

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JULIANE SANCHOTENE DE BASTOS

**DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DA
REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS.**

**Itaqui
2017**

JULIANE SANCHOTENE DE BASTOS

**DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DA
REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado
como requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Nutrição pela Universidade
Federal do Pampa- Campus Itaquí.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiana Silveira
Copês

**Itaquí
2017**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

B327	<p>Bastos, Juliane Sanchotene de</p> <p>DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS / Juliane Sanchotene de Bastos.</p> <p>46 p.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade Federal do Pampa, NUTRIÇÃO, 2017.</p> <p>"Orientação: Fabiana Silveira Copês".</p> <p>1. Envelhecimento. 2. Idosos. 3. Perfil de Saúde. I.</p> <p>Título.</p>
------	--

JULIANE SANCHOTENE DE BASTOS

**DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS USUÁRIOS DA
REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAQUI/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
elaborado como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Nutrição pela Universidade Federal
do Pampa- Campus Itaqui.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 27 de novembro de 2017
Banca examinadora:

Prof. Dr. Fabiana Silveira Copês

Orientadora
(UNIPAMPA)

Prof. Dr. Lana Carneiro Almeida

(UNIPAMPA)

Prof. Nádia Rosana Fernandes de Oliveira

(UNIPAMPA)

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso está apresentado na forma de Artigo Científico a ser submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ISSN 1413-8123 (impressa), ISSN 1678-4561 (versão online) (ANEXO 1).

Autores

Juliane Sanchotene de Bastos¹; Fabiana Silveira Copês².

¹Acadêmica do Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Itaqui, RS, Brasil. E-mail: julianedebastos@gmail.com;

²Professora Adjunta no Departamento de Nutrição, UNIPAMPA.

RESUMO

Descreve-se no estudo o perfil socioeconômico e sociodemográfico da população idosa usuária da rede pública de saúde do município de Itaqui/RS onde investigou-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores associados. A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Participaram do estudo 217 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Foram aplicados questionários estruturados com perguntas socioeconômicas e demográficas e avaliaram a presença de doenças e condições de saúde, nível de atividade física, avaliação do estado nutricional, e avaliação de fatores de risco cardiovasculares como circunferência da cintura. Dentre os idosos, 61,75% referiram ter alguma doença crônica não transmissível, 43,80% eram hipertensos, 6,00% diabéticos e 12,00% afirmaram ter estas duas patologias. Em relação aos fatores associados as doenças crônicas não transmissíveis, 51,60% encontrava-se em sobrepeso/ obesidade, 67,30% apresentavam medida da circunferência da cintura elevada, 48,40% relataram não ter o hábito fumar, 77,90% faziam uso de medicamento e 43,80% não praticavam atividade física. A prevalência de doenças relacionadas com o uso de medicamentos apresentou associação estatisticamente significativa. Conclui-se que na presente pesquisa a maioria dos idosos apresentam doenças crônicas como HAS e DM e/ou presença de fatores de risco para doenças crônicas, sendo eles isolados ou associados.

Palavras-chave: envelhecimento, idosos, perfil de saúde.

ABSTRACT

The study describes the socioeconomic and socio-demographic profile of the elderly population using the public health network in the municipality of Itaquí / RS, where the prevalence of chronic non-communicable diseases and associated factors was investigated. Data collection was performed at the Basic Health Units (UBS). A total of 217 individuals aged 60 and over, of both sexes, participated in the study. We applied structured questionnaires with socioeconomic and demographic questions and evaluated the presence of diseases and health conditions, level of physical activity, evaluation of nutritional status, and evaluation of cardiovascular risk factors such as waist circumference. Among the elderly, 61.75% reported having a chronic non-transmissible disease, 43.80% were hypertensive, 6.00% were diabetics and 12.00% said they had both. 51.60% were overweight / obese, 67.30% had high waist circumference, 48.40% reported not having a smoking habit, 77.90% they used medication and 43,80% did not practice physical activity. The prevalence of diseases related to the use of medications presented a statistically significant association. It is concluded that in the present research most of the elderly present chronic diseases such as hypertension and DM and / or presence of risk factors for chronic diseases, being they isolated or associated.

Key words: aging, elderly, health profile.

SUMÁRIO

Introdução.....	7
Metodologia	8
Delineamento do estudo	8
Campo de estudo	8
Amostra	8
Coleta de dados e fontes de informação	9
Questionários estruturados	10
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	10
Avaliação do IMC	10
Avaliação da Circunferência da cintura (CC)	11
Avaliação de atividade física.....	11
Análise estatística	12
Considerações éticas	12
Resultados	12
Discussão.....	17
Considerações finais.....	21
Referências bibliográficas	22
Apêndices	28
Anexos.....	34

Introdução

O processo de envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial, e decorre da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade além do aumento da expectativa de vida¹. A definição de uma idade ou fase que marque o início da velhice é relativa e complexa, envolvendo uma série de fatores. No Brasil, utiliza-se para a caracterização de idoso o limite etário de 60 anos, conforme proposto pela Política Nacional do Idoso².

De acordo com o censo demográfico de 2010, o número de idosos no país foi de 20.590.599. As projeções para 2025 indicam que a população maior de 60 anos será superior a 30 milhões, com isso, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos³. O aumento da expectativa de vida leva a maior número de idosos, e a conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre essa população⁴.

As principais DCNT identificadas como causadoras de óbito são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. No Brasil, no ano de 2009, os óbitos por DCNT corresponderam a 72,4% do total. As patologias como neoplasias, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares foram responsáveis por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas⁵.

