gerais, divididos em quatro regiões (IBGE, 2010) e são eles:

- Entorno Sul (GO): Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso.
- Entorno Norte (GO): Planaltina, Vila Boa, Formosa, Cabeceiras e Água Fria.
- Região de Pirineus (GO): Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho, Corumbá, Mimoso, Padre Bernardo e Pirenópolis.
- Macrorregião de Unaí MG: Unaí, Buritis, Cabeceira Grande



Figura 5: Mapa da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE - DF

Fonte: Site do Ministério da Integração Nacional –

http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_rides - acessado em 20 de janeiro de 2016

A RIDE citada acima, foi construída conjuntamente com a construção de Brasília. Durante a construção da capital brasileira, tanto os operários quanto os materiais utilizados para a construção da cidade ficavam alojados em regiões situadas nos arredores da área que viria ser a capital federal. As famílias que vinham junto com os

operários, se instalavam em regiões um pouco mais afastadas, no que viria a se formar os municípios do Entorno do DF (CAIADO, 2005).

De acordo com esse contexto, fica claro que o processo de crescimento e urbanização dos municípios pertencentes à RIDE se deu de maneira desordenada, sem a oferta de serviços necessários como escolas, unidades de saúde, policiamento, bem como postos de trabalho para a população residente ali (SANTOS, 2013).

A partir disso criou-se o que estudiosos sociais chamam de movimento de pendulo, no qual os residentes de regiões marginais como o Entorno do DF migram para regiões centrais como Brasília e regiões administrativas do DF para trabalhar. Esses trabalhadores retornam então para seu município de origem apenas ao final do dia ou ainda aos finais de semana, transformando os municípios do Entorno em municípios dormitório (SANTOS, 2013).

O grande impasse se dá a medida em que estes trabalhadores geram riquezas através do recolhimento de impostos de sua força de trabalho, gastos com alimentos, vestuário, dentre outros na capital ou regiões administrativas e desse modo não recolhem impostos para seus municípios de origem.

Nesse contexto fica evidente que os municípios do Entorno do DF não dispõem dos recursos obtidos a partir da força de trabalho de seus habitantes, o que pode comprometer ou dificultar a oferta de equipamentos sociais como educação, segurança ou saúde em alguns municípios dos Entornos (SANTOS, 2013; CAIADO, 2005).

Levando em consideração esse último quesito, a situação se agrava, pois, os trabalhadores não têm acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária, já que durante o horário de funcionamento, estão trabalhando em outros municípios. Ainda, vale destacar que esses mesmos trabalhadores enfrentam dificuldade de garantir atendimento na Atenção Primária nos municípios em que trabalham por não residirem no referido município, assim, de acordo com o parâmetro da territorialidade que é utilizado para a oferta dos serviços na Atenção Primária, não conseguem se cadastrar nas unidades de saúde da família por exemplo.

Tendo em vista essas especificidades, é necessário que os gestores dessas regiões busquem maneiras de enfrentamento dessas situações para ofertar serviços básicos à essa população com um ritmo de vida diferenciado. Nesse sentido se faz necessário

o fortalecimento da Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno do DF para que as pessoas que residem ali tenham condições de serem atendidas no seu local de domicílio.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Estudo epidemiológico descritivo, transversal do tipo inquérito domiciliar de base populacional. Utiliza dados do primeiro Inquérito de base populacional do projeto de planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, que foi composto por municípios goianos pertencentes ao Entorno Sul e Entorno Norte do Distrito Federal - DF, denominado – Inquérito RIDE-DF. Este estudo está inserido no projeto “Apoio a Regionalização nos Municípios da RIDE-DF” desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás- UFG e a Universidade de Brasília - UnB, nos dezenove municípios goianos pertencentes à Rede Integrada para o Desenvolvimento do Distrito Federal da RIDE-DF.

O estudo transversal não leva em consideração a exposição ou doenças das pessoas selecionadas para uma amostra representativa, e é conduzido de forma a estimar a prevalência o que também pode ser denominado de estudo de prevalência (ROTHMAN; GREENLAND; LASH 2011)

A pesquisa foi viabilizada a partir do apoio e participação do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz – ICICT/FIOCRUZ, Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás – FAPEG, Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal – FAP-DF.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em 12 municípios pertencentes aos Entorno Sul e Entorno Norte da RIDE-DF. São eles: Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas, Novo Gama, Valparaíso, Luziânia, Cristalina, Cidade Ocidental, Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina e Vila Boa. Os Municípios do Entorno possuem densidades demográficas variadas, sendo que os municípios Valparaíso de Goiás e Águas Lindas as mais próximas do DF e que apresentam as maiores densidades comparando-os como os outros municípios.

Quadro 01: População, área, distância do DF e densidade demográfica (Hab/ Km²) dos municípios pertencentes ao Entorno Sul e Entorno Norte da RIDE-DF, 2010.

RIDE-DF	Município	População	Área (Km ²)	Distância do DF (Km)	Densidade Demográfica
Entorno Sul	Água Lindas de Goiás	159.378	188,385	42,94	846,02
	Cristalina	46.580	6.162,090	112,16	7,56
	Luziânia	174.531	3.961,122	51,05	44,06
	Novo Gama	95.018	194,992	34,13	487,29
	Valparaíso	132.982	61,410	31,83	2.165,48
	Santo Antônio do Descoberto	63.248	944,137	43,45	66,99
	Cidade Ocidental	55.915	389,990	34,32	143,38
Entorno Norte	Água Fria de Goiás	5.090	2.029,4	118	2,51
	Formosa	100.085	5.811,8	79	17,22
	Planaltina	81.649	2.538,2	56	32,17
	Cabeceiras	7.354	1.127,6	234	6,52
	Vila Boa	4.735	1.060,2	156	4,42

Fonte: Dados Censo demográfico IBGE, 2010.

4.3 Amostragem e tamanho da amostra

A amostra foi constituída por residentes dos municípios envolvidos maiores de 18 anos, selecionados aleatoriamente para participar da pesquisa. O processo de amostragem foi realizado em três estágios. No primeiro, foram selecionados 40 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, de modo que quanto maior for a quantidade de domicílios em um setor, maior a probabilidade de ser selecionado. De acordo com conceito do IBGE, setor censitário é a unidade territorial estabelecida para fins de controle cadastral, formado por área contínua, com dimensão e número de domicílios que permitam o levantamento por um recenseador. Corresponde de 250 a 350 domicílios em média (IBGE, 2010).

Para a seleção dos setores censitários, a etapa preliminar consistiu em construir uma lista de setores a partir das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística - IBGE (CD ROM - Contagem da população 2007 e Censo 2010, Agregado por Setores Censitários), foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável (permanente). Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos os setores com menos de 30 domicílios particulares permanentes e os setores classificados como especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas indígenas, entre outros). Após essas eliminações, restaram 266 setores censitários na região do Entorno Sul e 154 setores censitários na região do Entorno Norte.

No segundo estágio, foram selecionados 18 domicílios por setor censitário através de uma amostragem sistemática, onde o primeiro domicílio foi indicado através da Ficha de Identificação do Setor - FIS (ANEXO 1), construída pelos estatísticos do ICICT/FIOCRUZ e IBGE, para cada setor censitário e a partir daí a seleção dos domicílios subsequentes ocorreu mediante contagem de um intervalo denominado "pulo". O "pulo" é calculado pela razão entre o número total de domicílios no setor e o número de domicílios a ser selecionado (18 domicílios), desse modo o valor do pulo variou de acordo com o número de domicílios de cada setor censitário.

No terceiro estágio, em cada domicílio, foi identificado os moradores maiores de 18 anos, após essa identificação apenas um indivíduo foi selecionado com equiprobabilidade, conforme FIS (ANEXO 1), entre os moradores do domicílio (18 anos ou mais de idade) para responder ao questionário individual, módulo 2 da entrevista, conforme Figura 6.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado sob a assessoria do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/FIOCRUZ, para detectar diferenças de até 3,5% em uma proporção de 15%, com poder de teste de 80% e um nível de significância de 95%.

Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi considerado um efeito de desenho de 1,3, sendo necessário entrevistar 2.400 indivíduos no total, sendo 600 indivíduos em cada estrato. Levando-se em consideração possíveis perdas, em torno de 20%, aumentou-se o tamanho da amostra em cada estrato para 720 indivíduos,

totalizando 2.880 domicílios no total dos quatro estratos. Cada estrato representa uma Região do Entorno: Região Sul, Região Norte, Região dos Pirineus e Região Paranoá.

O número total de entrevistas previstas para o Entorno Sul e Entorno Norte correspondem, portanto a 1.440. Foram realizadas nessas duas regiões 1126 entrevistas das quais 9,9% correspondem a indivíduos maiores de 60 anos de idade.

Como antes mencionado, esse trabalho visa descrever as características desse subgrupo populacional.

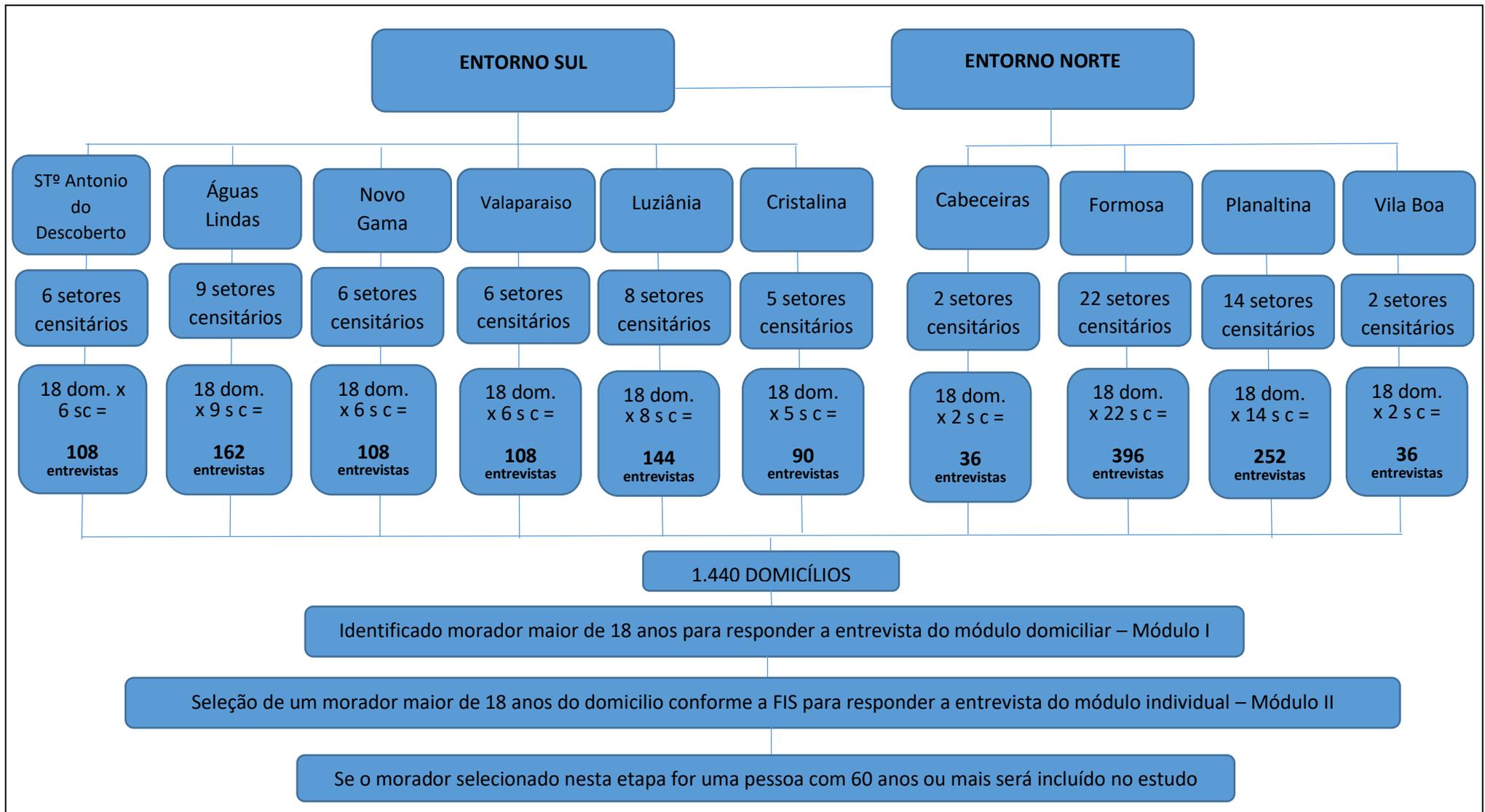


Figura 6: Algoritmo da realização de amostragem e seleção dos indivíduos participantes da pesquisa

4.4 Coleta, processamento e análise dos dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada no período de outubro de 2010 a abril de 2011 na região do Entorno Sul e no período de maio a outubro de 2012 na região do Entorno Norte. Os dados do Entorno Sul foram coletados por uma equipe composta de uma coordenadora de campo, dois supervisores e dez entrevistadores, para coleta no Entorno Norte a equipe foi composta por uma coordenadora de campo, três supervisores e dez entrevistadores pertencentes à UFG, UnB e aos próprios municípios do Entorno do DF, devidamente treinados para realização da pesquisa.