Ressalta-se que envelhecer é um processo fisiológico e gradual previsto na trajetória de todos os seres vivos, e envolve fatores sociais, psíquicos, ambientais e biológicos. A qualidade de vida do idoso é resultante da modificação desses fatores no decorrer de sua existência⁶. As alterações fisiológicas do envelhecimento associadas à diminuição da capacidade funcional dos órgãos e sistemas, mudança dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo, estresse e maior expectativa de vida, contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas que interferem na condição de vida do idoso, fazendo com que ele precise

de um serviço de saúde com constantes cuidados, medicações contínuas, exames periódicos e, em alguns casos, de um cuidador, por apresentar algum grau de dependência⁷.

As condições crônicas, geralmente, estão relacionadas às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, inatividade física, e dessa forma refletindo no estado nutricional, além da predisposição genética^{8,9}.

Mediante o exposto, o objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de doenças crônicas e fatores associados em idosos usuários da rede pública de saúde do município de Itaqui/RS.

Metodologia

Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal analítico.

Campo de estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), as quais são distribuídas por sua área de abrangência.

Amostra

Segundo o cálculo amostral, devia ser constituída uma população composta por 134 idosos, selecionados ao acaso e seguindo a amostra calculada por Pedro Alberto Barbeta¹⁰, considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Considerou-se como desfecho

principal a prevalência de 10% de idosos em subnutrição, de acordo com estudo de Erika Aparecida Silveira¹¹.

A amostra foi composta por 217 indivíduos moradores do município de Itaqui/RS com idade igual ou superior a 60 anos, caracterizados como idosos segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento¹² de ambos os sexos, que estivessem buscando atendimento nos locais acima citados, a fim de melhorar sua condição de saúde, bem como convívio social e que tivessem interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo pessoas com limitações em responder o questionário, como perda de memória ou confundimento.

Coleta de dados e fontes de informação

Este trabalho está vinculado a outro estudo maior intitulado: Qualidade de vida e saúde de idosos atendidos pelo serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS. A coleta de dados ocorreu no período de 03 de abril a 30 de junho de 2017, a qual foi previamente agendada com as unidades onde os idosos buscavam atendimento, por meio da aplicação de questionários nos dias úteis da semana, nos turnos manhã e tarde.

Para a coleta de dados, os entrevistadores abordavam aos idosos explicando os objetivos da pesquisa e fazendo o convite para a participação. Os idosos eram escolhidos de forma sistemática conforme chegada nas unidades de atendimento.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com utilização de questionários, avaliação nutricional e avaliação de fatores de risco cardiovasculares, por pesquisadores previamente treinados, a fim de manter um padrão de avaliação dos idosos participantes.

Questionários estruturados

Foram aplicados questionários contemplando perguntas relacionadas a questões sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, cor da pele/raça, escolaridade) em perguntas abertas e fechadas. Foram explanados questionamentos quanto à presença de doenças e condições de saúde (APÊNDICE 1). Foram avaliadas as condições econômicas (renda) baseadas no Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME¹³ (ANEXO 2).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A presença de doenças crônicas foi considerada de maneira autorreferida pelos idosos. Observou-se e considerou-se o uso de medicamentos para doenças como Hipertensão e Diabetes, para a caracterização de presença de doenças.

Foram avaliadas variáveis que indicam fatores associados para DCNT, conforme a literatura, exposto abaixo:

Avaliação do IMC

Nos procedimentos de diagnóstico do estado nutricional de idosos, foi utilizado como critério de classificação do Índice de Massa Corporal - IMC, recomendado pela OMS. Sendo obtido dividindo-se o peso do indivíduo pela altura ao quadrado. O peso deve ser definido em quilogramas (kg) e a altura em metros (m).

O estado nutricional dos idosos foi avaliado, segundo pontos de corte propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde¹⁵: Baixo peso: $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$; Peso Adequado ou

Eutrófico: IMC 23-28 kg/m²; Excesso de peso: IMC 28-30 kg/m²; Obesidade: IMC > 30 kg/m².

Avaliação da Circunferência da cintura (CC)

A medida da circunferência da cintura avalia possíveis riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As classificações ficam definidas, de acordo com WORLD HEALTH ORGANIZATION¹⁶, como risco aumentado quando apresentarem medidas de 94 a 102 cm para homens, e 80 a 88 para mulheres e risco muito aumentado quando medidas > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres.

Avaliação de atividade física

O nível de atividade física dos idosos foi avaliado utilizando-se a versão curta do *Questionário Internacional de Atividade Física* – (IPAQ)¹⁴ (ANEXO 3). Este instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, como deslocamento de um lugar ao outro, serviços domésticos e atividades ocupacionais. Um escore de atividade física em minutos por semana foi construído, somando-se os minutos despendidos em caminhada e atividades de intensidade moderada com os minutos despendidos em atividades de intensidade vigorosa, multiplicados por dois. Tal estratégia visa a considerar as diferentes intensidades de cada atividade e está de acordo com as recomendações atuais quanto à prática de atividade física¹⁷. Um escore abaixo de 150 minutos por semana foi o ponto de corte para classificar os indivíduos como sedentários.

Análise estatística

A análise estatística dos resultados para variáveis categóricas (raça branca e não branca, nível de escolaridade, sexo, estado civil, nível econômico, fumo, CC) foi realizada através do teste de qui-quadrado de Pearson. Para variáveis quantitativas (presença de doenças: HAS, DM, DM+HAS) foram realizados média e desvio padrão, utilizando o teste t de *student*. Os dados foram avaliados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21, e foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$.

Considerações éticas

Este trabalho foi registrado no Sistema de Informação de Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão (SIPPEE) da UNIPAMPA, sob o protocolo 20170418091922 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), em conformidade com a resolução CNS 466/12.. O consentimento em participar foi estabelecido e esclarecido por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) junto ao idoso voluntário e, posteriormente, obtida sua assinatura ou impressão digital. O termo foi entregue em duas vias, onde uma ficou com o pesquisador e outra com o participante.