4.4.1 Coleta de dados

Previamente ao início da coleta de dados, foram realizados treinamentos com as equipes para aprendizagem dos supervisores e entrevistadores quanto à aplicação do questionário, e operacionalização do trabalho de campo.

Para a etapa de coleta dos dados do Entorno Sul, o treinamento foi conduzido pela equipe do ICICT/FIOCRUZ na cidade do Rio de Janeiro, com a participação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, do coordenador e supervisores do campo, no qual foram discutidos todos os pontos do questionário, assim como as técnicas de abordagem que seriam repassadas aos entrevistadores posteriormente. O treinamento para a etapa de coleta de dados do Entorno Norte foi realizado pela equipe de Coordenação da Universidade de Brasília com a participação do supervisor de campo e entrevistador que atuou na etapa da coleta no Entorno Sul.

Após o período de treinamento e padronização dos mecanismos de abordagem e preenchimento do instrumento de coleta dos dados, realizou-se o teste piloto, em municípios do Entorno Sul e Norte. O piloto do Entorno Sul que não foi incluído no estudo, foi importante para o treinamento do mecanismo de sorteio dos domicílios selecionados, além das técnicas de abordagem do domicílio e sorteio do morador elegível para o questionário individual. Todas essas medidas se fizeram necessárias para garantir a qualidade dos dados coletados, assim como a confiabilidade dos mesmos.

Quanto ao instrumento utilizado para o Entorno Sul toda a coleta foi realizada em questionário impresso que ficarão arquivados por um período de cinco anos, já para a coleta no Entorno Norte utilizamos o questionário em formato digital com a utilização de computadores portáteis chamados “pockets”.

Antes da entrada no campo em cada município, foram realizadas reuniões com os representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos na pesquisa onde foram apresentados os objetivos da pesquisa, a logística da coleta de dados e a solicitação de apoio das secretarias, principalmente na localização dos setores censitários selecionados no município, através da disponibilidade de funcionários da secretarias como os Agentes Comunitários de Saúde e do Controle de Endemias, principalmente na zona rural. Foi informado que todos os entrevistadores estariam uniformizados e com identificação e permaneceriam no município até o final da coleta.

Os domicílios foram selecionados pelos supervisores de campo através dos mapas dos municípios (ANEXO 3) com as demarcações dos setores censitários, juntamente com as FIS (ANEXO 1).

Após a seleção do domicílio, os mesmos foram abordados, explicando os objetivos da pesquisa, duração da entrevista realizando o preenchimento prévio da lista de moradores já identificando o morador selecionado para responder ao inquérito individual – Módulo II. A seguir, os entrevistadores se dividiram entre os setores censitários, para a abordagem dos moradores. Inicialmente cada entrevistador também explicou os objetivos da pesquisa e solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 4). Cabe ressaltar que não necessariamente o morador selecionado tem que responder ao módulo I, que se refere à características do domicílio. Assim, qualquer morador com idade superior a 18 anos pôde responder ao módulo I do questionário. A seleção então foi realizada a partir da listagem dos moradores maiores de 18 anos residentes no domicílio. No caso de o morador selecionado não estar no domicílio no momento da abordagem, era agendada outra visita para entrevista e conclusão da coleta de dados no domicílio.

Para o morador selecionado e presente no domicílio que aceitou participar do estudo foi solicitado a assinar o TCLE (ANEXO 4). Porém, nas situações em que o morador

selecionado se recusava a participar da pesquisa ou não foi encontrado, os supervisores fizeram novamente a abordagem nos domicílios juntamente com os entrevistadores por 5 vezes antes de classificar o domicílio como perda. O mesmo procedimento foi adotado quando os domicílios se encontravam fechados.

4.4.2 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário adaptado da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Primária-PMS/AB, validado por pesquisadores do ICICT-Fiocruz (SWARCWALD & VIACAVA, 2008). O questionário é composto por dois módulos: domiciliar e individual e foi ajustado após discussões periódicas e sistemáticas com as equipes da UFG, UnB e posteriormente com equipe do Ministério da Saúde sendo a primeira versão do questionário utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde. (ANEXO 2)

O instrumento de coleta de dados está dividido em duas partes denominadas de módulos, domiciliar e individual. O módulo domiciliar é composto por questões referentes a contatos do domicílio, lista de moradores do domicílio, situação socioeconômica, informações do domicílio, características contextuais (vizinhança) e características de saúde dos moradores do domicílio. No módulo individual são abordadas as seguintes dimensões: características sociodemográficas e apoio social, auto avaliação do estado de saúde, estilo de vida, morbidade, acidentes e violências, saúde da mulher, crianças com menos de 2 anos, saúde bucal, saúde dos idosos, desempenho do sistema de saúde. Neste estudo, foram utilizados questões referentes às “Características Sociodemográficas e Apoio Social” que consta de perguntas relacionadas a situação familiar, o perfil sociodemográfico e econômico como sexo, idade, anos de estudo, grau de instrução, cor autorreferida e situação de trabalho, também, foram utilizadas as questões de “Auto avaliação do estado de saúde”, “Estilo de Vida” e “Morbidade”, nos que constam perguntas relacionadas as doenças crônicas e infecciosas e usos dos serviços de saúde e tratamentos. (ANEXO 2).

E por fim as questões denominadas “Saúde do Idoso”, com questões relacionadas à saúde e as especificidades do idoso. (ANEXO 2).

4.4.3 Processamento e análise dos dados

Após o trabalho de campo, os dados coletados na região do Entorno Sul foram inseridos em um banco criado pela ICICT Fiocruz, através da utilização de login e senhas individuais para cada digitador acessar ao banco via internet (www.icict.fiocruz.br/RIDE). Antes do início da digitação foi recebido treinamento com profissional da área de informática do ICICT Fiocruz. Após a digitação dos dados, esses foram conferidos pela equipe responsável e, a seguir, encaminhados para ponderação segundo critérios específicos levando em consideração a amostragem complexa em 3 estágios e o efeito do desenho. Os dados coletados na região do Entorno Norte, foram transferidos dos computadores portáteis diretamente para banco de dados em excel. Após avaliação da consistência dos dados também seguiram para equipe responsável pela ponderação e devolvidas para a análise.

A análise estatística foi realizada por meio do software Statistical Package of Social Sciences-SPSS, versão 19.0. e Excel 2010.

As variáveis analisadas para este estudo corresponderam a aquelas que permitiram descrever as condições de saúde do idosos descritas no quadro 2.

Foram calculadas as frequências simples e relativas (prevalências) com IC 95% para as variáveis categóricas. Medidas de tendência central (médias) e de dispersão (DP) para as variáveis contínuas.

Para descrever as condições de saúde dos idosos, objetivo deste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis apresentadas no quadro abaixo.

BLOCO	DIMENSÃO	VARIÁVEIS	QUESTÕES (ANEXO 2)
A	Características sócio demográficas e Apoio Social	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado Civil • Cor da pele • Escolaridade • Situação de trabalho • Renda 	A1; a A3; A5 a A8; A10 a A12; A15 a A17
B	Auto avaliação do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação geral do estado de saúde • Utilização de equipamento ou aparelho para realização das atividades habituais 	B1; B3; B13; B14; B16; B17

		<ul style="list-style-type: none"> • Acuidade visual • Acuidade auditiva 	
C	Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura • Consumo de bebidas alcoólicas • Prática de atividade física • Fumo • Exposição Solar 	C2; C4; C25; C31; C33; C49; C50; C63
D	Morbidades (doenças crônicas)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Diabetes • Colesterol • Doenças do coração e AVC • Asma ou bronquite • Artrite • Problemas de coluna • DPOC e Osteoporose • Medicamentos 	D1 a D72 D107 a D115 D120 a D128
I	Saúde do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades habituais • Catarata • Queda 	I4 a I22 I25 a I31

Quadro 02: Quadro de variáveis – Descritivo dos blocos temáticos, variáveis e questões referentes ao Inquérito de base populacional RIDE-DF, 2010-2012.

4.5 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FR 342534) e se enquadra nas recomendações da portaria 196/96 (legislação vigente no momento da aprovação) e também se adequa à resolução 466/2012, vigente atualmente do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 5) e contou com o apoio do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE- DF (ANEXO 6). O sigilo e anonimato foram garantidos aos participantes, bem como, foram dadas todas as informações e esclarecimentos de qualquer dúvida sobre a pesquisa e as informações colhidas. Também foi informado e preservado o direito de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da participação a qualquer momento. Todos os indivíduos participantes foram informados de que sua participação seria voluntária sem qualquer benefício particular mediante assinatura ou aceite verbal do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 4).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição das condições de saúde dos idosos dos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal realizada neste estudo, foi apresentada e discutida em conformidade aos objetivos propostos e com base no referencial teórico. Para melhor compreensão e análise dos resultados, os mesmos foram divididos em subcapítulos. Primeiramente tornar mais visível o Perfil sociodemográfico dos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF; assim como a Autoavaliação de saúde e fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e por fim, a Prevalência de morbidades referidas de Doenças Não Transmissíveis em idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF.

5.1 Perfil sociodemográfico dos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF

Participaram deste estudo 112 moradores com idade igual ou superior a 60 anos dos 12 municípios que compõem os Entornos Sul e Norte. Quanto ao sexo dos participantes, 64(57,1%) são do sexo feminino. A faixa etária dos participantes variou de 60 a 92 anos, porém com maior concentração tanto de mulheres como de homens na no grupo de 60 a 74 anos, quanto à escolaridade 45% referiram ser analfabetos. Em relação a situação conjugal dos entrevistados 73% dos homens relatam viver com companheiras e apenas 22% das mulheres relatam viver com companheiro (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal segundo o sexo, Entorno Sul e Norte de 2010 - 2012

Características	Sexo Feminino n= 64 (%)	Sexo Masculino n= 48 (%)	Total N=112
Idade			
60 a 74 anos	47 (73,0%)	39 (81,2%)	86
75 a 84 anos	12 (18,7%)	7 (14,5%)	19
Mais de 85 anos	5 (7,8%)	2 (4,1%)	7
Estado conjugal			
Nunca foi casado	9 (14,0%)	1 (2,0%)	10
Casado ou vive com companheiro	14 (21,9%)	35 (72,9%)	49
Separado ou divorciado	7 (10,9%)	7 (14,6%)	14
Viúvo	34 (53,1%)	5 (10,4%)	39
Cor/raça autorreferida			
Branco	16 (25,0%)	18 (37,5%)	34
Preto	11 (17,2%)	9 (18,7%)	20
Pardo	33 (51,6%)	19 (39,6%)	52
Amarelo /indígena	4 (6,2%)	2 (4,2%)	6
Grau de instrução			
Analfabeto – menos de um ano de instrução	31 (45,6%)	19 (39,6%)	50
Elementar incompleto	15 (23,4%)	12 (25,0%)	27
Elementar completo e Ensino Fundamental incompleto	9 (14,0%)	7 (14,6%)	16
Fundamental completo e Ensino médio incompleto	3 (4,7%)	4 (8,3%)	7
Ensino médio completo	1 (1,5%)	6 (12,5%)	7
Superior ou maior instrução	5 (7,8%)	0 (0,0%)	5

Segundo Nicodemo e Godoi (2010) o aumento da população idosa no mundo e, no Brasil, tem ganhado prioridade nos assuntos que envolvem, socialmente, este grupo etário. Um aspecto que vem sendo discutido em relação ao envelhecimento da população é o processo chamado de “feminização da velhice”. As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo e as estimativas indicam que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais

que os homens. De acordo com os dados do Censo no Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

Neste sentido, fica evidenciado que a região do estudo segue os padrões nacionais no que diz respeito a “feminização”. Pode-se inferir que isso ocorre pela maior longevidade feminina, pois os resultados evidenciam que 57,2% são mulheres e com maior concentração na faixa etária acima de 75 anos em relação ao sexo masculino.

Ao analisar a idade dos participantes pode ser constatado um maior número na faixa etária de 60 a 74 anos tanto para homens como para mulheres, estudos apontam para o crescimento do grupo de idosos octogenários onde a idade é igual ou maior que 80 anos, também denominada de idosos em velhice avançada. Os resultados desse estudo nesta região apresentam 11,9% de idosos com mais de 85 anos. Esse grupo também vem aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007; INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2008).

Observa-se que os resultados do estado conjugal dos idosos envolvidos na pesquisa revela que 43,7% refere ser casado ou que vive com companheiro, onde 72,0% dos homens estão em união estável e 53,1% das mulheres são viúvas. A predominância de mulheres viúvas pode ser explicada pelo fato de terem maior expectativa em relação aos homens, e também a tendência cultural do homem de encontrarem outra companheira (BALDIN e FORTES, 2008; PILGER, MENON e MATHIAS, 2011)

A cor autorreferida por 46,4% dos idosos, foi parda, que reflete a miscigenação típica do Brasil e desta região do Entorno do Distrito Federal, pelo fluxo de migração característica da região, por consequência da construção da capital brasileira, onde as famílias fixavam residência nas regiões mais afastadas, que formaram os municípios do Entorno. (CAIADO, 2005, SANTOS, 2013).

A escolaridade dos idosos selecionados é baixa considerando que 50 (44,6%), são analfabetos ou com menos de um ano de escolaridade, sendo 45,6% de mulheres que apresentam menos de um ano de escolaridade, e segue o perfil nacional que segundo IBGE (2010) 30,7% dos idosos brasileiros tinham menos de um ano de escolaridade,

no Estado de Goiás esse número é de 38,3%, fato esse que pode ser reflexo das políticas educacionais das décadas passadas, em que o acesso à escola era restrito devido a infância na zona rural, as relações de poder e de gênero, o envolvimento da família em todo o serviço de casa e das propriedades podendo dificultar o acesso ao ensino formal (RENOVATO e BAGNATO 2012, WENDT et al., 2015,)

Quanto ao trabalho ou atividade remunerada, 19 (17%) participantes trabalham atualmente, 10 (8,9%) estão desempregados, a parcela de aposentados é de 66 (58,9%) e 17(15,2%) idosos nunca tiveram trabalho formal ou exerceram atividade remunerada. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, 75% dos idosos são aposentados, os achados na pesquisa revelam um número menor que a média nacional (PNS, 2015)

Questionados a respeito da idade que começaram a trabalhar, 98 dos idosos que exerceram atividade remunerada, 68,4% começaram as atividades antes dos 18 anos. Ainda, sobre o grupo de idosos que exerceram atividades remuneradas, 59 (60,2%) se classificaram como assalariados com ou sem carteira de trabalho assinada.

No Brasil os idosos com 65 anos ou mais, cerca de 3,1 milhões (22,5%) continuam trabalhando, sendo que a grande maioria (74,7%) é aposentada e mostra que parte da renda dos idosos provém dos benefícios garantidos pela Previdência Social. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios demonstraram que, 76,6% das pessoas com mais de 60 anos são aposentados e/ou pensionistas (IBGE, 2010).

Esse quadro denota que boa parte das famílias brasileiras são chefiadas por pessoas da terceira idade. Ainda, em algumas situações, os rendimentos vindos da aposentadoria não se fazem suficientes, o que obriga os idosos a buscarem a complementação da renda em trabalhos informais (COCKELL, 2014).

5.2 Autoavaliação de saúde e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis.

Neste subcapítulo foram analisados os resultados referentes a auto avaliação que os idosos fizeram do seu estado de saúde, bem como responderam questões a respeito do estilo de vida, que pode estar relacionado diretamente com fatores de risco para DCNT.

Quanto a auto avaliação do estado de saúde, 47 (42,0%) participantes consideram sua saúde boa e muito boa, 45 (40,2%) regular, 20 (17,8%) ruim e muito ruim. Os dados encontrados na PNS revelam que 48,4% dos idosos de 60 a 64 anos consideram sua saúde boa e muito boa. Observa-se que, apesar das dificuldades econômicas, sociais e de disponibilidade de serviços de saúde, a auto avaliação foi positiva para 42,0% dos idosos e pode ser considerado um indicador válido e está fortemente relacionada a percepção integrada do indivíduo incluindo as dimensões biológicas, sociais e psicossociais (CONFORTIN et al., 2015; MINISTERIO DA SAÚDE, 2014; VIGITEL, 2015).

Estudo realizado no Sul do país também teve a prevalência da auto avaliação positiva de saúde, da mesma forma foi observado na região nordeste e sudeste o resultado de 50% e 51% de idosos que consideraram a auto avaliação positiva do estado de saúde (SILVA et al., 2012).

Quanto aos fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a 65ª Assembleia Mundial e Saúde estabelece metas globais para a redução da mortalidade por DCNT relacionada com os quatro principais fatores de risco: consumo de tabaco, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (MALTA ; SILVA JR, 2013). Os resultados do estudo referente aos fatores de risco no que se refere a exercícios físicos, 97 idosos (86,6%) referiram não realizar nenhuma atividade física nos últimos 3 meses. Tabela 2.

Tabela 2: Prevalência de Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis de idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal, 2012

Características	Frequência	%	IC
Realiza atividade física	(n=112)	%	%
Sim	15	13,4	8,3 - 20,9
Não	97	86,6	79,0 - 91,7
IMC *	n=77	%	
Baixo peso (IMC \leq 23 kg/m ²)	25	32,4	23,0 - 43,5
Peso adequado (23<IMC<28 kg/m ²)	35	45,4	34,8 - 56,5
Excesso de peso (28 \leq IMC<30 kg/m ²) / Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	17	22,1	14,2- 32,5
Consumo de bebida alcoólica	n=112	%	
Nunca	90	80,4	72,0 - 86,6
Menos de uma vez por mês	11	9,8	5,5 - 16,7
Uma vez ou mais por mês	11	9,8	5,5 - 16,7
Fuma atualmente**	n=111	%	
Sim	22	19,6	13,4 - 28,2
Sim, menos que diariamente	2	1,8	0,5 - 6,3
Não fumo atualmente	87	77,7	69,8 - 85,0
No passado fumou	n=89	%	
Sim, diariamente	22	24,7	16,9 - 34,6
Sim, menos que diariamente	9	10,1	5,4 - 18,1
Nunca fumei	58	65,1	54,8 - 74,2

* (31,3%) participante não respondeu ao questionário; ** (0,8%) participante não respondeu ao questionário

Sedentarismo ou inatividade física, tem sido considerado um dos fatores de risco mais importantes para DCNT. Segundo a OMS 60% da população mundial não realiza atividades física, os resultados do estudo demostram esse panorama onde 86,6% dos idosos relatam não realizar nenhuma atividade física.

Segundo Paulo et al., (2014) as pessoas idosas que não tiveram atividades físicas quando jovens, torna-se ainda mais difícil incluir exercícios físicos em sua rotina, normalmente essa atividade é incluída após diagnostico de alguma morbidade.

A inatividade física também pode estar relacionada a outro fator de risco o peso inadequado ou obesidade, que nesse estudo os idosos informaram parcialmente, pois não verificam em sua rotina peso e altura.

Foi possível obter 77 (68,7%) respostas das variáveis peso e altura que permitiu calcular o Índice de Massa Corporal – IMC dos idosos selecionados. Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, adotado internacionalmente, que é obtido através da fórmula “ $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ”, e classificados de acordo com a recomendação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2002) onde, baixo peso ($IMC \leq 23 \text{ kg/m}^2$), peso adequado ($23 < IMC < 28 \text{ kg/m}^2$), excesso de peso ($28 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Observou-se que 77,9% idosos estavam com baixo peso ou peso adequado, e 22,1% se enquadraram dentro de excesso de peso ou obesidade. O resultado encontrado pode explicar a inatividade física dos idosos por considerarem que não seria necessário por estarem com peso adequado ou baixo peso

Percebe-se que os resultados encontrados nos estudos diferem de alguns resultados encontrados em estudos do projeto SABE (OPAS, 2002) e Sass e Marcon (2015) que identificaram a prevalência de obesidade na população idosa. Porém a utilização do IMC no idoso deve ser acompanhada de outros indicadores visto que os idosos são mais vulneráveis as alterações nutricionais, os declínios naturais característicos da idade, além das questões econômicas e sociais (SASS; MARCON, 2015)

Com o processo de transição epidemiológica e as mudanças nos padrões das morbimortalidades com aumento de mortes pelas DCNT os comportamentos de risco como, tabagismos e consumo de álcool são considerados fatores de riscos graves elevando as taxas de mortalidades por agravos não transmissíveis (RAMIS et.al, 2012). Tratando-se de fatores de risco, verificou-se que 90 (80,4%) dos participantes referiram nunca ter ingerido bebida alcoólica.

Quanto ao hábito de fumar 22(19,6%) referiram fumar atualmente. Daqueles que responderam não fumar atualmente ou fumar menos que diariamente, evidenciou-se que 31 (34,8%) fumaram no passado, independente da frequência de uso. Estudos realizados na Região Metropolitana de Belos Horizonte traz que entre os idosos

estudos o que referiam fumar tinha com resultado uma auto avaliação negativa, e história de hospitalização em decorrência do tabagismo (PEIXOTO et al., 2006).

5.3 Prevalência de morbidades referidas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal

Neste capítulo, são abordadas questões relacionadas as morbidades referidas de Doenças Crônicas não Transmissíveis com destaque para Hipertensão Arterial, Diabetes, Colesterol, problemas cardíacos e Acidente Vascular Cerebral, Asma e Bronquite, Artrite, problemas de coluna, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, Osteoporose, também abordando a utilização de medicamentos utilizados para as DCNT e informações referente a Catarata e Queda como fatores de incapacidade funcional.

As frequências de morbidades referidas pelos idosos são influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada local, e podem subestimar tanto para maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população. Mas de qualquer modo, as informações são úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela presença do fator (VIGITEL, 2015)

Diante da transição demográfica, o processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, há um aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, da incapacidade funcional e alterações biopsicossociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ALVES, LEITE, MACHADO, 2010; TOMASI *et al.*, 2011). Descritas nos Gráfico 1 estão as DCNT mais recorrentes no Brasil.