Resultados

Participaram do estudo 217 idosos, de modo que não houve perda amostral. A idade variou de 60 a 93 anos, com média e desvio-padrão de $70,3 \pm 6,9$ anos. De acordo com os dados socioeconômicos e sociodemográficos analisados, $n = 152$ (70%) eram do sexo

feminino, n=169 (77,9%) predominantemente da cor de pele branca. Em relação a educação, 146 (67,3%) tinham como nível de escolaridade o Ensino Fundamental completo ou incompleto e, quanto ao nível econômico, a maioria dos idosos era da classe E 114 (52,5%). A presença de religião relatada pelos idosos mostrou-se em alta prevalência 210 (96,8%). Os solteiros (as), sem companheiros (as), separados (as), viúvos (as), ou divorciados (as) correspondiam a 128 (58,6%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas e socioeconômicas de idosos usuários da rede pública de saúde no município de Itaqui – RS.

Características Gerais da Amostra	Frequência	
	n	%
Sexo		
Feminino	152	7
Masculino	65	3
Cor ou raça		
Branco	169	77,9
Não branco	48	21,9
Nível de escolaridade		
Analfabeto	20	9,2
Ensino Fundamental	146	67,3
Ensino Médio	40	18,4
Ensino Superior	11	5,1
Nível econômico		
Não sabe	35	16,1
Classe A	3	1,4
Classe B	2	0,9
Classe C	18	8,3
Classe D	45	20,7
Classe E	114	52,5
Religião		
Não	7	3,2
Sim	210	96,8
Estado civil		
Casado (a) ou mora com companheiro (a)	90	41,5
Solteiro (a), sem companheiro (a), separado (a), viúvo (a), divorciado (a)	127	58,5

Fonte: O Próprio pesquisador

No presente estudo foram observados dados de patologias autorreferidas pelos idosos (Figura 1), e identificou-se que (61,75%) sofrem de alguma doença crônica não transmissível. Identificou-se que as prevalências de doenças crônicas de Diabetes *Mellitus* foi de 6%

(n=13), 43,80% (n=95) apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica e 12% (n=26) afirmaram conviver com estas duas patologias. Entre a ocorrência ou não de alguma patologia, 83 (38,2%) dos idosos referiram não ter HAS E DM.

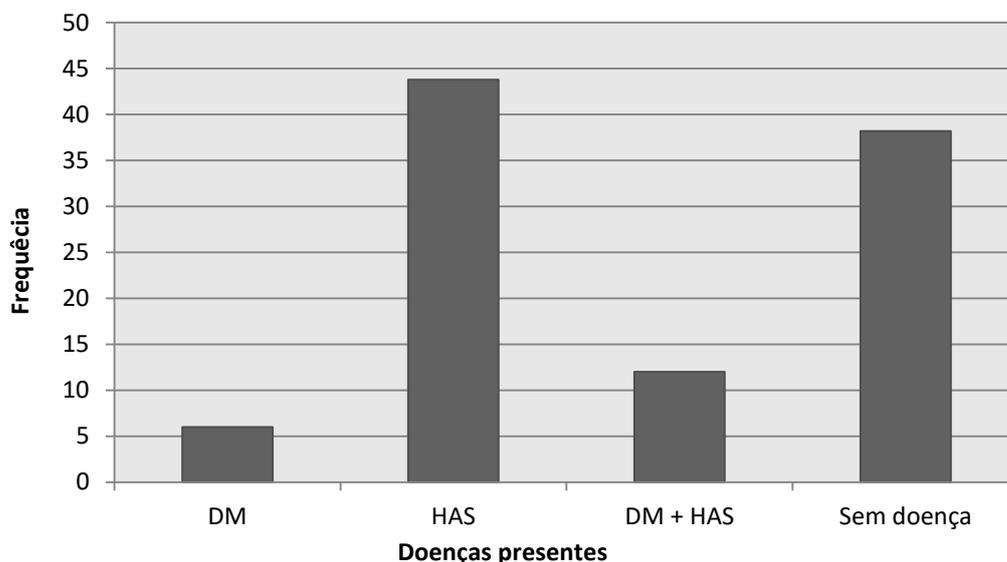


Figura 1. Prevalência de doenças crônicas em idosos usuários do serviço público de saúde na Cidade de Itaqui-RS.

Em relação aos fatores relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (Tabela 2), 112 (51,60%) encontrava-se em sobrepeso/ obesidade, 146 (67,3%) apresentavam medida da circunferência da cintura elevadas, o que é indicador de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, 105 (48,4%) relataram não fumar ou nunca ter fumado, 169 (77,9%) fazem uso de algum tipo de medicamento, 95 (43,8%) não praticavam atividade física, sendo considerada caminhada por no mínimo 10 minutos por dia.

Tabela 2- Fatores relacionados às doenças crônicas não transmissíveis em idosos usuários do serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Estado nutricional (IMC)		
Baixo peso	17	7,8
Adequado	87	40,1
Sobrepeso/ obesidade	112	51,6
Ausente	1	0,5
CC		
Com risco	146	67,3
Sem risco	67	30,9
Fumo		
Não, nunca fumou	105	48,4
Sim, já fumou	83	38,2
Sim, fuma atualmente	29	13,4
Uso de medicamentos		
Não	48	22,1
Sim	169	77,9
Prática de atividade física		
Muito ativo	11	5,1
Ativo	42	19,4
Irregularmente ativo	62	28,6
Sedentário	102	47

Fonte: O Próprio pesquisador

A correlação entre as DCNT referidas pelos idosos e seus fatores associados podem ser observados conforme dados da Tabela 3. Identifica-se que não são apresentadas diferenças e associações estatisticamente significativas quando comparados os grupos de doenças isoladas, associadas e ausência de doenças com fatores associados, com exceção do uso de medicamentos que apresentou associação significativa quando comparada com a presença de doenças ou não.

Tabela 3- Relação entre DCNT e fatores associados em idosos usuários do serviço público de saúde na Cidade de Itaqui-RS.

Variáveis	Com doença				P valor*** n (%)
	HAS* n (%)	DM** n (%)	HAS+DM n (%)	Sem doença n (%)	
Sexo					
Feminino	68 (44,74)	8 (5,26)	20(13,16)	56 (36,84)	0,768
Masculino	27 (41,54)	5 (7,69)	6 (9,23)	27 (41,54)	
Cor ou raça observada					
Branco	75 (44,38)	8 (4,74)	20 (11,83)	66 (39,05)	0,881
Não branco	20 (41,67)	5 (10,42)	6 (12,5)	17 (35,41)	
Nível de escolaridade					
Analfabeto	12 (60)	0	3 (15)	5 (25)	0,496
Ensino Fundamental	62 (42,47)	8 (5,48)	17 (11,64)	59 (40,41)	
Ensino Médio	17 (42,5)	4 (10)	3 (7,5)	16 (40)	
Ensino Superior	4 (36,37)	1 (9,09)	3 (27,27)	3 (27,27)	
Nível econômico					
Não sabe	19 (54,3)	1 (2,9)	4 (11,4)	11 (31,4)	0,793
Classe A	3 (100)	0	0	0	
Classe B	1 (50)	0	0	1 (50)	
Classe C	7 (38,9)	0	3 (16,7)	8 (44,4)	
Classe D	18 (40)	4 (8,9)	7 (15,6)	16 (35,6)	
Classe E	46 (40,4)	9 (7,9)	12 (10,5)	47 (41,2)	
Religião					
Sim	93 (44,29)	13 (6,19)	23 (10,95)	81 (38,57)	0,060
Não	2 (28,58)	0	3 (42,84)	2 (28,58)	
Estado civil					
Casado (a) ou mora com companheiro (a)	36 (40)	6 (6,67)	13 (14,44)	35 (38,89)	0,818
Solteiro (a), sem companheiro (a), separado (a), viúvo (a), divorciado (a)	59 (46,46)	7 (5,51)	13 (10,24)	48 (37,79)	
Estado nutricional (IMC)					
Baixo peso	3 (17,65)	2 (11,76)	1 (5,89)	11 (64,70)	0,096
Peso Adequado ou Eutrófico	34 (39,08)	6 (6,90)	10 (11,49)	37 (42,53)	
Excesso de peso / Obesidade	56 (50)	6 (5,36)	15 (13,39)	35 (31,25)	
CC					
Com risco	66 (45,20)	8 (5,48)	23 (15,75)	49 (33,57)	0,81
Sem risco	25 (37,31)	6 (8,95)	3 (4,48)	33 (49,26)	
Fuma					
Não, nunca fumou	49 (46,67)	6 (5,71)	15 (14,29)	35 (33,33)	0,748
Sim, já fumou	34 (40,96)	5 (6,03)	10 (12,05)	34 (40,96)	
Sim, fuma atualmente	12 (41,38)	2 (6,89)	1 (3,45)	14 (48,28)	
Uso de medicamentos					
Sim	92 (54,44)	14 (8,29)	26 (15,38)	37 (21,89)	0,00
Não	2 (4,17)	0	0	46 (95,83)	
Prática de atividade física (atividades moderadas por pelo menos 10 minutos)					
Muito ativo	5 (45,5)	0	1 (9,1)	5 (45,5)	0,973
Ativo	20 (47,6)	3 (7,1)	4 (9,5)	15 (35,7)	
Irregularmente Ativo	24 (38,7)	4 (6,5)	7 (11,3)	27 (43,5)	
Sedentário	45 (44,1)	7 (6,9)	14 (13,7)	36 (35,3)	

Fonte: O Próprio pesquisador

* HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM: Diabetes *Mellitus*

*** Valores significativos de P – teste Qui-Quadrado de Pearson

Discussão

Atualmente, no Brasil, observa-se um processo de transição demográfica, no qual vem ocorrendo um aumento do número de mulheres na população idosa¹⁸. Na análise dos aspectos sociodemográficos, observou-se que 70% dos idosos eram mulheres. Percentual semelhante ao encontrando no estudo de Fernanda Batista Pimenta¹, que foi de 68,8%, o que pode estar relacionado ao fato de as mulheres procurarem mais frequentemente os serviços de saúde¹⁹. A cor/raça predominante foi a branca, onde aproximadamente 78% estavam classificados. A prevalência de participantes do sexo feminino e de cor branca em pesquisas da área da saúde direcionadas a idosos pode ser observada em diversos estudos^{20,21,22,23}.

Em relação à escolaridade e à classe econômica, a maior parte da população relatou ter estudado somente até o ensino fundamental, sendo este completo ou incompleto, e enquadrar-se na classe E da classificação de renda, referente a menos de dois salários mínimos. Em relação ao nível de escolaridade, dados do presente estudo foram superiores ao estudo de Thaíse Alves Bezerra²⁴, onde demonstrou que a baixa escolaridade pode ser reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época em que esses idosos nasceram e ao fato de terem crescido em um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias. A prevalência mais elevada encontrada no presente estudo reflete provavelmente o fato de se tratar de uma população de baixa renda e escolaridade, tornando esses indivíduos, principalmente os com maior idade, mais vulneráveis à ocorrência de DCNT^{25,26}.