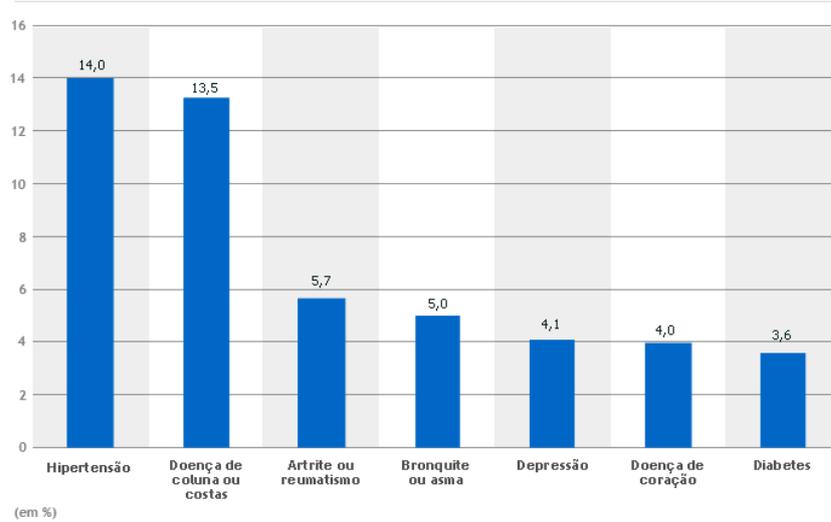
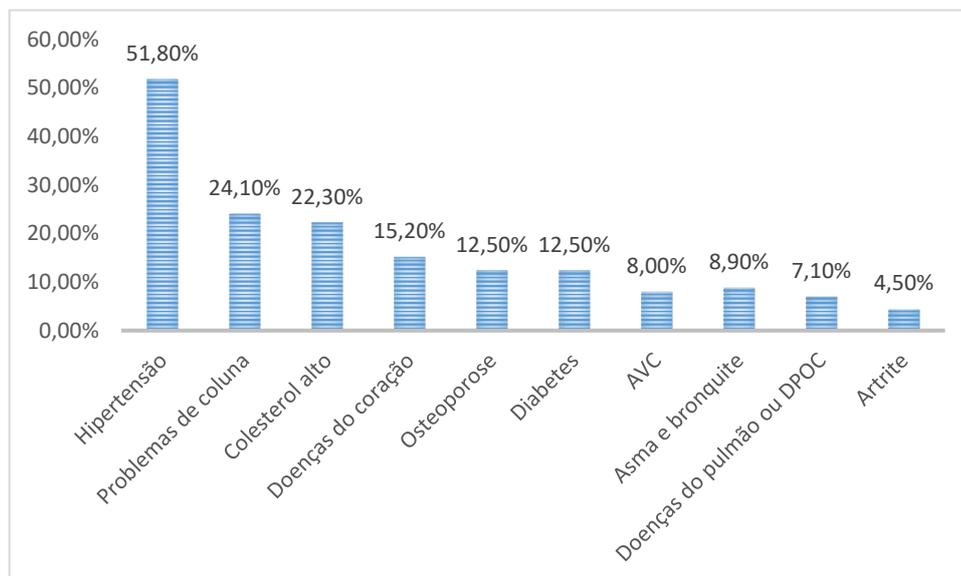


Gráfico 1: Doenças crônicas mais recorrentes no Brasil

Fonte: IBGE, 2010

Tanto os resultados encontrados no estudo quanto as prevalências das morbidades demonstram que nos municípios envolvidos estão evidenciados resultados similares ao Brasil, segundo IBGE (2010), onde a DCNT com maior prevalência é a HAS. A seguir o quadro com a frequência das questões do estudo.

Gráfico 2: Frequência de DCNT e fatores de riscos nos idosos residentes nos Entornos Sul e Norte do DF, 2012.



A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg), frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos

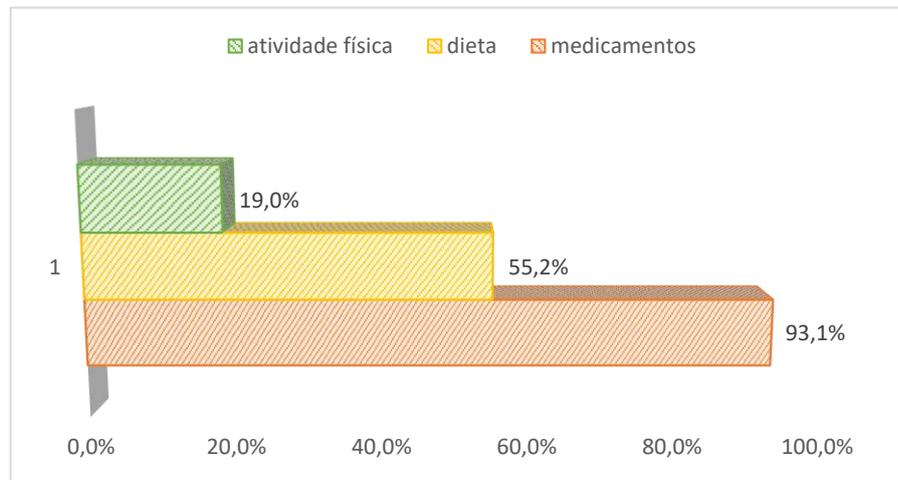
cardiovasculares fatais e não fatais, geralmente é assintomática o que pode dificultar o diagnóstico. A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA et al., 2015).

Quando questionados a respeito da última vez em que tiveram a Pressão Arterial medida 86 (76,8%) idosos refeririam o evento a menos de 6 meses, desses 58 (51,8%) tiveram diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Ainda no que se refere ao diagnóstico 42 (72,4%) idosos tiveram o diagnóstico aos 40 anos ou mais idade.

A partir do diagnóstico realizado, se faz necessária a inclusão precoce do idoso para controle da doença e prevenção de agravos e complicações. Assim, a unidade de saúde deve ser corresponsável pela captação precoce e acompanhamento do idoso a fim de diminuir a chance de falta de adesão ao tratamento (NASCIMENTO et al., 2013).

A seguir organograma para identificação e diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária.

Gráfico 3: Ações desenvolvidas para controle da hipertensão pelos idosos residentes nos municípios dos Entornos Sul e Norte do Distrito Federal



Dentro das medidas de controle da HAS 93,1% refere utilizar medicamento para esse controle, resultado superior a encontrados em estudos realizados com idosos em Londrina e no Rio de Janeiro de 54,7% e 51,0% respectivamente. (BLOCH et al., 2008; SILVA et al., 2014).

Em estudo realizado no nordeste brasileiro Nascimento et al (2013) identificou que dentre as maiores causas para a falta de adesão ao tratamento para HAS estava no esquecimento da medicação, indisponibilidade do medicamento na unidade de saúde, além da não adesão aos exercícios físicos e dieta estabelecida.

Diante disso, se faz importante que a equipe de saúde além da prescrição e entrega do medicamento, incentive através de oportunidades de convivência e orientação ações que complementem a utilização de medicamentos com vistas a incentivar a participação do idoso na melhora de sua saúde e qualidade de vida. Seja em atividades em grupo ou individuais.

Referentes as questões de realização de exames para medir glicemia 56(50%) idosos responderam que realizaram a menos de seis meses, 21(18,8%) disseram que realizaram entre seis meses e um ano, 25(22,4%) realizaram entre um ano ou mais e 10(6,3%) disseram nunca ter realizado o exame. Dos que refeririam terem realizado exames 14(13,7%) receberam diagnostico de diabetes, proporção menor que a média nacional encontrada na PNS que foi de 20%.

Apesar de menos prevalente no estudo em comparação com as outras morbidades a diabetes é uma doença altamente limitante com perda significativa da qualidade de vida (PAULO et al., 2014). Contudo a prevalência de diabetes auto referida nos idosos desse estudo é similar aos resultados encontrados em estudos realizado pelo Instituto Nacional de Câncer e também no estudo de Francisco et al., (2010) com achados de 14% e 15,4%, respectivamente.

Quanto ao acompanhamento dos diagnosticados com diabetes 85,7% relatam que não procuram o serviço de saúde regularmente. Em outros estudos com resultados similares os idosos entrevistados relataram não achar necessário procurar serviços de saúde regularmente fato esse que pode estar ligado à gravidade da doença e/ou presença de comorbidades. (FRANCISCO et al., 2010)

A prevenção de agravos relacionados ao diagnóstico de Diabetes é extremamente importante para as equipes de saúde da Atenção Primária, gestores locais e municipais, além do próprio usuário visto que as complicações geradas por tal agravo descompensado podem gerar gastos desnecessários para os serviços de saúde e complicações evitáveis para o usuário (SILVEIRA, 2013).

Ainda no que se refere as DCNT a seguir tabela que descreve as morbidades relacionadas ao aparelho circulatório encontrados nos idosos selecionados.

Tabela 3: Morbidades relacionadas ao aparelho circulatório referidas pelos idosos residentes no Entorno Sul e Norte do Distrito Federal, 2012

Características	Frequência		IC
	(n=112)	%	%
Colesterol alto	25	22,3	15,6 - 30,8
Doenças do coração	17	15,2	9,7 - 22,9
AVC	9	8,0	4,3 - 14,6

Referente aos resultados encontrados no estudo 87,6% dos idosos realizaram exame para verificar colesterol e triglicérides e 22,3% receberam o diagnóstico de colesterol alto, 15,2% tiveram confirmação de diagnóstico doenças do coração divididos nas seguintes doenças angina, arritmias, infarto e doença de Chagas e quando questionados do diagnóstico de AVC 8,0% confirmam ter sofrido Acidente vascular cerebral.

Colesterol alto é um dos componentes para desenvolvimento da aterosclerose aumentando assim o risco de doenças cardiovasculares. O alto nível de colesterol no sangue causa 7,9% dos óbitos e quase 18% dos AVC e 58% das doenças cardiovasculares podem ser atribuídas aos níveis de colesterol no sangue. As doenças cardiovasculares e AVC são as que mais afetam a população idosa e representavam em 2002, 40,0 % das mortes registradas no país e o AVC possui a segunda maior taxa de mortalidade no Brasil (OPAS, 2003; PEDREIRA et al., 2015).

Quanto as questões relacionadas a asma e bronquite 9(8%) dos entrevistados receberam diagnóstico de asma ou bronquite em algum momento da vida e 8 (7,1%) informaram ter diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou outra DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica).

Apesar de acometer mais frequentemente adultos jovens e crianças, doenças como asma e bronquite assim como a rinite também atingem de maneira importante os idosos. Este aumento se deve, dentre outros fatores, ao crescimento da população idosa em todas as regiões (MORAIS-ALMEIDA et al., 2014).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, que delineou o perfil das doenças crônicas não transmissíveis sensíveis a Atenção Primária, identificou que estes agravos são responsáveis por 43,99% das internações sensíveis à Atenção Primária, com destaque para as doenças pulmonares que foram responsáveis por 18% desse montante. A partir desse quadro se faz imperioso que sejam desenvolvidas e implementadas ações para impedir esses agravos e/ou que em função desses problemas o idoso acabe por buscar atendimento para os problemas de saúde na Atenção Secundária ou Terciária, principalmente por aquelas doenças sensíveis à Atenção Primária (SANTOS et al., 2013).

Quanto aos agravos relativos a problemas ósseos, articulares e reumáticos, temos que os resultados apresentados na Tabela 4, indicam a frequência de casos referidos como diagnosticados de problemas crônicos de coluna, osteoporose e artrite. Destaca-se que nos casos referidos a maioria das ocorrências são do sexo feminino.

Tabela 4: Diagnostico referido de problemas crônicos de coluna, osteoporose e artrite, em idosos residentes nos municípios do Entorno Sul e Norte do DF, 2012

Características	n=112	Frequência	
		Sexo Fem.	Sexo Masc.
Problemas crônicos de coluna	24,1%	32,8%	12,5%
Osteoporose	12,5%	15,6%	6,3%
Artrite	4,5%	6,3%	2,0%

As morbidades ligadas ao sistema osteomuscular estão intimamente ligadas às alterações fisiológicas que afetam a incapacidade funcional gerando fragilidade dos idosos (ANTUNES et al., 2015). Essa situação identificada reflete os demais encontrados no estudo no que diz respeito a prevalência dos casos ocorrerem no sexo feminino com valores de 32,8% apresentarem problemas de coluna, 15,6% osteoporose e 6,3% dos casos de artrite. Os resultados podem ser atribuídos as perdas de massa óssea de forma prematura que ocorre com as mulheres sendo atribuídas ao sedentarismo aos mecanismos de envelhecimento (VIEIRA et al., 2015).