A análise da variável religião mostrou-se em alta prevalência, independente do sexo. Nessa fase da vida, a religiosidade é um importante fator relacionado à qualidade de vida dos indivíduos idosos, influenciando diretamente componentes físicos e mentais dos mesmos²⁷. Este achado condiz com as evidências expostas na literatura^{27,28}, onde a maior parte das populações de idosos estudadas referiram possuir alguma religião.

Quanto ao estado conjugal, encontrou-se uma maior prevalência de idosos solteiros (as), sem companheiros (as), separados (as), viúvos (as), ou divorciados (as) (58,6%). O estudo de Calíope Pilger²⁹ trouxe que a maioria (57,7%) dos idosos com doenças presentes eram casados. Ainda, outros achados da literatura que, ao avaliarem características sociodemográficas de diferentes populações brasileiras, indicaram maiores frequências de idosos casados ou morando com companheiro(a)^{23,30,31}.

Na população avaliada, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mostraram-se presentes na maior parte da amostra. Na Pesquisa Nacional de Saúde³², no inquérito populacional para doenças crônicas autorreferidas realizado em amostra aleatória de moradores de domicílios particulares, foi observada uma prevalência de HAS e DM em idosos do Rio Grande do Sul de 53,3% e 17,7%, respectivamente.

Corroborando com os estudos que mostram que a incidência de hipertensão arterial aumentou de 43,9% para 53,3% na última década³³. No presente estudo a prevalência de hipertensão na população foi de 43,8%. Apesar disso, a hipertensão não deve ser considerada uma consequência natural do envelhecimento, ainda que seja uma das maiores responsáveis pela redução da qualidade e expectativa de vida em função de suas consequências negativas³⁴. Os fatores associados à sua prevalência foram o sexo feminino e idosos que encontravam-se com excesso de peso/ obesidade.

Em estudo proposto por Ruy Lyra³⁵ onde investigou a prevalência de DM em uma população adulta do sertão de Pernambuco constatou que 68,0% dos diabéticos também eram hipertensos. Outra pesquisa realizada no estado de São Paulo evidenciou a prevalência de 87,7% de hipertensão em pessoas com DM³⁶. A prevalência de DM e hipertensão associada está crescendo rapidamente no Brasil. DM e HAS são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em

comparação com o não diabético. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos³⁷.

Quando avaliados fatores que poderiam estar relacionados com DCNT, os estudos mostram que a maior prevalência de HAS referida está em indivíduos de cor de pele não branca^{38,39,40}. Porém, observou-se que 77,9% dos idosos que participaram deste estudo eram de cor de pele branca, e conseqüentemente, a prevalência de DCNT, como HAS, foi maior nesta população. No entanto, o impacto da etnia sobre a prevalência de HAS na população brasileira ainda se encontra em discussão, tendo em vista a sua miscigenação⁴¹. Sabe-se que, além dos aspectos genéticos e biológicos, situações históricas e sociais se encontram envolvidas na determinação social das doença⁴².

Por outro ângulo, observando fatores relacionados ao estilo de vida, estudos realizados no Brasil^{43,44} mostram que o estado antropométrico, como IMC e medida da circunferência da cintura estão diretamente relacionadas com a presença ou o surgimento de DCNT. Nesta população observou-se que o perfil antropométrico dos idosos foi caracterizado pela alta prevalência de sobrepeso/obesidade (51,6%). Em um estudo realizado na cidade de Pelotas-RS⁴³, obteve-se resultado similar ao presente estudo de 54,6% de sobrepeso segundo o IMC. Quanto a medida da circunferência da cintura, verificou-se acúmulo de gordura abdominal detectada pela CC elevada em 67,3% dos idosos, o que representa risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Resultado ainda maior foi encontrado no estudo de Cardozo⁴³, onde 84,0% dos idosos possuíam obesidade abdominal pela circunferência da cintura. A obesidade e, particularmente, a localização abdominal de gordura tem grande impacto sobre as doenças cardiovasculares por associarem-se com grande frequência a condições tais como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes, que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares. Independente do diagnóstico de sobrepeso, a gordura abdominal é importante fator de risco para essas condições⁴⁵.

Dentre os fatores de risco mais abordados em estudos de DCNT o fumo, sedentarismo, peso elevado e CC aumentados estão em destaque^{5,46,47}. Pelo fato de esses fatores estarem correlacionados, a força de associação individual destes pode estar reduzida. Dentre eles, o hábito de não fumar para ter uma boa qualidade de vida ao longo dos anos, é de suma importância⁴⁸. Essa tendência positiva vem sendo observada no Brasil com o passar do tempo, pois nos anos de 1989 tínhamos uma frequência de 26,04% de idosos fumantes que reduziu para 15,4% em 2003⁴⁹. Neste estudo, 48,4% dos idosos se declararam não fumantes, não praticar atividade física e usarem medicamentos rotineiramente. Estes resultados corroboram os dados encontrados por Anderson Albuquerque de Carvalho e colaboradores⁵⁰ em um estudo realizado com 573 idosos, internados em 13 instituições de longa permanência no Distrito Federal identificaram prevalência de 77% de idosos não fumantes.

A prevalência de hipertensão e também de outras doenças associadas com o uso de medicamentos apresentou associação estatisticamente significativa. A maioria dos idosos faz uso contínuo de pelo menos um medicamento. Idosos são de fato o grupo etário que mais consome medicamentos, sendo que 80% deles tomam ao menos um medicamento por dia⁵¹.

Dados na literatura mostram que há a constante utilização de medicamentos que atuam sobre a saúde dos idosos, o que pode implicar em complicações na saúde e na nutrição dos indivíduos idosos⁵².

A maioria dos idosos da presente pesquisa não praticava atividade física regular, este achado vai ao encontro de demais estudos, onde a prevalência de baixos níveis de atividade física também foi observada por Ana Paula Kuhnen⁵³ em um estudo realizado em Florianópolis com idosos, em que aproximadamente 40% deles apresentaram níveis insuficientes, confirmando os resultados encontrados no presente estudo. Essa frequência insatisfatória é preocupante, considerando que a inatividade física pode potencializar e indicar risco cardiovascular, quando comparados com indivíduos ativos⁵⁴. Dessa forma, o exercício

físico pode e deve ser encarado como uma das principais ferramentas do processo saúde/doença, pois traz contribuições essenciais durante a terceira idade⁵⁵.

É importante salientar que as DCNT estão se tornando prioridade em Saúde Pública no Brasil e políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Entre as doenças crônicas, o diabetes e a hipertensão são relevantes causas de morbidade e mortalidade, principalmente quando associadas³⁷.

Considerações finais

Diante do contexto avaliado, conclui-se que na presente pesquisa a maioria dos idosos apresentam doenças crônicas como HAS e DM e/ou presença de fatores de risco para doenças crônicas, sendo eles isolados ou associados. Embora não apresentadas evidências que no grupo estudado existam associações entre DCNT e alguns fatores, o uso de medicamentos mostrou-se em evidência. Ressalta-se que nesta faixa etária fatores isolados também inspiram cuidados.

Verificou-se que o processo de envelhecimento está associado com inúmeras alterações no organismo e condições de vida, principalmente no que se refere ao estado nutricional, doenças e uso de medicamentos, fazendo com que as pessoas idosas necessitem de uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde responsáveis por esta parcela da população.

Faz-se necessário que profissionais da saúde e assistência busquem elaborar estratégias como atividades de educação nutricional e práticas culinárias, de incentivo à alimentação saudável e, o controle periódico das condições de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida desta população, trazendo envolvimento preventivo de forma primária ou

secundária com orientação sobre cuidados e assim impedir ou retardar o surgimento de doenças crônicas associadas à fatores de estilo de vida.

Referências bibliográficas

¹ Pimenta FB, Pinho, L, Silveira MF, de Carvalho Botelho, AC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20 (8):2489-2498.

² BRASIL. 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 União* 1994; 4 set.

³ Figueiredo VR, da Silva MG, de Oliveira CM, do Bonfim CV. Characteristics of the population of an excellence center in healthcare for the elderly. *Journal of Nursing UFPE On Line* 2012; 6(11):2744-2752.

⁴ Lima MG, Barros MBDA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2009; 25(4):314-321.

⁵ Duncan BB, Chor D, Aquino EMLD, Benseñor IJM, Mill JG, Schmidt MI, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de saúde pública* 2012; 46(supl. 1):126-134.

⁶ Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESD. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(4): 733-740.

⁷ Bertotti MEZ, Souza AR, Almeida DV, Macias Seda J, Popim RC. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. *Arquivos de Medicina do Hospital e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo* 2015; 60:54-60.

⁸ Veras, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2011; 12(4):779-786.

- ⁹ Nascimento, C. de M, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFDR, Oliveira RMS, Franceschini SDCC, Priore SE. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais* 2011; 21(2):174-180.
- ¹⁰ Barbetta PA. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 7ª edição. Florianópolis: UFSC; 2007.
- ¹¹ Silveira EA, Kac G, Barbosa L.S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-1577.
- ¹² BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF; 2005.
- ¹³ Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério Brasil: Critério de Classificação Econômica*. Brasil: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2016.
- ¹⁴ Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-1395.
- ¹⁵ Organização Pan-Americana – OPAS. *XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar*. Organização Pan-American; 2002.
- ¹⁶ World Health Organization - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.
- ¹⁷ Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RD. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2003; 35(11):1894-1900.
- ¹⁸ Poubel PB, Lamar E, Araújo FC, Leite GG, Freitas S, Moisés R, Borralho TG, Pires CAA. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *J Health Biol Sci*. 2017; 5(979):71-8.
- ¹⁹ Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2008; 17(4)[acesso em 15 set 2017]. Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007>.

- ²⁰ Cupertino AFPB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20(1):81-86.
- ²¹ Lima LHMA, Soares MSM, Passos IA, Rocha APV, Feitosa SC, Lima MG. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. *Revista de Odontologia* 2007; 36,(2):131-136.
- ²² Marques APO, de Arruda IKG, Leal MCC, do Espírito Santo ACG. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10(2):231-242.
- ²³ Nascimento CM, Cotta RMM, Acurcio FDA, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SDCC, Peixoto SV. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2011; 12(7):2409-2418.
- ²⁴ Bezerra TA, Brito MAA, Costa KNFM. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem* 2016; 21(1).
- ²⁵ Carvalho AK, Menezes AM, Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA, Perez-Padilla R, et al. Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the PLATINO study. *Cad Saude Publica* 2012;28(5):905-12.
- ²⁶ Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 2012;11(11):1006-12.
- ²⁷ Abdala, Kimura M, Duarte, YADO, Lebrão ML, Santos BD. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Revista de Saúde Pública* 2015; 49(5):1-9.
- ²⁸ Souza TBG. *Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
- ²⁹ Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2011 Set-Out [acesso 16 out 2017];19(5):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf.