Quando questionados sobre o uso de medicamento para dormir 17(15,2%) utilizam e informam que o mesmo foi obtido através de prescrição medica, já dos 87 entrevistados 49 (56,3%) relataram usar medicamentos continuo por doença referida.

A prevalência das doenças crônicas torna o idoso um grande consumidor de medicamentos e seu uso inadequado pode ser considerado um importante problema de saúde pública. A população idosa está mais susceptível a exercer a polifarmácia devido a prevalência e incidência de comorbidades. A polifarmácia se caracteriza pelo uso de dois ou mais medicamentos que podem ser prescritos ou não (SILVA et al., 2012; BEZERRA et al., 2016),

Dos idosos entrevistados 46(41,1%) receberam diagnostico de catarata e destes 28 idosos tiveram indicação de cirurgia e 21 foram realizadas.

A catarata e a principal causa de cegueira reversível no mundo e acomete 75% da população de idosos e com a diminuição da acuidade visual aumenta o risco de queda em idosos (MENEZES, VILAÇA e MENEZES, 2016). Segundo a PNS (2015) o

indicador foi de 28,7% e no Centro-Oeste esse valor e 37,7%. Essa condição pode explicar que, dos idosos com diagnostico de catarata do estudo 17(36,9%) tiveram queda nos últimos 12 meses sem necessidade de cirurgia.

Os achados no estudo mostram que 28 (25%) dos idosos sofreram queda nos últimos 12 meses. A queda para pessoa idosa representa grande problema principalmente pelas suas consequências, que podem gerar incapacidades, hospitalização e também podem levar a morte. Cerca de 30% das pessoas idosas sofrem quedas a cada ano e esse número aumenta nos idosos com mais de 80 anos. Vários podem ser os fatores que levam a queda como os relacionados ao ambiente, redução da visão, alteração postural, fraquezas entre outros. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006)

Quanto às DCNT, tem-se observado crescimento em todas as regiões do mundo, em decorrência do aumento da expectativa de vida e da adoção de estilos de vida não saudáveis, que são caracterizados pelo sedentarismo, consumo alimentar inadequado, excesso de peso e obesidade. As mulheres apresentam maior prevalência dessas doenças crônicas em relação aos homens, possivelmente pelo fato de frequentarem mais os serviços de saúde e, em razão desse comportamento, apresentarem maior oportunidade de diagnóstico. (MALTA et al., 2015) .

CONCLUSÃO

As condições de saúde dos idosos residentes nos municípios do Entorno Sul e Norte do Distrito Federal entre os anos de 2010 – 2012 apontam que se encontram, no que tange prevalência de DCNT similares as taxas nacionais.

Prevalência do sexo feminino nos idosos entre 60 e 92 anos onde 57,1% são do sexo feminino, 46,5% se consideram pardos, 43,6% são casados ou em relacionamento estável e 58,9% são aposentados com nível escolar elementar incompleto a analfabeto, baixa escolaridade

Ao serem questionados quanto a auto avaliação de sua saúde os resultados foram positivos onde 41,9% consideram muito boa e boa, que segundo Confortine et. al (2015) pode estar ligada ao bem-estar gerado pelo uso dos serviços, situação socioeconômica.

Dentre os selecionados 80,4% informam nunca terem ingeridos bebida alcoólicas e atualmente 19,6% fazem uso do tabaco, 77,8% dos entrevistados estão com baixo peso e peso adequado diferente da situação encontrada no Brasil, onde a prevalência é de obesidade na população idosa (MARCON, SASS, 2015).

Quanto a morbidade referida a prevalência foi de HAS onde 51,8 % dos entrevistados tiveram diagnostico confirmado aos 40 anos ou mais. Desses 72,4% frequentam serviços públicos de saúde com profissional médico.

Quanto as ações para controle da HAS 93,1% dos idosos referem fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos e também relataram receber orientações quanto a ingestão de sal, alimentação saudável e acompanhamento regular.

Dos idosos com diagnóstico de HAS 84,9 % realizaram exames de sangue e urina e 17,8% apresentaram problemas renais em decorrência da HAS.

Ainda abordando as morbidades referidas 13,7% dos idosos relatam terem sido diagnosticados com diabetes, porem informa não procurarem os serviços de saúde para tratamento, fato esse que pode estar ligado ao nível de gravidade e a ausência de comorbidades, 22,3% também apresentam quadro de colesterol alto e 15,2% apresentaram doenças do coração.

Os idosos que relataram usar algum tipo de medicação contínua para as doenças referidas, obtiveram os mesmos através de prescrição médica.

Grande parte dos achados no estudo tem maior prevalência no sexo feminino, por comporem pouco mais da metade do grupo de estudo fato que reflete o cenário atual da transição demográfica com aumento da população feminina.

Conforme os resultados obtidos neste estudo, o aumento da expectativa de vida da população, o envelhecimento se destaca na RIDE – DF, como no estado e país, e é um desafio para a gestão das três esferas de governo. Por isso, a necessidade de implantação de serviços específicos para a população idosa não só voltada para as doenças crônicas, mas também para a capacidade funcional do indivíduo valorizando assim a autonomia dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança no perfil demográfico trouxe desafios para gestão dos serviços de saúde, principalmente para elaboração, adequação das políticas públicas voltadas para a população idosa do país. Os achados deste estudo remetem aos encontrados em âmbito Nacional, onde a população em sua grande maioria é composta por mulheres que apresentam baixa escolaridade e que vivem sozinhas.

Apesar de toda especificidade dos Entornos do Distrito Federal caracterizado pelo crescimento desordenado, e por algumas cidades se configurarem como cidades dormitórios os Entornos Sul e Norte apresentam cobertura média de Estratégia de Saúde da Família em torno de 63%. Mesmo que a cobertura não seja a ideal, é esperado que uma parcela importante desses idosos tenham acesso a alguma unidade de saúde de Atenção Primária que possa atuar em atividades promoção, prevenção, de captação e diagnóstico precoce, tratamento e encaminhamento para outros serviços.

Nos achados do estudo, a DCNT de maior prevalência entre os idosos é a HAS e mesmo com indicativo de presença no serviço de ações voltadas para pessoas com HAS como por exemplo os grupos de acompanhamento do HIPERDIA ou grupo de idosos, alguns usuários relatam não utilizar os serviços para acompanhamento das DCNT diagnosticadas.

Assim, se fazem necessários ainda mais investimentos nos programas voltados para o público com DCNT ou com fatores de riscos, no que diz respeito a promoção e educação em saúde reforçando a importância do controle diminuindo o aparecimento das morbidades.

É necessário que o olhar direcionado a este público não seja apenas curativo ou paliativo, é importante que se transforme essa perspectiva para uma perspectiva de fortalecimento e aumento da qualidade de vida, de modo a contribuir para a prevenção de agravos ou complicações cada vez mais complexas de serem sanadas no que se refere ao público idoso. Porém, para aqueles em que se faz necessário, deverão existir ações no sentido de levar o atendimento médico até o domicílio, como no programa do ministério da saúde denominado Melhor em Casa.

Para os gestores, o estudo contribui oferecendo informações locais para fortalecimento das ações de saúde, das equipes de saúde e a relação com o usuário, mas ainda seria necessária a realização de mais pesquisas voltadas para essa população, gerando assim indicadores capazes de fortalecer as estratégias voltadas para a população idosa principalmente na Atenção Primária, ordenadora dos serviços de saúde

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D.; Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento **Revista Portal de Divulgação**, [on-line] n.40, Ano IV. Mar/Abr/Mai, 2014. Disponível <www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista> ISSN 2178-3454. Acesso em 26 nov. 2015
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 23, n. 8, p 1924-1930, ago. 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. DA C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-478, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2015. Epub 07-Maio-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>.
- ANTUNES, J.de F. S. et al. Avaliação da fragilidade de idosos internados em serviço de Emergência de um hospital universitário. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 20, n. 2, p. 266 – 73. Abr/Jun. 2015.
- BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v5, n. 1, p 43-54, jan./jun. 2008.
- BEZERRA, T. A. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma unidade básica de saúde da família. **Cogitare Enferm.** Paraná v. 21, n. 1 p. 01-11. Jan/mar; 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.
- _____. Congresso. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF. 5 jan. 1994. Seção 1, ano 132, n. 3.
- _____. Decreto nº 7.469 - Regulamenta a Lei Complementar no 94, de 19/02/1998 que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do DF. **Presidência da República - Casa Civil**, 04 maio 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm>. Acesso em: 14 out 2015.
- _____. Decreto 1.498, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF. 4 jul. 1996. Seção 1, ano 134, n. 128, 12278-12279.

_____. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências, *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF. 29 jun. 2011. 1996. Seção 1, ano 134, n. 123.

_____. Estatuto do Idoso. Senado Federal, 2003. 66p.

_____. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF. 3 out.2003. Seção 1, ano 192, n. 6.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n.º 1.395, de 9 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez. 1999. N. 237-E, seção 1, p. 20-24.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2008, 24(12):2979-84

CAIADO, M.C.S. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e Entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 22, nº 1, p. 55-88, 2005.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. OBRENOME, O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: _____. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Pág 253-292.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004. 604p

COCKELL, FF. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: Trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicologia e Saúde*. São Paulo, v 26, n. 2, p.461-471, 2014.

CONFORTIN, S. C. et al . Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 1049-1060, May 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lng=en&nrm=iso>. Accessos 01 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.

FOCCHESATTO, A.; ROCKETT, F. C.; PERRY, I. D. S. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 779-795, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400779&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14150>.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 175-184, Jan. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100018>.

Fundação Oswaldo Cruz, Curso – Informação e indicadores para gestão de saúde do idoso no Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://idosorj.iciict.fiocruz.br>>. Acessado em 15 nov. 2015

GOIÁS. Secretaria de Gestão E Planejamento. Superintendência de Estatísticas, Pesquisa e Informações Socioeconômicas. Dinâmica Populacional de Goiás: Análise de Resultados do Censo Demográfico 2010- IBGEO, 2011. Goiás: SECPLAN/GO., 2011. V1

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisa_resultados.php?id; Acessado em: 20 de set. 2015

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em:< <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acessado em: 20 de set. 2015

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Guia do Censo 2010. Operação Censitária. 2010 Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/guia_do_censo_2010_operacao.php; Acessado em: 20 de set. 2015

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/> Acessado em: 20 de set. 2015

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 350-357, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200018>.

JECKEL-NETO EA, CUNHA GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, editores. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p.13-22.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, June 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001&lng=en&nrm=iso>. access 10 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 dez. 2006. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 159-167, May 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017>.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 373-387, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300373&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>.

MENDES, A.G.C; MIRANDA, G.M.D; LYRA, T.M; TAVARES, R.A.W. Assistência de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: Exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro:28(5): 955-964, mai, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. **A construção do social da atenção primária à saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – CONASS, 2015. 193p

MENEZES, C.; VILACA, K. H. C.; MENEZES, R. L. de. Quedas e qualidade de vida de idosos com catarata. **Rev. bras. oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 40-44, Feb. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000100040&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20160009>.

MINAYO, M. C. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p 208-209. fev, 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Portaria nº 399 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/busca>. Acesso em: 29/02/2016

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias das SAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 152 p. ISBN 978-85-334-2243-8

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO. Ministério da da Integração Nacional. **Secretaria de Desenvolvimento Regional**, 2013. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/regioes_integradas_rides>. Acesso em: 20 de out 2015.

MORAIS-ALMEIDA, M. et al . Asma e rinite no idoso: Estudo epidemiológico nacional. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa , v. 22, n. 1, p. 33-42, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212014000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 mar. 2016.

NASCIMENTO, A. C. G. et al. Características da Adesão Terapêutica em Pessoas com Hipertensão Arterial e Identificação do Diagnóstico de Enfermagem “Falta De Adesão” na Atenção Primária. **REV. APS** v.16, n.4 p.365 -377, out. 2013.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, v. 6, nº. 1, 2010. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 29/02/2016.