- ³⁰ Nunes MCR, Ribeiro RC, Rosado LE, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2009; 13(5):376-382.
- ³¹ Souza MC, Junior EPP, da Silva IT, Vilela ABA, Souza JN. Características de saúde, sociodemográficas e avaliação funcional de idosos com doenças reumáticas residentes em comunidade. *Revista Educación Física y Deportes* 2013; 18(181).
- ³² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- ³³ Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3689-3696.
- ³⁴ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006.
- ³⁵ Lyra R, Silva, RS, Montenegro RMJ, Matos MVC, César NJB, Silva LM. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2010; 54(6):560-6.
- ³⁶ Gomes-Villas Boas LC, Foss-Freitas MC, Pace AE. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Rev bras enferm* 2014; 67(2):268-73.
- ³⁷ Freitas LRS, Garcia LP. Prevalência de diabetes e hipertensão associada no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(1):7-19.
- ³⁸ Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22:285-94.
- ³⁹ Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17:241-9.
- ⁴⁰ Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MT. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88:441-6.

- ⁴¹ Ala L, Gill G, Gurgel R, Cuevas L. Evidence for affluence-related hypertension in urban Brazil. *J Hum Hypert.* 2004;18:775–9.
- ⁴² Laguardia J. Raça, genética e hipertensão: nova genética ou velha eugenia? *Hist cienc Saude-Manguinhos.* 2005;12:371–93.
- ⁴³ Cardozo NR, Duval PA, Cascaes AM, Silva AER, Orlandi SP. Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *Braspen J* 2017; 32(1), 94-98.
- ⁴⁴ Mastroeni MF, Mastroeni SSBS, Erzinger GS, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes no município de JoinvilleSC, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(1):29-40.
- ⁴⁵ Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Asciti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Alayón – Complicacion. *Rev Salud Pública.* 2009;11(6):865-77.
- ⁴⁶ Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(2):e00021916.
- ⁴⁷ Figueiredo AM, Damasceno RJ, Damiance PM, de Lourdes Caldana M, de Magalhães Bastos JR. Qualidade de vida e risco de desenvolver diabetes em idosos hipertensos institucionalizados e não institucionalizados do interior do estado de São Paulo. *Saber Científico* 2017;6(1):38-47.
- ⁴⁸ Portal Brasil. Organização Mundial da Saúde- OMS: Saúde - Tabagismo [Internet]. Sem localização: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 19 out. 2017]. Disponível em: Portal Brasil - <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/tabagismo1>
- ⁴⁹ Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income- Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health* 2007; 97(10):1808-12.
- ⁵⁰ Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AML. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. *Jornal Bras. de Pneumologia* 2010; 36(3):339-346.

- ⁵¹ Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):1033-1045
- ⁵² Silva JL, Marques APO, Leal MCC, Alencar DL, Melo EMA. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2015; 18(2):443-451.
- ⁵³ Kuhnen P, Lopes AP, Benedetti TRB. Recursos econômicos atividades físicas de idosos de Florianópolis - SC. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2006;11(1):32-41.
- ⁵⁴ Ribas M. Atividade física para terceira idade: Discutindo a realidade dos programas no município de Ariquemes. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Educação Física) Programa Pró-Licenciatura da Universidade de Brasília – Polo Ariquemes – RO, 2013.
- ⁵⁵ Zago AS. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro* 2010;13(1):153-158.2010.

Apêndices

Apêndice 1- Questionário aplicado



“QUALIDOSO”

COLETA 1

Identificação:

Nome do Local: _____	NLOCAL _____
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	DE __ __ / __ __ / __ __
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1) Nome do Senhor (a): _____	
Endereço: _____	
() casa () apartamento	
Referência / Como chegar: _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: () _____	
Outros telefones para contato: () _____	
Unidade de Saúde (atendimento): _____	
Quantas consultas mensais: _____	
Linha de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:	
(1) Diabetes (2) Hipertensão (88) NSA	
DADOS GERAIS DO IDOSO	
A2) Qual é sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __	NASC __ / __ / __
A3) Cor ou raça? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORD _____ CORO _____
A4) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o (a) Senhor (a)? _____	PPESS _____
A5) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPESSA _____
A6) Quantos irmãos o (a) Senhor (a) tem ou teve? _____	PIRMA _____
A7) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado ou mora com companheiro (3) Viúvo (2) Solteiro, sem companheiro ou separado (4) Divorciado.	PCONJU _____
A8) O senhor (a) tem filhos? (1) Sim (2) Não <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A12</i>	
SE SIM:	

A9) (Número de filhos)? _____	PANFIL _____
A10) Algum filho é doente? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PAND _____
A11) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____ (88) NSA	PANDQ _____
A12) O (a) Senhor (a) tem religião? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A14. (0) Não (1) Sim	RELIG _____
A13) SE SIM, qual é a sua religião? _____ (88) NSA	RELIGQ _____
A14) Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A15) Até que série o (a) Senhor (a) estudou? Série? _____ Grau? _____ (88) NSA	PLE _____
A16) Qual é a sua profissão? _____ (88) NSA	PPROF _____
A17) Qual é a sua ocupação? _____ (88) NSA	POCUP _____
A18) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria) SE ILPI, PULAR PARA A QUESTÃO A19.	
Renda: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe	Benefícios: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe
	RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____
A19) O senhor (a) está utilizando algum suplemento atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____	SUPLPP _____ SUPLPPQ _____ SUPLPPV _____
A20) O senhor(a) utiliza algum MEDICAMENTO? (0) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO 22.	MEDG _____

A21) Nome? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	A22) Motivo? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	A23) Tempo uso? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em dias)	MEDAQ1 _____ MEDAM1 _____ MEDAT1 _____ MEDAQ2 _____ MEDAM2 _____ MEDAT2 _____ MEDAQ3 _____ MEDAM3 _____ MEDAT3 _____
A22) O Senhor (a) já fumou ou fuma? (0)Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A29.			TAB _____
A23) Por quanto tempo fumou ou fuma? _____ meses (88) NSA			TABQ _____ cig.
A24) Se parou de fumar, a quanto tempo? _____ meses (88) NSA			TABP _____ meses
A25) Usou algum medicamento para parar de fumar? (1) Sim (2)Não (88)NSA			
SE SIM:			
A26) Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)? (0) Medicação via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (88) NSA			TABMQ _____
A27) Há alguém que fuma na sua casa exceto o senhor (a)? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A29.			TABC _____
SE SIM:			
A28) Quantas pessoas em sua casa atualmente fumam? Número de pessoas _____ (88) NSA			TABCP _____
DADOS DA ALIMENTAÇÃO DO IDOSO			
A29) Você já recebeu alguma orientação de como se alimentar? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A31.			PORI _____
SE SIM:			
A30) De quem recebeu a orientação? _____ (8) NSA			PORIQ _____
EXAMES LABORATORIAIS DO IDOSO			
A31) Últimos exames laboratoriais (prontuário e carteira do idoso)? Colocar 66 se não tem dado Glicemia _____ (66) sem dado PA _____ (66) sem dado			GLI _____ PA _____
DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS			
A53) Peso aferido do Idoso (1ª) _____ kg (2º) _____ kg Média: _____ kg			PAFE _____ kg
A54) Peso referido do Idoso (1ª) _____ kg (2º) _____ kg Média: _____ kg (88) NSA			PREF _____ kg

A55) Altura aferida do idoso		
(1ª) _____ cm	(2ª) _____ cm	Média _____ cm
		ALTA _____ cm
A56) Altura referida do idoso		
(1ª) _____ cm	(2ª) _____ cm	Média _____ cm
		ALTR _____ cm
A57) Meia envergadura aferida		
(1ª) _____ cm	(2ª) _____ cm	Média _____ cm
		MENV _____ cm
A58) Circunferência da cintura do idoso		
(1ª) _____ cm	(2ª) _____ cm	Média: _____ cm
		CC _____ cm
A59) Índice de massa corporal do Idoso (Calculado) _____ Kg/m²		IMC ____ kg/m²

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Pampa



Campus Itaqui – Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva em Nutrição

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **Qualidade de vida e saúde de idosos atendidos pelo serviço público de saúde na cidade de Itaqui-RS**, que tem por objetivo verificar as condições gerais de saúde dos idosos de Itaqui-RS. O tema escolhido justifica-se pelo número de estudos que indicam cuidado em saúde como um fator determinante da qualidade de vida e de saúde dos mesmos. Ressaltamos que caso opte por não participar, você não será prejudicado(a) em seus atendimentos nas unidades de consulta. Por meio deste documento e a qualquer tempo, o senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, pessoalmente com o entrevistador ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis, podendo ligar a cobrar para os números (55) 999690707 (Prof^a Fabiana Copês) ou (55) 981296045 (Prof^a Nadia Rosana F. de Oliveira). Também poderá retirar o seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis. Para participar da pesquisa, será necessário que o(a) senhor(a) responda a um questionário composto por questões que abordam aspectos gerais (como identificação, contatos, data de nascimento e escolaridade), presença de doenças, estado de alegria e religiosidade, condições físicas e atividade física. Por fim, será necessário que o senhor(a) permita que sejam feitas aferições de peso, altura, e circunferências da cintura. A coleta de dados será realizada individualmente para evitar constrangimento.

O Senhor(a) poderá não se sentir à vontade para responder algumas perguntas e/ou desconforto durante as medidas; porém tais procedimentos são de curta duração, uma vez que a equipe é treinada para tal. Ao participar da pesquisa, o(a) senhor(a) terá benefícios como: recebimento de orientações impressas sobre alimentação saudável ao final da entrevista, e, após a análise dos dados, informações sobre seu diagnóstico nutricional. Além disso, o estudo contribuirá para que melhorias

possam ser recomendadas nas unidades de saúde e na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores de Itaqui/RS. Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. As pesquisadoras garantem que seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado. Os dados sobre a pesquisa serão armazenados pelas pesquisadoras responsáveis e os resultados poderão ser divulgados em relatórios e publicações científicas.

<p>Eu, _____ (nome completo), fui informado(a) dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e sobre os métodos que serão utilizados. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e/ou retirar meu consentimento em participar, se assim desejar. Também fui esclarecido(a) sobre a garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa</p>	
<p>Itaqui, ____/____/2017</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Participante da Pesquisa</p>	<p><i>Impressão digital</i></p>

Pesquisadoras responsáveis:

Dr^a Fabiana Silveira Copês
fabianacopes@unipampa.edu.br

Dr^a Nadia Rosana Fernandes de Oliveira
nadiaoliveira@unipampa.edu.br

Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n – Bairro Promorar – Itaqui/RS – CEP: 97650-000
Fone: (55) 999070663 – (55)34331669.

Anexos

Anexo 1- Instruções Para Colaborados Revista Ciência e Saúde Coletiva



Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

• Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos:



Revista Ciência e Saúde Coletiva

máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.

Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas



Revista Ciência e Saúde Coletiva

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet].



Revista Ciência e Saúde Coletiva

2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Anexo 2- Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2016)

Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2016)

Abaixo, marcar um X sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa em que o idoso mora:

Posse de itens:

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do(a) chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3^a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4^a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

SOMA TOTAL DE PONTUAÇÃO ABEP, 2016	
TOTAL PONTOS DE BENS	
TOTAL PONTOS GRAU DE INSTRUÇÃO	
SOMA PONTOS	

Critérios Brasil, 2016: Circule a CLASSE correspondente à pontuação acima.

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

horas: _____ Minutos: _____	
<p>3.a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração? dias _____ por SEMANA () Nenhum</p>	3A _____