NUNES, D. P. Demanda assistencial de pessoas idosas residentes no município de São Paulo: necessidade de cuidado e utilização dos serviços de saúde. 2015. Tese Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p.: 21 cm. — (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde**. OMS, 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças Crônico Degenerativas E Obesidade: Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília 2003.

PAULO, T. R. S. et al. Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) em idosas?. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, v. 27, n. 4, p 527-532. out./dez., 2014

PEDREIRA, R. B. S. et al. Hospitalizações por doenças do aparelho circulatório em idosos e estratégia saúde da família. **Arq. Ciênc. Saúde**. São José do Rio Preto, v. 22, n. 3, p. 31-36 22, jul./set. 2015.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 09 nov. 2015.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T A. de F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692011000500022&lng=en&nrm=iso>. access
on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS / organizadores Claci Fátima Weirich Rosso... [et al.]. - Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 423-431, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300004&lng=en&nrm=iso>. access
on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300004>.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. Delineamento e condução do estudo. Tipos de estudos epidemiológicos. In _____ **Epidemiologia Moderna**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 107-122.

SANTOS, T. A. P.; **Desempenho dos serviços de saúde prestados à Mulher residente no entorno sul do Distrito Federal na perspectiva da usuária**. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2013.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600025&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300002&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>.

SANTOS, V. C. F. dos et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 124-131, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300016&lng=en&nrm=iso>. access
on 18 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300016>.

SASS, A.; MARCON, S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 18, p 361-372. 2015.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

SILVA, G. de O. B. et al . Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 386-395, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200016>.

SILVA, G. de O. B. et al . Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 386-395, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200016>.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al . Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 49-62, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>.

SILVA, E. F.; PANIZ, V. M. V.; LASTE G.; TORRES I. L. S. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: Um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(4):1029-1043, 2013.

SILVEIRA, R. E. da et al . Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 11, n. 4, p. 514-520, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SZWARCOWALD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, São Paulo, v. 11, 2008.

SZWARCOWALD, C. L.; VIACAVA, F. Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010

TOMASI E et al. Características da utilização de serviços da Atenção Básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: Diferenças por modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011; 16 (1): 3689 – 3696;

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Population ageing and development: Ten years after Madrid**. Madrid, 2012.

Disponível em:

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2012-4.pdf.>

VALCARENGHI, R. V.; LOURENÇO, L. F. L.; SIEWERT, J. S.; ALVAREZ, A. M. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):705-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419i>

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009.

VIEIRA, S. C. A. L. et al. A Força Muscular associada ao processo de Envelhecimento. **Ciências Biológicas e da Saúde** . Maceió, v. 3, n.1, p. 93-102, nov. 2015.

WENDT, C. J. K. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no sul do Brasil. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília. Vol. 68, n.3, p. 406-413. maio/jun. 2015

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Identificação do Setor Censitário

FOLHA DE INFORMAÇÕES SOBRE SETORES, DOMICÍLIOS E PESSOAS A ENTREVISTAR Entrevistador n° 1

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SETOR:

Código do setor para o IBGE: 520025805000001

2 – DADOS DO SETOR:

UF: 5 - ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

Município: 258 - ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

Distrito: 5 - ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

Subdistrito: 0 -

Bairro: ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS - (todos os setores)

Situação: 5

Setor: 1

Tipo: 0

Número de domicílios no setor: 391

Pulo: 21

Primeiro domicílio a ser selecionado: 6

3 – PONTO INICIAL E FINAL DO SETOR:

RUA 33 COM "ROD. BR-070"

4 – PERÍMETRO DO SETOR:

DO PONTO INICIAL PELA "ROD. BR-070" ATE "AVENIDA 4" ATE "AVENIDA 5" ATE "RUA 6" ATE "RUA 33" ATE O PONTO INICIAL.

5 – SETORES INTERNOS A EXCLUIR:

NADA A REGISTRAR.

6 – AGLOMERADOS RURAIS IDENTIFICADOS:

NADA A REGISTRAR.

7 – SELEÇÃO DO ADULTO A ENTREVISTAR:

A coluna 01 indica o número da pessoa a entrevistar no 1° domicílio selecionado; a coluna 02 indica o número da pessoa a entrevistar no 2° domicílio selecionado; e assim sucessivamente até chegar a coluna 10, que indicará o número da pessoa a entrevistar no 10° domicílio.

Total de adultos no domicílio	Número do(a) adulto(a) a entrevistar no domicílio								
	01	02	03	04	05	06	07	08	09
2	2	2	1	2	1	2	1	1	2
3	1	1	3	2	1	1	2	2	1
4	4	2	4	3	1	1	1	3	1
5	2	1	5	4	5	5	3	1	1
6	6	2	5	6	2	5	2	1	6
7	1	3	3	1	1	5	3	4	7
8	2	6	4	1	8	8	2	3	1
9	3	9	2	9	8	8	2	1	5
10	1	10	5	8	2	3	8	4	1
11	5	10	3	10	2	1	11	1	5
12+	12	9	12	4	2	5	12	4	12

Anexo 2 – Questionário

A. Características Sócio-Demográficas e Apoio Social

Horário de Início ___ : ___

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos.

A1	Sexo	1. Feminino	2. Masculino	
A2	Qual a sua idade?	_____anos		
A3	Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a)		
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)		
		3. Separado(a) ou divorciado(a)		
		4. Viúvo(a)		
A4	Quantos anos completos de estudo (com aprovação) o(a) sr(a) tem?	_____anos		
A5	Qual o seu grau de instrução?	1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução		
		2. Elementar Incompleto		
		3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto		
		4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto		
		5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto		
		6. Superior Completo ou mais		
A6	Qual é a sua cor (raça)? <i>[Entrevistador: Leia as opções para o entrevistado]</i>	1. Branca		
		2. Negra		
		3. Amarela		
		4. Parda		
		5. Indígena		
A7	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	1. Trabalha e em atividade atualmente		Se 1: Ir para A10
		2. Trabalha, mas não em atividade atualmente		
		3. Já trabalhou, mas não trabalha mais		Se 4: Ir para A17
		4. Nunca trabalhou		

A8	Qual a principal razão de você não estar em atividade atualmente?	1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos
		2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho
		3. Estudos / treinamento
		4. Aposentado por tempo de trabalho/idade
		5. Aposentado por doença/invalidez
		6. Afastado por doença
		7. Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc)
		8. Outra (especifique): _____
A9	Há quanto tempo o(a) sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade?	_____ dias _____ meses _____ anos
A10	Com que idade o(a) sr(a) começou a trabalhar?	_____ anos
<i>Entrevistador: As perguntas A11 a A17 são dirigidas às pessoas que trabalham atualmente e para as que já trabalharam e não trabalham mais. Neste caso, faça as perguntas no passado e refira-se à última ocupação.</i>		
A11	Qual é ou era a sua situação de trabalho?	1. Servidor público
		2. Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada
		3. Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada
		4. Empregado familiar não remunerado
		5. Conta própria ou autônomo com estabelecimento
		6. Conta própria ou autônomo sem estabelecimento
		7. Empregador com até 5 funcionários fixos
		8. Empregador com 5 ou mais funcionários fixos

A12	Qual é ou era sua principal ocupação no trabalho? _____ <i>(Anotar a ocupação)</i>		
<i>[Entrevistador: Com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado marcando a opção escolhida com "X"]</i>			
	1. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa		
	2. Profissionais do nível superior		
	3. Profissionais das artes		
	4. Profissionais ou técnicos de nível médio		
	5. Trabalhadores de serviços administrativos		
	6. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciantes		
	7. Trabalhadores de serviços domésticos		
	8. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca		
	9. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)		
	10. Trabalhadores manuais da construção civil		
	11. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção		
	12. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares		
	13. Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro, etc)		
A13	Em geral, quantas horas no total o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava por semana? <i>(inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria)</i>	_____ horas por semana	
A14	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para o trabalho?	Ida: 0. Menos de uma hora	_____ horas _____ minutos
		Volta: 0. Menos de uma hora	_____ horas _____ minutos
A15	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	1. Sim	2. Não
			Se 2.: Ir para A17

A16	Com que frequência o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	1. Menos que 1 vez por mês
		2. 1 a 3 vezes por mês
		3. 1 vez por semana
		4. 2 a 3 vezes por semana
		5. 4 ou mais vezes por semana
A17	O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento?	1. Não tem rendimento
		2. Trabalho R\$ _____
		3. Seguro desemprego R\$ _____
		4. Aposentadoria R\$ _____
		5. Pensão R\$ _____
		6. Renda Mensal Vitalícia R\$ _____
		7. Venda de produtos R\$ _____
		8. Aluguel R\$ _____
		9. Doação de não-morador do domicílio R\$ _____
		10. Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R\$ _____
		11. Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R\$ _____
		12. Bolsa Família R\$ _____
		13. Benefício de Prestação Continuada (BPC) R\$ _____
		14. Cartão alimentação R\$ _____
		15. Outra fonte (especifique) R\$ _____
		16. Recusou

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo

A18	Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	_____ parentes	0. Nenhum
A19	Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)	_____ amigos	0. Nenhum

B. Auto-Avaliação do Estado de Saúde

Horário de Início ___ : ___

As primeiras perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

B1	Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	1. Muito boa	
		2. Boa	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito ruim	
B2	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades de rotina por motivo de saúde?	_____ dias	0. Nenhum dia

Agora gostaria de abordar diferentes funções do seu corpo. Quando eu perguntar sobre dificuldades, gostaria que o(a) sr(a) considerasse que grau de dificuldade tem tido para realizar as suas atividades habituais. Por dificuldades, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal-estar ou dor, lentidão ou mudanças na maneira como o sr(a) realiza as atividades, habitualmente.

B3	O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar no desempenho das atividades habituais?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para B5
B4	Qual ou quais destes equipamentos o(a) sr(a) faz uso?			
	a. Bengala	1. Sim	2. Não	
	b. Muleta	1. Sim	2. Não	
	c. Cadeira de Rodas	1. Sim	2. Não	
	d. Andador	1. Sim	2. Não	
	e. Calçado ortopédico	1. Sim	2. Não	
f. Outro (especifique): _____	1. Sim	2. Não		

B16	O(a) sr(a) usa aparelho auditivo?	1. Sim	2. Não
<i>Ao responder a próxima pergunta, leve em conta o aparelho auditivo, se usar.</i>			
B17	Em geral, em que grau o(a) sr(a) tem problemas de audição?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B18	Em geral, em que grau o(a) sr(a) se sente preocupado(a) ou ansioso(a)?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B19	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dores no corpo? [Sem incluir dor de cabeça].	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B20	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dor de cabeça ou enxaqueca?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	

C. Estilo de Vida

Horário de Início ____ : ____

Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física, e uso de bebidas alcoólicas e fumo.

C1	Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez?	1. Menos de 1 semana	Se 5: Ir para C4
		2. Entre 1 semana e menos de 1 mês	
		3. Entre 1 mês a menos de 6 meses	
		4. 6 meses ou mais atrás	
		5. Nunca se pesou	
C2	O(a) sr(a) sabe seu peso? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)	____ , ____ kg	888. Não sabe
C3	O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade?	Sim, qual? ____ , ____ kg	888. Não lembra/Não sabe
C4	O(a) sr(a) sabe sua altura? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)	____ m ____ cm	888. Não sabe

[Entrevistador: Se homem, vá para C6]

C5	A sr(a) está grávida no momento? (<i>só para mulheres</i>)	1. Sim	2. Não
----	--	--------	--------

Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação.

C6	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	
C7	Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C9
C8	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada?	1. 1 vez por dia		
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
C9	Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (<i>sem contar batata, mandioca ou inhame</i>)	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C11

C22	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (<i>não vale leite de soja</i>)	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C24
C23	Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	1. Integral		
		2. Desnatado ou Semi-desnatado		
		3. Os dois tipos		
C24	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come presunto, mortadela ou salame?	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	

Agora vou lhe fazer questões sobre o consumo de bebidas alcoólicas

C25	Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1. Não bebo nunca	Se 1 ou 2: Ir para C31
		2. Menos de uma vez por mês	
		3. Uma vez ou mais por mês	
C26	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	
C27	Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (<i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>)	_____ doses por dia	
C28	Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?	_____ anos	

C33	Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência?	1. Caminhada (<i>não vale para o trabalho</i>)		
		2. Caminhada em esteira		
		3. Corrida		
		4. Corrida em esteira		
		5. Musculação		
		6. Ginástica aeróbica		
		7. Hidroginástica		
		8. Ginástica em geral		
		9. Natação		
		10. Artes marciais e luta		
		11. Bicicleta		
		12. Futebol		
		13. Basquetebol		
		14. Voleibol		
		15. Tênis		
		16. Dança		
		17. Outro (<i>especifique</i>): _____		
C34	Em geral, no dia que o(a) sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	_____ horas _____ minutos		
C35	Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C42
C36	No desempenho das suas atividades de trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) anda a pé por pelo menos 10 minutos seguidos?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C38
C37	Em geral, no dia que o(a) sr(a) anda a pé no desempenho das suas atividades de trabalho, quanto tempo dura esta atividade?	_____ horas _____ minutos		
C38	No desempenho das suas atividades de trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C40
C39	Em geral, no dia que o(a) sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho das suas atividades de trabalho, quanto tempo dura esta atividade?	_____ horas _____ minutos		

Agora vou lhe perguntar sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali), cigarros indianos (ou bidis) e narguilé (ou cachimbos d'água). Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaca como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.

C49	Atualmente, o(a) sr(a) fuma?	1. Sim, diariamente		Se 1: Ir para C52
		2. Sim, menos que diariamente		
		3. Não fumo atualmente		
C50	E no passado, o(a) sr(a) fumou?	1. Sim, diariamente		Se 2 ou 3: Ir para C60
		2. Sim, menos que diariamente		
		3. Não, nunca fumei		
C51	Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?	_____ anos	0. Há menos de um ano	Se 0: Ir para C53 Se diferente de 0: Ir para C58
C52	Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tentou parar de fumar?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C58
C53	Quando tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C58
C54	O(a) sr(a) conseguiu o tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para C56
C55	Porque o(a) sr(a) não conseguiu tratamento?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		Ir para C58
		2. Tinha que esperar muito tempo		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento		
		7. O serviço de saúde era muito distante		
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		9. Outro (<i>especifique</i>): _____		

Agora vamos falar sobre exposição solar.

C63	Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, seja andando na rua, no trabalho ou no lazer, costuma usar alguma proteção contra o sol, como filtro solar, chapéu, guarda-sol, vestimenta, etc?	1. Sim		Se 2 ou 3: I para o próximo módulo
		2. Não		
		3. Não fica exposto por mais de 30 minutos		
	 Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?			
C64	a. Filtro solar	1. Sim	2. Não	
	b. Chapéu, guarda-sol, sombrinha	1. Sim	2. Não	
	c. Roupa/vestimenta	1. Sim	2. Não	

Horário de Término ____ : ____

D. Morbidade

Horário de Início ____ : ____

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas e infecciosas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

D1	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida?	1. Há menos de 6 meses	Se 6: Ir para D22
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais	
		6. Nunca	
D2	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Sim	Se 2 ou 3: para D22
		2. Apenas durante a gravidez (<i>só para mulheres</i>)	
		3. Não	
D3	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?	_____ anos	
D4	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?	1. Não	Se 3: Ir para D6
		2. Não, só quando tem algum problema	
		3. Sim	
D5	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?	1. O serviço de saúde é muito distante	
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	
		3. Tem dificuldades financeiras	
		4. Não acha necessário	
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		6. O plano de saúde não cobre as consultas	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____	

D6	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da hipertensão?		
	a. Dieta	1. Sim	2. Não
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não
D7	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão arterial?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca recebeu	
D8	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		4. Ambulatório de hospital público	
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		7. Outro (<i>especifique</i>): _____	
D9	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
D10	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	

Se 6: Ir para D18

D11	Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?			
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não	
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não	
	c. Ingerir menos sal	1. Sim	2. Não	
	d. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não	
	e. Não fumar	1. Sim	2. Não	
	f. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não	
	g. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não	
D12	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?			
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos)	1. Sim	2. Não	
	b. Exame de urina	1. Sim	2. Não	
	c. Exame gráfico (eletrocardiograma)	1. Sim	2. Não	
	d. Teste de esforço	1. Sim	2. Não	
	e. Outro (<i>especifique</i>): _____			
	f. Não foi pedido nenhum exame		Se f: Ir pa D15	
D13	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir pa D15
D14	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez 2. Não achou necessário 3. Não conseguiu marcar 4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande 5. Estava com dificuldades financeiras 6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante 7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas 8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados 9. Não sabia onde realizar os exames 10. Outro (<i>especifique</i>): _____		

D15	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com um cardiologista ou outro médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir pa D18
D16	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir pa D18
D17	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi 2. Não conseguiu marcar 3. Não achou necessário 4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 5. Não sabia quem procurar ou aonde ir 6. Estava com dificuldades financeiras 7. O plano de saúde não cobria a consulta 8. O serviço de saúde era muito distante 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas 10. Outro (especifique): _____		
D18	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa da pressão alta?			
	a. Angina	1. Sim	2. Não	
	b. Infarto	1. Sim	2. Não	
	c. AVC	1. Sim	2. Não	
	d. Insuficiência cardíaca	1. Sim	2. Não	
	e. Outro problema circulatório	1. Sim	2. Não	
	f. Problema nos rins	1. Sim	2. Não	
	g. Outra (especifique): _____			
	h. Não teve complicações			
D19	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação?	1. Sim, _____ vezes	2. Não	Se 2: Ir pa D21

D20	Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
D21	Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	
D22	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	1. Há menos de 6 meses	Se 6: Ir para D45
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca fez	
D23	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1. Sim	Se 2 ou 3: Ir para D45
		2. Apenas durante a gravidez (<i>só para mulheres</i>)	
		3. Não	
D24	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?	_____ anos	
D25	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	1. Não	Se 3: Ir para D27
		2. Não, só quando tem algum problema	
		3. Sim	

D26	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	1. O serviço de saúde é muito distante	
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	
		3. Tem dificuldades financeiras	
		4. Não acha necessário	
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		6. O plano de saúde não cobre as consultas	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____	
D27	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do diabetes?		
	a. Dieta	1. Sim	2. Não
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não
	c. Toma medicamentos orais, como hipoglicemiantes	1. Sim	2. Não
	d. Usa insulina	1. Sim	2. Não
	e. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não
D28	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa do diabetes?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca recebeu	
			Se 6: Ir para D41

D29	Na última vez que recebeu assistência de saúde para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		4. Ambulatório de hospital público	
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		7. Outro (<i>especifique</i>): _____	
D30	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
D31	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	
D32	Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?		
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não
	c. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não
	d. Não fumar	1. Sim	2. Não
	e. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não
	f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães, etc.)	1. Sim	2. Não
	g. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não

D33	Em algum dos atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?			
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos)	1. Sim	2. Não	
	b. Hemoglobina glicada	1. Sim	2. Não	
	c. Curva glicêmica	1. Sim	2. Não	
	d. Exame de urina	1. Sim	2. Não	
	e. Outro (<i>especifique</i>): _____			
	f. Não foi pedido nenhum exame			Se f: Ir par D36
D34	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir par D36
D35	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez		
		2. Não achou necessário		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante		
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas		
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados		
		9. Não sabia onde realizar os exames		
		10. Outro (<i>especifique</i>): _____		
D36	Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, como cardiologista ou oftalmologista?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir par D39
D37	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir par D39

D38	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi
		2. Não conseguiu marcar
		3. Não achou necessário
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir
		6. Estava com dificuldades financeiras
		7. O plano de saúde não cobria a consulta
		8. O serviço de saúde era muito distante
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
		10. Outro (especifique): _____
D39	Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?	1. Há menos de 6 meses
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos
		5. 3 anos ou mais atrás
		6. Nunca fez
D40	Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar feridas ou irritações?	1. Há menos de 6 meses
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos
		5. 3 anos ou mais atrás
		6. Nunca teve os pés examinados

D41	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?			
	a. Problemas na vista	1. Sim	2. Não	
	b. Infarto	1. Sim	2. Não	
	c. AVC	1. Sim	2. Não	
	d. Outro problema circulatório	1. Sim	2. Não	
	e. Problema nos rins	1. Sim	2. Não	
	f. Ulceras nos pés	1. Sim	2. Não	
	g. Amputação	1. Sim	2. Não	
	h. Coma diabético	1. Sim	2. Não	
	i. Outro (<i>especifique</i>): _____			
j. Não teve complicações				
D42	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?	1. Sim, _____ vezes	2. Não	Se 2: Ir para D44
D43	Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses		
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
D44	Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		

D45	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicéridos?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para D52
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
		6. Nunca fez		
D46	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D49
D47	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?	_____ anos		
D48	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do colesterol alto?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não	
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não	
D49	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	1. Sim, qual? _____ CID [][][][]	2. Não	Se 2: Ir para D54
D50	Que idade o sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?	_____ anos	0. Desde que nasceu	

D51	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?		
	a. Dieta	1. Sim	2. Não
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não
D52	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?	1. Sim	2. Não
D53	Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	
D54	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame?	1. Sim	2. Não
D55	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do AVC?	_____ anos	
D56	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do AVC?		
	a. Dieta	1. Sim	2. Não
	b. Fisioterapia	1. Sim	2. Não
	c. Outras terapias de reabilitação	1. Sim	2. Não
	d. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	e. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não
D57	Em geral, em que grau o AVC limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	

Se 2: Ir pa
D58

D58	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir par D63	
D59	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma?	_____ anos			
D60	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve algum ataque de asma?	1. Sim	2. Não		
D61	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?				
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	1. Sim	2. Não		
	b. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não		
D62	Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D63	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir par D68	
D64	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite?	_____ anos			
D65	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite?				
	a. Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não		
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não		
	c. Faz acupuntura	1. Sim	2. Não		
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não		
D66	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite?	1. Sim	2. Não		
D67	Em geral, em que grau a artrite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			

D68	O(a) sr(a) tem algum problema crónico de coluna, como dor crónica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D73
D69	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna?	_____ anos		
D70	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?			
	a. Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não	
	c. Faz acupuntura	1. Sim	2. Não	
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não	
D71	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa do problema na coluna?	1. Sim	2. Não	
D72	Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
D73	O(a) sr(a) já recebeu a vacina contra hepatite?	1. Sim	2. Não	
D74	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hepatite?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D79
D75	Que tipo de hepatite? [<i>Se o entrevistado responder que teve hepatite B e C, escolher a mais antiga</i>].			Se 1 ou 9: Ir para D79
	1. A			
	2. B			
	3. C			
	9. Não sei o tipo			

D104	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente?	1. Não acha necessário	
		2. O serviço de saúde é muito distante	
		3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental	
		4. Tem dificuldades financeiras	
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____	
D105	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença mental?		
	a. Faz psicoterapia	1. Sim	2. Não
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não
	c. Outro (<i>especifique</i>): _____		
D106	Em geral, em que grau essa doença mental limita as suas atividades habituais?	1. Não limita	
		2. Um pouco	
		3. Moderadamente	
		4. Intensamente	
		5. Muito intensamente	

As perguntas D107 a D115 são dirigidas apenas aos idosos (60 anos e mais). [Entrevistador: Se a idade do entrevistado for inferior a 60 anos, vá para D116]



D107	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)?	1. Sim, qual? _____ CID [][][][]	2. Não	Se 2: Ir para D111
D108	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença no pulmão?	_____ anos	0. Menos de um ano	

D109	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?			
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	1. Sim	2. Não	
	b. Usa oxigênio	1. Sim	2. Não	
	c. Fisioterapia respiratória	1. Sim	2. Não	
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____			
D110	Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
D111	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de osteoporose?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D116
D112	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de osteoporose?	_____ anos	0. Menos de um ano	
D113	O diagnóstico foi feito depois de uma fratura?	1. Sim	2. Não	
D114	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da osteoporose?			
	a. Exercícios ou fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não	
	c. Outro (<i>especifique</i>): _____			
D115	Em geral, em que grau a osteoporose limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
D116	Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (<i>de mais de 6 meses de duração</i>)?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D118

[Entrevistador: Se o entrevistado não referiu nenhuma doença crônica ou infecciosa ou não usa medicamentos para nenhuma das doenças referidas, vá para o próximo módulo]

D123	Para algumas das doenças que o(a) sr(a) referiu, o(a) sr(a) utiliza medicamentos de uso contínuo? <i>[Entrevistador: Verificar consistência com as questões sobre uso de medicamento. Se o entrevistado respondeu que usa medicamentos para algum dos problemas, ele deverá responder sim]</i>	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D126
D124	Todos os medicamentos de uso contínuo que o(a) sr(a) utiliza foram prescritos por médico?	1. Sim, todos	2. Não, nem todos	3. Nenhum foi prescrito por médico
D125	Como o(a) sr(a) obtém os medicamentos de uso contínuo?			
	a. Gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	b. Compra no programa de farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	c. Compra na farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	d. São dados pelo médico	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	e. São dados por amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	f. Em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
D126	Para alguma das doenças que o(a) sr(a) referiu, quantas vezes foi atendido pelo mesmo profissional de saúde nos últimos 12 meses?	_____ vezes	0. Nenhuma	Se 0: Ir para o próximo módulo
D127	Na última consulta, o médico que lhe atendeu era o mesmo das consultas anteriores?	1. Sim	2. Não	
D128	O médico pediu para ver os exames das consultas passadas?	1. Sim	2. Não	

Horário de Término ____ : ____

I. Saúde dos Idosos (indivíduos com 60 anos e mais)

Horário de Início ____ : ____

Primeiramente, gostaria de fazer algumas perguntas sobre os primeiros 15 anos de sua vida.

I1	Como o(a) sr(a) descreveria a situação econômica de sua família durante os primeiros 15 anos de sua vida?	1. Muito boa	
		2. Boa	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito Ruim	
I2	Durante os primeiros 15 anos da sua vida, houve algum tempo em que o(a) sr(a) passou fome porque sua família não podia comprar comida suficiente?	1. Sim	2. Não
I3	Como o(a) sr(a) descreveria a sua saúde durante os primeiros 15 anos de sua vida?	1. Muito boa	
		2. Boa	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito Ruim	

Agora vamos falar sobre as dificuldades em realizar as atividades habituais.

I4	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para andar em casa, no plano, do quarto para a sala, cozinha ou quintal?	1. Não, nenhuma dificuldade	
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa	
		3. Sim, bastante dificuldade, só consegue com ajuda de outra pessoa	
		4. Não consegue andar (nem com a ajuda de outra pessoa)	
I5	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para deitar ou levantar da cama?	1. Não, nenhuma dificuldade	
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa	
		3. Sim, só consegue com ajuda de outra pessoa	
I6	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para tomar banho, se lavar, passar o sabão e se enxugar?	1. Não, nenhuma dificuldade	
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa	
		3. Sim, só consegue com ajuda de outra pessoa	

I7	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda nos cuidados pessoais, como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para I9	
I8	Em geral, quem lhe prestou ajuda?	1. Familiar			
		2. Vizinho (a) ou amigo (a)			
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família			
		4. Cuidador contratado			
		5. Outro (especifique): _____			
I9	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda nas atividades domésticas, como comida, compras, limpeza da casa e lavagem de roupas?	1. Sim	2. Não	999. NSA (não faz nenhuma destas atividades)	Se 2 ou 999: Ir para III
II0	Em geral, quem lhe prestou ajuda?	1. Familiar			
		2. Vizinho(a) ou amigo(a)			
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família			
		4. Cuidador contratado			
		5. Outro (especifique): _____			
III1	Nos último 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda com cuidados de saúde, como troca de curativos e administração de remédios?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para III3	
III2	Em geral, quem lhe prestou ajuda?	1. Familiar			
		2. Vizinho(a) ou amigo(a)			
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família			
		4. Cuidador contratado			
		5. Outro (especifique): _____			
III3	Alguém de sua família, amigo ou vizinho, que more ou não com o(a) sr(a), lhe presta ajuda em algum destes aspectos?				
	1. Com dinheiro?	1. Sim	2. Não		
	2. Comprando coisas que precisa como roupa, remédios, comida?	1. Sim	2. Não		
	3. Acompanhando às consultas médicas?	1. Sim	2. Não		
	4. Nas tarefas de casa?	1. Sim	2. Não		
	5. Outro (especifique): _____	1. Sim	2. Não		

I14	E o(a) sr(a) ajuda alguém da sua família, amigo ou vizinho, que more ou não com o(a) sr(a)?		
	1. Com dinheiro?	1. Sim	2. Não
	2. Comprando coisas que precisa como roupa, remédios, comida?	1. Sim	2. Não
	3. Tomando conta de crianças?	1. Sim	2. Não
	4. Nas tarefas de casa?	1. Sim	2. Não
	5. Cuidando do cônjuge ou companheiro(a)?	1. Sim	2. Não
I15	6. Cuidando de outros idosos ou adultos com limitações?	1. Sim	2. Não
I15	O(a) sr(a) participa de algum centro de convivência do idoso ou grupo da melhor idade?	1. Sim	2. Não

Agora vamos falar sobre assistência de saúde

I16	Quando foi a última vez que fez exame de vista por profissional de saúde?	1. Há menos de 6 meses	Se 6: Ir para I23	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 e 3 anos atrás		
		5. Mais de 3 anos atrás		
		6. Nunca		
I17	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de catarata em uma ou ambas as vistas?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para I23
I18	Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para I23
I19	O(a) sr(a) fez a cirurgia?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para I21

I20	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito a cirurgia de catarata?	1. Está marcada, mas ainda não fez		Ir para I23
		2. Não achou necessário		
		3. Não conseguiu vaga		
		4. Estava com dificuldades financeiras		
		5. O serviço de saúde era muito distante		
		6. O plano de saúde não cobria a cirurgia		
		7. Não sabia onde realizar a cirurgia		
		8. Não tinha quem o(a) acompanhasse		
		9. Outro (<i>especifique</i>): _____		
I21	A cirurgia foi feita pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
I22	O(a) sr(a) pagou pela cirurgia de catarata?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		6. Não, porque a cirurgia foi paga por entidade filantrópica, igreja, ONG		
I23	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou vacina contra gripe?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para I25

I24	Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?	1. Raramente fica gripado(a)		
		2. Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe		
		3. Não sabia onde tomar a vacina		
		4. Tem medo da reação		
		5. Tem medo de injeção		
		6. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde		
		7. Estava com dificuldades financeiras		
		8. Teve dificuldades de transporte		
		9. O serviço de saúde era muito distante		
		10. A vacina não estava disponível no serviço que procurou		
		11. Contra-indicação médica		
		12. Não acredita que a vacina protege contra gripe		
		13. Outro (<i>especifique</i>): _____		
I25	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve alguma queda?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo
I26	Como causa de alguma dessas quedas nos último 12 meses, o(a) sr(a) fraturou quadril ou fêmur?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo
I27	Teve necessidade de cirurgia?	1. Não		
		2. Sim, sem colocação de prótese		
		3. Sim, com colocação de prótese		
I28	A cirurgia foi feita pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
I29	O(a) sr(a) pagou pela cirurgia?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		6. Não, porque a internação foi paga por entidade filantrópica, igreja, ONG		

I30	Quanto tempo esperou para ser internado(a), desde a hora que chegou ao hospital até a realização da cirurgia?	_____ horas <i>(a ser completado para menos de 24 horas)</i>	_____ dias _____ meses
I31	Por quanto tempo o(a) sr(a) ficou internado(a)?	_____ dias _____ meses	

Horário de Término ___ : ___

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada em _____ (nome do município ou Região Administrativa). Os principais objetivos da pesquisa são o de coletar dados que possibilitem o cálculo de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde incluindo as condições de saúde e da assistência em saúde nos 19 municípios de Goiás que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) e na Regional de Saúde do Paranoá, do Distrito Federal.

As informações serão colhidas por meio de entrevistas com os moradores dos domicílios sorteados para participar do estudo e ajudarão a melhorar a qualidade de vida da população do seu município e os municípios vizinhos que compõem a RIDE-DF ao identificar os problemas e necessidades de saúde da população, assim como, verificar como estão funcionando os serviços de saúde, para assim planejar ações para melhorar as condições de saúde da população.

O seu domicílio foi sorteado para participar da pesquisa. Caso aceitem em participar o responsável pelo domicílio responderá questões relacionadas ao número de pessoas que moram no domicílio, a idade, sexo, situação conjugal, as relações de parentesco, a situação socioeconômica e se tem plano de saúde privado; as características do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água e destino do lixo); e, se estão cobertos pelo Programa de Saúde da Família, o que levará em torno de uns 20 minutos.

Em seguida, será realizada outra entrevista com um morador maior de 18 anos que levará em torno de 30 minutos. O participante sorteado responderá a perguntas sobre as suas condições de saúde e de doenças que possa estar sofrendo, a disponibilidade de medicamentos para o seu tratamento, se pertinente, bem como, da disponibilidade de tratamento no dentista e de vacinas. Em caso de ser mulher, questões relacionadas aos cuidados de sua saúde serão feitas e do seu filho menor de dois anos, se tiver.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como o seu anonimato. Os dados e entrevistas ficarão sob a guarda do NESP/CEAM/UnB e os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de boletins informativos em diferentes meios de comunicação local e oficinas com participação das autoridades de saúde, o conselho de saúde e representantes da comunidade. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde e você tem o direito de deixar de responder as questões em que não se sentir confortável, podendo

parar a qualquer momento se desejar. É possível que precisemos retornar para verificar dados ou informações faltantes.

Uma cópia deste documento ficará com vocês. Em caso de dúvida, vocês poderão procurar por _____ (nome do coordenador de campo responsável pela região onde o município se encontra localizado), nos telefones _____, ou pelo coordenador geral da pesquisa, Profa. Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez, no telefone (61) 9648-7704 (NESP/UnB – SCLN 496, 2º Andar, Asa Norte, Brasília, DF, CEP:70847-510). Vocês poderão, ainda, consultar o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1947 ou pelo e-mail: CEPFS@UNB.BR.

Portanto, eu _____, responsável pelo domicílio declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do responsável pelo domicílio: _____

Portanto, eu _____, morador do domicílio maior de 18 anos, declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do participante maior de 18 anos: _____

Entrevistador: _____
(Nome legível e assinatura)

Supervisor: _____
(Nome legível e assinatura)

Coordenador de Campo:
Claci Fátima Weirich
(Nome legível e assinatura)

Local: _____ Data: _____
(Município/Região)

Anexo 5 – Carta de Apoio do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF



Luziânia – GO, 25 de maio de 2010

Termo de Ciência

Declaro, para os devidos fins, estar ciente da realização da pesquisa intitulada: "Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, RIDE-DF", que envolve a realização de inquérito domiciliar de base populacional. Informo que a proposta será apresentada na próxima reunião do Colegiado Gestor da Saúde da RIDE-DF prevista para o dia 10 de junho de 2010, em Brasília, para pactuação da sua realização junto aos Secretários de Saúde do Estado de Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal, bem como dos Secretários Municipais de Saúde dos 22 municípios envolvidos.

Atenciosamente,



Felipe Alves Cezário

Coordenador da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica de Luziânia
Secretário Executivo Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF

Anexo 6 – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **074/10**

Título do Projeto: “Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno”.

Pesquisadora Responsável: Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez

Data de Entrada: 31/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **074/10** com o título: “Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 18 de junho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB