

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Ana Paula do Nascimento Menges

**FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS
COM EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO**

Santa Maria – RS
2019

Ana Paula do Nascimento Menges

**FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS
COM EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Profa. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane

Coorientadora: Profa. Dra. Giovana Cristina Ceni

Santa Maria, RS
2019

MENGES, ANA PAULA DO NASCIMENTO
FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS
COM EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO / ANA PAULA DO
NASCIMENTO MENGES.- 2019.
75 p.; 30 cm

Orientadora: LOIVA BEATRIZ DALLEPIANE
Coorientadora: GIOVANA CRISTINA CENI
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2019

1. Envelhecimento 2. Condições Crônicas 3.
Determinantes Sociais I. DALLEPIANE, LOIVA BEATRIZ II.
CENI, GIOVANA CRISTINA III. Título.

Ana Paula do Nascimento Menges

**FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS COM
EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovada em 28 de janeiro de 2019.

**Loiva Beatriz Dallepiane, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

**Giovana Cristina Ceni, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)**

Lígia Beatriz Bento Franz, Dra. (UNIJUÍ)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de muito trabalho e torna-se importante expressar os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que me ajudaram em mais uma etapa da minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane, por ter me dado a oportunidade de realizar este estudo no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia – UFSM, pela atenção, paciência, incentivo, por todo o conhecimento transmitido, pela amizade e carinho e apoio em todos os momentos.

À minha coorientadora Profa. Dra. Giovana Ceni, pelo apoio e sabedoria que foram essenciais para a construção desta dissertação.

Aos professores do Mestrado em Gerontologia, pelo conhecimento transmitido, e ter contribuído de forma significativa para a minha formação.

À Secretaria Municipal da Saúde de Santiago-RS, por permitir a realização desta pesquisa. Um agradecimento às Equipes das Estratégias Saúde da Família pelo acolhimento, em especial aos Agentes Comunitários da Saúde, pela disposição de mostrar a melhor forma de coletar os dados para a pesquisa.

Às minhas colegas do Centro Materno Infantil, que sempre me ajudaram e incentivaram durante todo o período do curso.

À minha família, a quem dedico este trabalho, pois sempre me apoiaram e acreditaram no meu sonho e me deram força todos os dias.

Agradeço a Deus e a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização desta conquista.

RESUMO

FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS COM EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO

AUTORA: Ana Paula do Nascimento Menges
ORIENTADORA: Loiva Beatriz Dallepiane
COORDINADORA: Giovana Cristina Ceni

Introdução: O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios para a saúde pública, pois implica em trabalhar com um aumento da prevalência das condições crônicas. **Objetivos:** Avaliar os fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, analítico não probabilístico a partir da coleta de dados retrospectivos extraídos do cadastro domiciliar e individual da atenção básica. O público alvo da pesquisa foram os idosos com excesso de peso, a partir de 60 anos de idade pertencentes às regiões geopolíticas onde se localizam as unidades da Estratégia Saúde da Família do referido município. Foi utilizada a estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão. Na comparação de proporções ou variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados valores estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 454 idosos de ambos os sexos. A maior frequência de idosos com renda mais baixa (≤ 1 SM) foi entre o sexo feminino ($p=0,009$), baixa escolaridade até 4 anos de estudo ($p < 0,001$), não inseridas no mercado do trabalho ($p=0,186$), procedentes da ESF região Sudeste da cidade ($p < 0,001$), tabagista ($p=0,154$), portadora de doença crônica ($p=0,632$) quantificada com a presença de uma doença crônica ($p=0,072$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p=0,154$). Já, os idosos com renda mais alta (> 4 SM) eram mais frequentes entre a idade de 60 a 69 anos ($p=0,579$), cor branca ($p < 0,001$), segurado de plano de saúde privado ($p < 0,001$) e não tabagista ($p=0,264$). Quanto a escolaridade, a maior frequência de idosos que tinham até 4 anos de estudo foi do sexo feminino ($p=0,013$), não inseridos no mercado do trabalho ($p=0,001$), sem plano de saúde privado ($p < 0,001$), não tabagista ($p=0,527$), presença de condição crônica ($p=0,049$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p=0,008$). Já, entre os idosos com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo a maior frequência foi relacionado com a renda entre dois e quatro salários mínimos ($p < 0,001$), procedente das ESFs região sudeste da cidade ($p=0,005$) e com duas ou mais condições crônicas ($p=0,100$). Os idosos com maior escolaridade (9 anos ou mais de estudo) a maior frequência foi 60 e 69 anos de idade ($p < 0,001$) e cor branca ($p=0,001$). **Conclusão:** Os fatores associados à renda de idosos com excesso de peso autorreferido foi associado ao sexo, idade, cor, escolaridade, regiões geopolíticas das ESFs e plano de saúde privado. A escolaridade associou-se ao o sexo, idade, cor, renda, inserção no mercado de trabalho, regiões geopolíticas das ESFs, plano de saúde privado, hipertensão e presença de condição crônica.

Palavras-chave: Envelhecimento. Condições crônicas. Determinantes Sociais.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH INCOME AND EDUCATION IN SELF-REPORTED OVERWEIGHT ELDERS

AUTHOR: Ana Paula do Nascimento Menges
ADVISOR: Loiva Beatriz Dallepiane
CO-ADVISOR: Giovana Cristina Ceni

Introduction: Population aging is one of the major challenges for public health, since it implies working with an increased prevalence of chronic conditions. **Objectives:** To evaluate the factors associated with income and education in self-reported overweight elders in the city of Santiago, RS. **Methodology:** This is a cross-sectional, non-probabilistic analytical study based on the collection of retrospective data extracted from the household and individual primary care records. The target group of the survey were overweight elders, aged 60 or more, belonging to the geopolitical regions where the units of the Family Health Strategy of the mentioned municipality are located. Descriptive statistics was used with calculation of frequencies, means and standard deviations. In the comparison of proportions or categorical variables, the chi-square test was used. Statistically significant values were considered when $p < 0.05$. **Results:** 454 elderly people of both sexes participated in the study. The highest frequency of the elders with lower income (≤ 1 MW) was female ($p=0.009$), low education up to 4 years of study ($p < 0.001$), not working ($p=0.186$), smoker ($p=0.154$), with chronic disease ($p=0.632$) quantified with the presence of one chronic disease ($p=0.072$) with a higher frequency of arterial hypertension ($p=0.154$). As for the elders with higher income (> 4 MW), the highest frequency was in the age group 60-69 years ($p=0.579$), white race ($p < 0.001$), private health insurance ($p < 0.001$) and non-smoker ($p=0.264$). Regarding education, the highest frequency of elderly people with up to 4 years of schooling was female ($p = 0.013$), not working ($p=0.001$), without health insurance ($p < 0.001$), non-smoker ($p=0.527$), presence of chronic condition ($p=0.049$) with higher frequency of arterial hypertension ($p=0.008$). On the other hand, among the elders with education between 5 and 8 years, the highest frequency was related to income between two and four minimum wages ($p < 0.001$), coming from the FHS southeast ($p=0.005$) and with two or more chronic conditions ($p=0.100$). The elders with higher schooling (9 years or more of study), the highest frequency was 60 and 69 years of age ($p < 0.001$) and white race ($p=0.001$). **Conclusion:** Factors associated with the income of self-reported overweight elderly individuals were associated with gender, age, race, schooling, from geopolitical regions of the FHS and private health insurance. Schooling was associated with gender, age, race, income, work, geopolitical regions of FHS, private health insurance, hypertension and presence of chronic condition.

Keywords: Aging. Chronic conditions. Social Determinants.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de determinação social da mortalidade do idoso	19
Figura 1 (Artigo) – Distribuição de frequência das condições crônicas.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de idosos acima de 60 anos por unidades da Estratégia Saúde da Família – ESFs e com excesso de peso pertencentes às regiões geopolíticas do município de Santiago-RS	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017 (n=454)	41
Tabela 2 – Relação da renda com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições crônica em idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017.....	43
Tabela 3 – Relação da escolaridade com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições crônica em idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017.....	45

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários da Saúde
APS - Atenção Primária da Saúde
CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças
cm/década – Centímetro por década
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
e-SUS – Sistema informatizado da atenção básica
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC - Índice de massa corporal
km² – Quilômetro Quadrado
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAPS - Planificação da Atenção Primária à Saúde
PNS – Pesquisa Nacional da Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SISAP – Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso
SM – Salário Mínimo
SUS – Sistema Único de Saúde
VIGITEL - Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DO IDOSO	17
3.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
3.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS	26
4 METODOLOGIA	31
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE PESQUISA	31
4.3 AMOSTRA E CAMPO DE ESTUDO	31
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS	33
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
4.6.1 Variável dependente	33
4.6.2 Variáveis independentes	33
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	34
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
7 REFERÊNCIAS GERAIS	54
ANEXOS	60
ANEXO A – UNIDADES DE SAÚDE E REGIÕES GEOPOLÍTICAS, SANTIAGO-RS	61
ANEXO B – FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR	62
ANEXO C – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL	63
ANEXO D – QUESTIONÁRIO AURREFERIDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE	64
ANEXO E – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – INSTRUÇÕES AOS AUTORES	65
ANEXO F – PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA A PESQUISA	71
ANEXO G – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	72
ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido”, e será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de uma análise de dados secundários, retrospectivos, extraídos do cadastro domiciliar e individual da atenção básica da cidade de Santiago-RS.

O trabalho é apresentado em cinco partes, na ordem que segue:

Parte 1: Introdução, Objetivos, Revisão de Literatura, Metodologia

Parte 2: Resultados e Discussão: Artigo: “Fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido” – adequado às normas para submissão à revista Cadernos de Saúde Pública.

Parte 3: Considerações finais

Parte 4: Referências

Parte 5: Anexos

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica e demográfica é um processo que ocorre desde a década de 1960, caracterizando-se pela queda das taxas de mortalidade e da natalidade, tendo como consequência o envelhecimento populacional em todas as sociedades economicamente desenvolvidas e em desenvolvimento (MELO et al, 2014).

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios para a saúde pública, pois traz o aumento da prevalência das condições crônicas (excesso de peso, diabetes mellitus, câncer, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal, etc). A exposição prolongada a este grupo de doenças devido à longevidade da população traz implicações sociais importantes, pois os países, especialmente os em desenvolvimento, não estão preparados para enfrentar esta realidade (CAVALCANTI et al, 2010).

No Brasil o envelhecimento acontece de forma acelerada, o aumento dessa população faz surgir mudanças importantes na sociedade, na área da economia, no mercado de trabalho, nos sistemas e serviços de saúde e nas relações familiares (MIRANDA, 2016). A implantação das políticas públicas relacionadas à atenção à pessoa idosa apresenta dificuldades devido à heterogeneidade das regiões brasileiras, as desigualdades sociais da população e a crise econômica, já nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável (GOTTLIEB et al, 2011).

Os idosos apresentam desigualdades em saúde, em função da fragilidade de saúde e as incapacidades que surgem com o envelhecimento, produzem maiores demandas de assistência para tratamento de condições crônicas (GEIB, 2012). Uma vez que a saúde não resulta apenas de um fator biológico, envolve como o indivíduo vive em sociedade e o acesso aos serviços essenciais e de redes socioeconômicas. O contexto social e a história de vida e da coletividade irão ter impacto positivo ou negativo na saúde (ROCHA, DAVID, 2015).

A realidade social e o estilo de vida podem contribuir para que a saúde seja alcançada ou não, são chamadas de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que se relacionam com os comportamentos individuais e as condições de vida e trabalho, além dos elementos relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural,

que são resultados da ação humana, e assim podem ser modificados pela mesma ação humana (BALDZIAK, MOURA, 2010).

A compreensão do contexto social na influência da saúde desta população evidencia a perspectiva de que a saúde relaciona-se a uma complexa rede de inter-relações e interdependências. Portanto, segundo Buss e Pellegrini (2007) particularmente em países como o Brasil e outros países da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente, têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde.

O processo saúde-doença apresenta, de forma concomitante, aspecto social e biológico, o que contribui para explicar o perfil de saúde de um determinado grupo populacional e suas condições sociais, revelando a questão de forma mais ampla do que somente uma descrição biológica das condições de saúde (ROCHA, DAVID, 2015).

Portanto, o estado de saúde de uma população é influenciado pelo estilo de vida e o seu universo social e cultural, sendo necessário compreender o processo saúde-doença, do ser humano em suas dimensões física, biológica, social e econômica (DIAS-LIMA, 2014).

A escolaridade pode interferir na saúde dos idosos, pois quanto maior a escolaridade, maior a renda, considerando que maior renda influencia boas condições de investir em assistência em saúde e o nível de escolaridade elevado sugere maior atenção e manutenção do seu estado de saúde (GODOY, SILVA, 2017). Com isso, a renda pode interferir na qualidade de vida do idoso principalmente ao que se refere à independência funcional, já a baixa escolaridade afeta a participação social para a melhoria das condições de vida e adesão ao tratamento nas condições crônicas(ANDRADE et al, 2014).

Considerando a situação atual do perfil de saúde e socioeconômico da população brasileira e local, a demanda de ações no âmbito individual e coletivo, o elevado custo para a saúde pública, faz-se necessário o seguinte questionamento: quais fatores estão associados aos determinantes sociais renda e escolaridade de idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS?

Esta pesquisa apresenta como justificativa frente a esta realidade, a necessidade de investigar este fenômeno do envelhecimento humano sobre as relações dos determinantes sociais da saúde dos idosos, considerando as várias

análises que vem sendo desenvolvidas no mundo e Brasil com base em dados populacionais. Torna-se propícia a realização de uma pesquisa a nível local para conhecer o perfil social e epidemiológico dos idosos, o que pode favorecer a criação de oportunidades por meio da construção de indicadores de saúde que poderão contribuir para discutir, planejar ações na atenção primária da saúde para melhorar a condição de vida e saúde da população idosa.

Por isso, a importância da investigação e monitoramento dos DSS é fundamental para identificar momentos e cenários de mudanças da magnitude das desigualdades (BARROS, 2017).

Como hipótese nula (H_0) tem-se que os fatores associados com a renda não são diferentes dos fatores associados com a escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS. Já, como hipótese alternativa (H_1) tem-se que os fatores associados com a renda são diferentes dos fatores associados com a escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar os fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra de idosos com excesso de peso autorreferido;
- Associar à renda e escolaridade com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições crônicas em idosos com excesso de peso autorreferido.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DO IDOSO

A tríade ecológica das doenças é a relação entre hospedeiro, agente e meio ambiente, apresentando como consequência do desequilíbrio desses elementos o surgimento ou aumento da ocorrência de doenças. Atualmente para ter a compreensão do processo saúde-doença em uma população, é preciso entender o ser humano em seu meio físico, biológico, social e econômico, pois estão envolvidos como determinantes e condicionantes deste processo na ocorrência e prevalência das doenças (DIAS-LIMA, 2014).

As desigualdades em saúde refletem as diferenças de usufruir ao acesso de avanços tecnológicos em saúde, a exposição aos fatores que influenciam a saúde e a doença e formas desiguais de adoecimento e morte (BARRETO, 2017).

De acordo com Baldziak e Moura (2010), é necessário entender a definição de saúde e o sentido que tem para uma sociedade se planejar e delinear uma política efetiva para atingi-la. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) apresenta o conceito de saúde referente ao “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, pois não considera somente os aspectos biológicos, além disso, considera o processo saúde-doença como resposta do binômio corpo-mente e de sua relação com o meio ambiente.

Conforme Buss e Pellegrini (2007), a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) considera como Determinantes Sociais da Saúde (DSS) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de saúde e seus fatores de risco na população.

A CNDSS tem três objetivos a serem atingidos: assegurar a equidade em saúde, recomendar intervenções baseadas em evidências científicas, e agir por meio de políticas e programas no combate às iniquidades em saúde (SOBRAL, FREITAS, 2010).

A trajetória histórica dos DSS passou por vários momentos importantes como a introdução dos fatores sociais na definição de saúde pela OMS em 1948, que logo perdeu força em função de programas verticais focados na tecnologia, que

prevaleceram na saúde pública, até os anos 50 devido a bem sucedida erradicação da varíola e outras campanhas de combate a doenças específicas. Entre os anos 60 e 70, surgiu abordagem comunitária através de ações de educação sanitária como estratégia para atender as necessidades da população em desenvolvimento. Na década de 90, as dívidas dos países influenciaram os gastos sociais, prejudicando as ações nas diversas dimensões que determinam a saúde, ocasionando maior iniquidade em saúde. No início do século XXI, constata-se a inadequação das estratégias sanitárias que não agiam nas causas sociais da doença, instalando-se assim de forma mais efetiva um olhar especial aos DSS com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (GEIB, 2012).

O modelo de determinação social da saúde estabelecido por Dahlgren e Whitehead foi adaptado por Silva, Cesse e Albuquerque (2014), que analisaram a associação da determinação social da mortalidade do idoso, apresentando de forma interessante estas interações divididas em diferentes camadas, conforme figura 1.

A primeira camada apresenta as condições socioeconômicas, culturais e ambientais como: ambiente urbano/rural, continente de origem, disparidade étnicas e esforço/estresse financeiro são fatores que se relacionam de forma significativa com a mortalidade do idoso. A segunda camada é composta por determinantes relacionadas com as condições de vida e trabalho, foram destacados os seguintes fatores: posse de imóvel, número de quartos, anos de estudo, alfabetização e educação em saúde. A terceira camada estabelecida como redes sociais e comunitárias se relaciona quanto à participação social, engajamento social e à discriminação percebida (cor e gênero). O estilo de vida representa a quarta camada e foram identificados os principais fatores de risco para a mortalidade do idoso: tabagismo, alcoolismo, ter vida sedentária, ser dependente em atividades diárias, realizar nenhuma ou menos que quatro atividades de lazer, ser viúvo, ser homem e não ser casado, não ter filhos (SILVA, CESSE e ALBUQUERQUE, 2014).

Figura 1 - Modelo de determinação social da mortalidade do idoso



Fonte: Silva, Cesse e Albuquerque (2014).

Segundo Baldziak e Moura (2010), as características individuais têm papel importante na saúde dos indivíduos e são características não modificáveis, sendo assim, não se pode interferir. O meio ambiente desempenha um papel importante na saúde dos indivíduos, através de mecanismos epigenéticos (variações não genéticas), de forma que o organismo pode reagir por influência ao meio ambiente no funcionamento dos genes, principalmente em períodos em desenvolvimento, o que pode trazer desfechos para a saúde ou doença.

O estilo de vida dos indivíduos relaciona-se ao comportamento, podendo influenciar de maneira negativa ou positiva na saúde dos idosos. Os fatores de risco relacionados a este determinante são: ser fumante atual, ser sedentário, ser dependente de atividades de vida diárias, realizar nenhuma ou menos que quatro atividades de lazer, ser viúvo, ser homem e não ser casado, ser homem e viver só e ter apenas um filho ou não ter filhos. Já os fatores de proteção destacam-se: consumir álcool moderadamente associado a um estilo de vida saudável, não fumar, praticar exercício físico, consumo diário de frutas e hortaliças e dormir mais que 6,5 horas por noite (SILVA, CESSE, ALBUQUERQUE, 2014).

O capital social que é constituído pelas redes sociais e comunitárias (suporte familiar, amigos, vizinhança), colabora positivamente nas condições de saúde, principalmente dos idosos. O suporte social está fortemente associado com os índices

de mortalidade entre os idosos, e a promoção de relações estáveis entre os indivíduos tem o objetivo de diminuir os gastos com a saúde (BALDZIAK, MOURA, 2010).

Rocha e David (2015, p. 134), confirmam a importância das redes sociais comunitárias, “o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar positiva ou negativamente na saúde, a qual é um fenômeno eminentemente humano.”

Contudo, a família tem papel importante no cuidado do idoso e estabelece os relacionamentos intergeracionais em situações de cooperação e auxílio, mas com a redução do tamanho das famílias e da fecundidade faz com que os idosos não tenham a sua família à disposição para dar esse auxílio, tendo a necessidade de procurar outros recursos. A insuficiência familiar pode acarretar dificuldades de seus familiares prestarem cuidados adequados a seus idosos (PEREIRA, ALVES, 2016).

O risco social dos idosos ocasionado pelo déficit do sistema previdenciário brasileiro apresenta um importante DSS, pois irá interferir na moradia, medicamento, alimentação e outros, poderão trazer prejuízos na saúde dos idosos e tornar-se uma das principais causas de morbidade prematura e mortalidade por condições crônicas (GEIB, 2012).

Com relação à renda, evidencia-se a diferença entre gênero, que apresenta de forma desfavorável as idosas pelo histórico de pouca participação no mundo do trabalho, com benefícios de aposentadoria insuficientes e dependentes do sistema público de saúde (GEIB, 2012).

Quanto maior a renda do idoso, maior será a sua independência funcional, condições melhores de saúde e maior contribuição monetária para os filhos. Menor renda se relaciona com maior demanda por ajuda (PEREIRA, ALVES, 2016).

Santos, Jacinto e Tejada (2012) confirmam que uma renda maior favorece ter melhores condições de saúde, a renda influencia na aquisição de bens e serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, habitação e da educação. Por outro lado, a saúde tem impactos diretos e indiretos sobre a renda e seu crescimento. O impacto direto se apresenta na saúde como uma forma de capital humano. Os impactos indiretos aparecem através da educação (elemento do capital humano) e do capital físico.

A condição de renda também é influenciada pelas diferenças relacionadas aos fatores de gênero, etnia e deficiências sendo determinantes sociais sensíveis ao idoso, pois favorecem iniquidades relativas ao poder econômico. A renda configura

diferentes limites e possibilidades de realização da vida para os diferentes estratos sociais. Com os meios de condições de trabalho desenvolvidos, resultam em menor desgaste de energia do trabalhador o que traz melhor otimização de tempo, favorecendo a qualidade de vida dos indivíduos, aumento da expectativa de vida, ocasionando mudanças nas causas de adoecimento e morte (ALBUQUERQUE, SILVA, 2014).

O local de moradia tem impacto significativo na saúde dos idosos, pois facilita o acesso aos bens básicos, contribuem para o bem estar físico e psicológico e agem como efeito protetor do seu ambiente natural, porém as condições habitacionais precárias podem expor o idoso a maiores riscos à saúde (SILVA, CESSE, ALBUQUERQUE, 2014).

As alterações fisiológicas impactam na redução da capacidade funcional que favorecem idosos mais suscetíveis à fragilidade e a dependência de cuidados, o que provocam mudanças nos arranjos domiciliares e a necessidade de co-residência. Esses arranjos domiciliares podem ser considerados um bom indicador da condição econômica, de saúde, de funcionalidade e de afetividade dos residentes (PEREIRA, ALVES, 2016).

No que se refere ao nível de escolaridade apresenta forte relação com o acesso e utilização de serviços de saúde, além de estreita associação com a renda, indicando que indivíduos com maior escolaridade têm maior chance de identificar uma necessidade de saúde e buscar atendimento (ALMEIDA et al, 2017).

O baixo nível de escolaridade tem associação com fracas relações sociais, pouco discernimento de autocuidado e saúde entre idosos, pois a educação é um indicador que implica no auto nível social e econômico, que favorecem na qualidade de vida dos idosos (ANDRADE et al, 2014).

A aprendizagem, leitura e escrita levam a uma melhor organização funcional do cérebro humano, sendo que no envelhecimento o nível de escolaridade com 8 anos ou mais anos de estudo, tem efeito protetor contra as perdas de desempenho cognitivo-motor, enquanto que níveis baixos de escolaridade demonstram sinais precoces de envelhecimento cognitivo (VOOS et al, 2014).

Segundo Silva, Cesse e Albuquerque (2014), a escolaridade é um determinante que permanece estável durante o percurso da vida, se relaciona com a idade, tendo maior valor e facilidade de conquista que outros fatores socioeconômicos.

Compreender a associação dos DSS com o excesso de peso ajuda na definição de estratégias de ações na prevenção de agravos em consequência dos distúrbios nutricionais, e permite a estruturação da atenção à saúde e de programas direcionados aos idosos. Entender os fatores que interferem de forma mais direta ou indireta no excesso de peso contribui em um olhar mais amplo e completo (STIVAL, LIMA, KARNIKOWSKI, 2015).

Com isso, vale destacar que a nova agenda pós-2015 de desenvolvimento do milênio apresenta as condições crônicas, o acesso a todos aos serviços que as pessoas necessitam e as ações ampliadas aos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, não focada somente às causas biomédicas das doenças (MATIDA, 2016).

Os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia se associam com a prevalência de condições crônicas e seus fatores de risco (MALTA et al, 2015). Estes determinantes somados à trajetória de vida, unem-se e dão forma à velhice, reflete assim a interação entre o indivíduo e o meio em que vive (CAVALCANTI et al, 2016).

3.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo a Política Nacional do idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003), são consideradas idosas, no Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, no ano de 2012 apresentava uma população de 25,4 milhões de idosos, em cinco anos houve um aumento de 4,8 milhões de idosos, totalizando 30,2 milhões em 2017, sendo que 56% são mulheres e 44% são homens (IBGE, 2018).

Durante 1940 e 1960, a taxa média de fecundidade estava em torno de 6 filhos por mulher, após este período, esta taxa reduziu em todas as regiões do país e entre todos os níveis sociais, em ritmos diferentes. A taxa de fecundidade no ano de 2010 no país foi de 1,9 filhos por mulher, abaixo à média encontrada para a região das Américas (2,1 filhos por mulher), tendo uma variação de 2,1 a 3,0 nos Estados da região norte, e de 1,6 a 1,7 nos Estados do sul e sudeste (VASCONCELOS, GOMES, 2012).

Com o crescimento da população idosa na realidade demográfica atual, ocorre a diminuição do número de crianças. Considerando isso, deve-se estimular o

desenvolvimento na área da educação, pois o tempo da juventude deverá ser estendido, o que já retrata os países europeus, em função das exigências competitivas na esfera do trabalho. Outro aspecto é a aposentadoria passar por uma reforma aumentando o tempo de contribuição, devido ao crescimento do número de pessoas acima de 70, 80, 90 e 100 anos (MINAYO, 2012).

Em relação à transição demográfica no Brasil entre 1950 e 2010, pode-se destacar a mudança de uma sociedade rural e tradicional para uma sociedade urbana e moderna com redução dos índices de natalidade e mortalidade (VASCONCELOS, GOMES, 2012).

Essa realidade traz a importância da busca do entendimento sobre o processo de envelhecimento, como forma de manter os idosos socialmente ativos e economicamente integrados e independentes, contribuindo para a reformulação de políticas públicas, implantação de ações de prevenção e cuidados específicos, propiciando a formação de uma rede de serviços e ações com relação à proteção social (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

O envelhecimento envolve uma série de variáveis que acontecem de formas e intensidades diferentes, que sofrem influências de fatores ambientais, culturais e genéticas, com presença ou ausência de situação patológica. Desse modo, o processo de envelhecimento torna-se heterogêneo com diferentes trajetórias de vida que contribuem para padrões de velhice fisiológica e patológica (FALSARELLA et al, 2014).

Entre as alterações fisiológicas presentes nos idosos destacam-se a diminuição da estatura (1 a 2cm/década); aumento de peso corporal e do índice de massa corporal (IMC) até os 65 a 70 anos, com redução após esta faixa etária; mudanças na composição corporal (diminuição em regiões periféricas e aumento no interior do abdômen), e redução da massa magra e da água corporal, redução na taxa metabólica basal, alterações no sistema digestivo e na percepção sensorial, que influenciam na menor palatabilidade e menor sensibilidade à sede (GARCIA, MORETTO, GUARIENTO, 2016).

Outros fatores podem estar combinados para um maior risco de distúrbios nutricionais em idosos: presença de doenças crônicas e de multimorbidades, administração de vários medicamentos concomitantemente, dificuldade da ingestão alimentar (dificuldades de mastigação, digestão, disfagia e xerostomia), depressão, diminuição na mobilidade com dependência funcional e diminuição da capacidade

cognitiva, e a influência de fatores sociais, culturais e econômicos (GARCIA, MORETTO, GUARIENTO, 2016).

Com isso, o aumento da longevidade da população apresenta maior prevalência de morbidades que podem levar à incapacidade funcional, fragilidade, institucionalização e óbito, a incapacidade funcional pode ser considerada um grande desafio para a saúde pública e de grande relevância para o idoso (PEREIRA, ALVES, 2016).

A Constituição Brasileira de 1988, a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003), declaram que os idosos são de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade, apresentando como objetivos proteger, fornecer subsídios que garantam a participação na comunidade, defender sua dignidade, zelar pelo seu bem-estar e garantir o direito à vida.

No Brasil, face ao envelhecimento acelerado da população, há demanda na organização de políticas públicas na tentativa de responder esta realidade, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos (FERNANDES, SOARES, 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, procura garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando sua integração. Essa política apresenta diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e descreve as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática. A PNSPI tem o objetivo de permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

Apesar de o Estado ter políticas de atenção à população idosa, suas ações são insuficientes, devido à falta de recursos financeiros que poderiam apoiar demandas como a contratação de especialistas que atendam no ambiente familiar, sendo a carga de responsabilidade maior da família (KÜCHEMANN, 2012).

O fortalecimento do modelo de atenção à saúde do idoso através de investimento na formação e capacitação de profissionais para realizar ações de promoção e prevenção, no cuidado efetivo do idoso, favorecendo o envelhecimento saudável. Esta formação deve considerar a integralidade, a interdisciplinaridade de

forma integrada com os outros serviços da rede de atenção, para que haja um acompanhamento adequado e resolutivo (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para formular ações coletivas e individuais direcionadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (RIBEIRO, GOUVÊA e CASOTTI, 2017).

A APS tem como princípios a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. É a partir destes princípios que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é estruturada com o foco na família de acordo com o contexto social, econômico e social. É considerada a porta de entrada da rede de atenção à saúde, acolhendo usuários e estabelecendo o fortalecimento da vinculação e responsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

A APS tem função organizacional sobre a questão ambiental, pois atua na vigilância epidemiológica, analisa o processo saúde-doença em coletividades, investiga a distribuição e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados, estabelecem ações específicas de prevenção, controle e erradicação de doenças, constrói indicadores que auxiliam no planejamento, gestão e avaliação de ações de saúde (QUANDT et al, 2014). A informação epidemiológica é um instrumento essencial, que através de uma vigilância epidemiológica eficaz que acompanhe os processos da morbidade e da mortalidade no país, será possível o planejamento e implantação de políticas e ações mais adequadas para a realidade encontrada (ARAÚJO, 2012).

A definição do território na APS possibilita delinear e caracterizar a população e seus problemas de saúde, criação de vínculo com os serviços de saúde e melhor avaliação das ações. O conhecimento detalhado do território ajuda a determinar os principais determinantes e condicionantes ambientais e sociais e sua influência no aparecimento de doenças na população (PESSOA et al, 2013).

A Política Nacional de Promoção da Saúde destaca como prioridade a promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as dimensões: demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como ferramenta de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Portanto, os sistemas de informação em saúde têm o objetivo de processar, armazenar, coletar e disseminar dados, servindo como base na tomada de decisão para o planejamento de ações, possibilitando melhorias em suas atuações e

promovendo redução de custos, e a identificação de problemas de saúde o que pode auxiliar na maior resolubilidade das situações encontradas. O e-SUS AB representa um SUS eletrônico, que tem o objetivo de facilitar e ajudar para a organização do trabalho em saúde, ferramenta importante para a qualidade da atenção à saúde para a população (OLIVEIRA et al, 2016).

Na APSe na ESF, o idoso precisa receber do profissional de saúde um novo olhar, não mais focado na doença, mas também na funcionalidade. Para a população idosa, a saúde não se restringe apenas ao controle e à prevenção das condições crônicas, mas também à interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (FERNANDES, SOARES, 2012).

Atualmente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) adotou a Planificação com o objetivo principal de organizar e fortalecer a Atenção Primária da Saúde (APS) em redes de saúde. Dentre as prioridades, busca fortalecer a APS, articulada em redes, baseando-se em Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientada para estimular a autonomia das famílias e da comunidade. Nesse contexto, o CONASS desenvolve, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão (MENDES, 2015).

3.3 CONDIÇÕES CRÔNICAS

A condição crônica de saúde é caracterizada por um período de duração, acima de três meses, e nas situações de algumas doenças crônicas tendem a se manifestar de forma definitiva e permanente. As condições crônicas, em particular as doenças crônicas, revelam múltiplas causas que se modificam com o tempo, como: fator genético, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos (MENDES, 2012).

As condições crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, etc.), abrangem também doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições relacionadas à maternidade e período perinatal, condições relacionadas à manutenção da saúde

por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura), distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas, e doenças bucais (MENDES, 2012).

O aumento dos fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo, tem impacto direto para o desenvolvimento de condições crônicas, que no ano de 2010 apresentou 73,9% dos óbitos no Brasil, considerando que 80,1% está relacionado com a doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. Resultados positivos foram encontrados através da política de controle do tabagismo, com a queda da prevalência de fumantes de 35,6% em 1986 para 15,0% em 2010, impactando em uma estimativa de prevenção de 420 mil mortes (DUARTE, BARRETO, 2012).

A redução da massa muscular e massa óssea têm impacto no estado nutricional, endócrino e cognitivo, assim como nas comorbidades. O excesso de peso associado à perda de massa e da redução da função muscular, rigidez articular e redução da amplitude de movimento, alterações na marcha e no equilíbrio comprometem de forma significativa a mobilidade. A obesidade visceral está associada a doença cardiovascular, diabetes, determinados tipos de câncer, doenças hepáticas, apneia do sono e problemas respiratórios. O tecido adiposo é um órgão endócrino, que secreta mediadores inflamatórios e imunes, que confere características pró-inflamatória à gordura visceral (FALSARELLA et al, 2014).

Segundo Santos et al (2013), o excesso de peso em idosos afeta a funcionalidade e a diminuição das reservas fisiológicas que são determinantes na incapacidade, tornando-se suscetível ao o processo de fragilidade, que vai influenciar a perda da autonomia, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade.

Conforme Pereira, Spyrides e Andrade (2016), no processo de envelhecimento ocorre um aumento gradual na concentração de gordura corporal, além de sua redistribuição, com maior acúmulo na região abdominal. Nos homens, esse acúmulo se desenvolve antes, no período da meia idade, e mais tarde nas mulheres, devido ao período da menopausa. A menopausa é um período que se caracteriza pela diminuição da função ovariana decorrente da depleção estrogênica que favorece o aumento nos níveis de adiposidade total e o biotipo de um padrão centralizado de massa gorda.

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura com implicações à saúde (DIAS et al, 2017). O excesso de peso corporal/obesidade pode ser avaliado

pela equação do peso dividido pelo quadrado da estatura para obter o índice de massa corporal (IMC), embora não consiga diferenciar a massa magra do tecido adiposo (SANTOS et al, 2013).

Através antropometria pode-se realizar avaliação do estado nutricional do idoso, é considerada uma prática de baixo custo para o delineamento do perfil epidemiológico desta população, porém, as limitações relacionadas com as alterações físicas e de composição corporal que se apresentam com o avanço da idade comprometem a avaliação antropométrica. Sendo o IMC é um parâmetro muito utilizado na antropometria e, os pontos de corte específicos para os idosos possuem diferentes classificações (TAVARES et al, 2015).

Segundo Lipschitz (1994), é geralmente recomendado que pessoas acima de 65 anos tenham um IMC entre 24 e 29 kg/m². Como regra geral, um IMC abaixo de 22 kg/m² é motivo de preocupação e indica que o paciente está significativamente abaixo do peso corporal. Um IMC maior do que 27 kg/m² ou peso corporal maior do que 120% do peso corporal ideal é risco para condições crônicas.

O aumento expressivo do excesso de peso no envelhecimento apresenta características relacionadas a mudanças no padrão de distribuição, com aumento de 20 a 30% na gordura corporal (2-5% por década após os 40 anos) (SILVEIRA et al, 2016).

O IMC elevado em idosos longevos (80 anos e mais) pode ser considerado favorável, uma vez que a massa gorda armazena energia a qual poderá ser utilizada durante o balanço energético negativo, ou seja, o excesso de adiposidade atuaria em situações de desnutrição-protéico-energética como reserva fisiológica (OREOPOULOS et al, 2009). No entanto, a obesidade está associada com as condições crônicas e incapacidades na população idosa.

Assim, as condições crônicas têm maior prevalência na população com idade mais avançada, em função da associação de vários fatores de risco, alterações fisiológicas com o envelhecimento, uso contínuo de vários medicamentos, o que sinaliza uma atenção especial para este ciclo de vida (MALTA et al, 2013a).

Dessa forma, as condições crônicas trazem consequências econômicas como: interferências negativas nos salários, lucros, participação na força de trabalho e produtividade, elevação das aposentadorias precoces e incapacidades, alto custo das despesas com cuidados, ocasionando aumento cada vez maior nos orçamentos públicos e privados (VERAS, 2012c).

Atualmente os cinco fatores de risco que diminuem a qualidade e anos de vida são: álcool, tabaco, estresse, atividade física inadequada e alimentação inadequada (VERAS, 2012a). Já, Malta (2015) apresenta as metas globais estabelecidas em 2011 através da Declaração Política em reunião de Alto Nível das Nações Unidas para a redução de seis fatores de risco (tabagismo; consumo abusivo de álcool; ingestão de sal; obesidade; pressão arterial elevada; glicose), que estão relacionados com a morte prematuramente de indivíduos (entre as idades de 30 e 70 anos) pelas quatro principais condições crônicas (cardiovasculares; respiratórias crônicas; cânceres; diabetes) o que reduzirá de forma importante as proporções, entre homens (22%) e mulheres (19%), no período de 2010 a 2025.

Quanto ao fator de risco relacionado à alimentação inadequada, nas últimas décadas o processo de transição nutricional demonstra um maior consumo de açúcares, gorduras e refrigerantes, consumo reduzido de frutas, vegetais e conseqüentemente fibras. Outra característica é o refinamento dos grãos que prejudica a composição nutricional dos alimentos, reduzindo a quantidade de vitaminas e minerais, e redução importante de fibra alimentar, que interfere no índice glicêmico dos alimentos e tem a função no controle do peso corporal (SILVEIRA et al, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o baixo consumo de frutas, legumes e verduras impacta, anualmente, em 2,7 milhões de mortes e 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais mundialmente. A hipertensão arterial está associada ao risco de doenças cardiovasculares sendo causa de 7,5 milhões de mortes por ano que representa cerca de 12,8% das mortes. O tabagismo é responsável por 6 milhões de mortes por ano, a inatividade física 3,2 milhões de mortes, excesso de peso e obesidade 2,8 milhões de mortes, níveis elevados de colesterol 2,6 milhões de mortes e consumo abusivo de álcool 2,3 milhões de mortes anualmente (MALTA et al, 2013a).

É indispensável que ocorra a mudança da atenção à saúde centrada no tratamento da doença para ações de promoção e prevenção, pois com o envelhecimento da população as ações de educação em saúde, prevenção e compressão do aparecimento de doenças e fragilidades, preservação da independência e a autonomia são práticas que devem ser desenvolvidas de forma mais efetiva, como garantia de mais qualidade de vida aos idosos (VERAS, 2012a).

Os objetivos do atendimento aos pacientes na atenção primária com condição crônica são de melhorar o estado funcional, diminuir sintomas, controlar a dor e prolongar a vida através de prevenção secundária para garantir uma boa qualidade de vida (AZEVEDO et al, 2013).

Para o alcance desses objetivos e garantir resultados positivos no enfrentamento das condições crônicas deve ser priorizado ações relacionadas ao fortalecimento do sistema de saúde, financiamento, governança, gestão, recursos humanos em saúde, informações de saúde e o acesso a tecnologias e a medicamentos (MALTA et al, 2017a).

O ponto central de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, garantindo a capacidade funcional na medida do possível, prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde daqueles que adoecem e reabilitação quando houver capacidade funcional limitada (VERAS, 2012a).

As condições crônicas tornaram-se um problema de saúde mundial, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) em 2011, realizou uma reunião de alto nível sobre condição crônica, com a participação de chefes de Estado para discutir sobre saúde, sendo um marco histórico, pela alta prioridade política para a resposta global aos desafios relacionados às condições crônicas. Nesta reunião foi elaborada uma declaração política, em que os países membros se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das condições crônicas através de metas e indicadores para que ocorram respostas a estas doenças e a realização de monitoramento (WHO, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Condições Crônicas no Brasil, 2011-2022 prioriza quatro principais grupos de doenças: doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e; dá ênfase para atenção do controle dos fatores de risco como: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Ainda, apresenta três diretrizes: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BRASIL, 2011).

Ter a compreensão destes fatores de risco e protetores torna-se essencial para desenvolver ações no processo saúde-doença, na elaboração de políticas públicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, favorecendo a avaliação e monitoramento das ações (MALTA et al, 2013a).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, analítico não probabilístico a partir de dados retrospectivos extraídos do cadastro domiciliar e individual da atenção básica da cidade de Santiago-RS.

O cadastro da Atenção Básica (AB) é o registro de dados que servem como base para as equipes de AB mapear o perfil de saúde, características sociais e econômicas da população pertencente ao território das unidades básicas de saúde, o cadastro está dividido em duas dimensões: domiciliar e individual (BRASIL, 2013).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE PESQUISA

Santiago é um município situado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, conta com uma população total de 50.548 habitantes. Caracteriza-se economicamente pela produção primária e possui uma extensão territorial de 2.413.133 km². A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais corresponde a 4,64% referente ao ano de 2010, a expectativa de vida é de 77,93 anos (FEE, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, censo/2010), Santiago está distribuída com uma população urbana de 44.735 habitantes e de 4.336 habitantes rurais, com um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,766 (IBGE, censo/2010). De acordo com o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP), a população total de idoso estimada em 2015 foi de 9.367 idosos no município de Santiago-RS (FIOCRUZ, 2011).

4.3 AMOSTRA E CAMPO DE ESTUDO

O público alvo da pesquisa foram idosos com excesso de peso, a partir de 60 anos de idade que foram avaliados no período de julho a dezembro de 2017, que atenderam os critérios de inclusão e exclusão, pertencentes aos distritos geossanitários onde se localizam as unidades da Estratégia Saúde da Família da cidade de Santiago-RS, conforme Quadro 2.

Quadro 1- Distribuição de idosos acima de 60 anos cadastrados nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESFs) e com excesso de peso pertencentes às regiões geopolíticas da cidade de Santiago-RS.

Regiões Geopolíticas	Estratégias Saúde da Família	Nº de idosos	Idosos com excesso de peso
Oeste	ESF Missões	401	26
	ESF Carlos Humberto	377	23
	ESF Vila Rica	523	11
	Subtotal	1.301	60
Centro-oeste	ESF Santiago Pompeo	711	84
	ESF Vila Nova	838	7
	Subtotal	1.549	91
Sudeste	ESF São Vicente	698	14
	ESF João Evangelista	835	39
	ESF Maria Alice Gomes	797	151
	Subtotal	2.330	204
Nordeste	ESF Riachuelo	742	11
	ESF São Jorge	756	29
	ESF Monsenhor Assis	314	59
	Subtotal	1.812	99
TOTAL		6.992	454

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Santiago-RS (2017)

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Nesta pesquisa foram incluídos idosos com idade ≥ 60 anos, com excesso de peso autorreferido, pertencentes à zona urbana, cadastrados nos territórios das Estratégias da Saúde da Família da cidade de Santiago, RS.

Foi considerado com excesso de peso aqueles idosos cujos dados de peso autorreferido disponíveis na ficha de cadastro individual estejam assinalados como “acima do peso”. A classificação disponível na ficha de cadastro individual para o peso autorreferido é: Abaixo do peso, Peso adequado, Acima do peso.

Foram excluídos da pesquisa idosos sem cadastro ou com cadastros incompletos nos territórios das Estratégias da Saúde da Família da cidade de Santiago, RS.

4.5 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi a partir das fichas de cadastro domiciliar e individuais dos usuários (ANEXO B, C e D) informados no e-SUS, que é um sistema informatizado da atenção básica, dos indivíduos pertencentes dos territórios das Estratégias Saúde da Família da cidade de Santiago-RS.

O projeto de pesquisa foi apresentado às equipes da Estratégia Saúde da Família, posteriormente os Agentes Comunitárias da Saúde (ACS) foram orientados e convidados a colaborar na extração dos dados dos cadastros para o preenchimento de planilhas confeccionadas previamente.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis utilizadas na pesquisa foram baseadas nos dados relacionados às fichas de cadastro domiciliar que identifica as características sócio sanitárias dos domicílios no território das equipes de Atenção Básica e o cadastro individual que busca apresentar as características sócio demográficas, problemas e condições de saúde autorreferidas dos usuários no território das equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013).

4.6.1 Variável dependente

Como variável dependente foi considerada os determinantes sociais renda e escolaridade.

4.6.2 Variáveis independentes

Como variáveis independentes foram consideradas: Sexo, idade, cor, inserção no trabalho, ESFs, plano de saúde privado, tabagismo, condição crônica e hipertensão arterial.

A idade foi agrupada em 3 categorias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥ 80 anos. Para sexo foi considerado 2 categorias: feminino e masculino.

A renda foi agrupada em 3 categorias, a partir do agrupamento das informações disponíveis no cadastro para cada categoria:

- 1) ≤ 1 SM ($\frac{1}{4}$ SM; $\frac{1}{2}$ SM; 1 SM)
- 2) 2 a 3 SM (2 SM; 3 SM)
- 3) ≥ 4 SM (4 SM; + SM)

A escolaridade foi apresentada em 3 categorias, a partir do agrupamento das informações disponíveis no cadastro para cada categoria:

1) Até 4 anos de estudo: Ensino fundamental (Ensino fundamental 1ª a 4ª série; Ensino fundamental 5ª a 8ª série; Ensino fundamental completo; Ensino fundamental especial; Ensino fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª); Ensino fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 5ª a 8ª), alfabetização para adultos e nenhuma.

2) 5 – 8 anos de estudo: Ensino médio (Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc); Ensino médio especial; Ensino médio EJA (supletivo).

3) 9 anos ou mais: Ensino superior (Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado).

Com relação às variáveis sobre doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, infarto, doença cardíaca e câncer) optou-se por utilizar condições crônicas de saúde que se relaciona com limitações, doenças crônicas não transmissíveis, doença ou incapacidade com duração maior que três meses, inabilidade e deficiência funcional, entre outros. Evidencia-se que a condição crônica está intimamente ligada ao rótulo da idade e ao aumento de tempo de vida da pessoa (FREITAS, MENDES, 2007).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi registrado em uma planilha do Excel. As variáveis foram analisadas por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Foi utilizada a estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão. Na comparação de proporções ou variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados valores estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM conforme a Resolução N°466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob nº 2.987.539. Por se tratar de pesquisa retrospectiva com dados secundários não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas a autorização da Secretaria Municipal de Santiago/RS.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados sob forma de um manuscrito científico e será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, ISSN 1678-4464. As instruções fornecidas pela revista para construção do manuscrito estão apresentadas no Anexo E.

**FATORES ASSOCIADOS À RENDA E ESCOLARIDADE EM IDOSOS COM
EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO**

Ana Paula do Nascimento Menges¹; Giovana Cristina Ceni²; Loiva Beatriz Dallepiane²

¹Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Gerontologia e Departamento de Alimentos e Nutrição, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

Autor correspondente: Loiva Beatriz Dallepiane

Endereço: Avenida Independência, 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões, RS.

CEP: 98300-000

E-mail: loiva.dallepiane@hotmail.com

Telefone: +55 55 9 9962 6509

Informamos que todos os autores contribuíram igualmente para a construção deste estudo.

RESUMO

Objetivos: avaliar os fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, analítico não probabilístico a partir de dados retrospectivos extraídos do cadastro domiciliar e individual da atenção básica. A amostra do estudo foi de 454 idosos com excesso de peso, a partir de 60 anos de idade. Foi utilizada a estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão. Na comparação de proporções ou variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados valores estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. **Resultados:** participaram do estudo 454 idosos de ambos os sexos. Foi observado maior frequência de idosos com renda mais baixa (≤ 1 SM) foi entre o sexo feminino ($p=0,009$), baixa escolaridade até 4 anos de estudo ($p < 0,001$), não inseridas no mundo do trabalho ($p=0,186$), procedentes da ESF região Sudeste ($p < 0,001$), tabagista ($p=0,154$), portadora de doença crônica ($p=0,632$) quantificada com a presença de uma doença crônica ($p=0,072$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p=0,154$). Já, os idosos com renda mais alta (> 4 SM) mais frequentes entre a idade de 60 a 69 anos ($p=0,579$), cor branca ($p < 0,001$), segurado de plano de saúde privado ($p < 0,001$) e não tabagista ($p=0,264$). A escolaridade apresentou maior frequência de idosos com menor escolaridade (até 4 anos de estudo) foi do sexo feminino ($p=0,013$), não inseridos no mercado do trabalho ($p=0,001$), sem plano de saúde privado ($p < 0,001$), não tabagista ($p=0,527$), presença de condição crônica ($p=0,049$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p=0,008$). Já, entre os idosos com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo a maior frequência foi relacionado com a renda entre dois e quatro salários mínimos ($p < 0,001$), procedente das ESFs região sudeste da cidade ($p=0,005$) e com duas ou mais condições crônicas ($p=0,100$). Os idosos com maior escolaridade (≥ 9 anos de estudo) a maior frequência foi 60 e 69 anos de idade ($p < 0,001$) e cor branca ($p=0,001$). **Conclusão:** a renda de idosos com excesso de peso apresentou associação com o sexo, idade, cor, escolaridade, regiões geopolíticas das ESFs e plano de saúde privado. Já, a escolaridade associou-se ao sexo, idade, cor, renda, inserção no mercado de trabalho, regiões geopolíticas das ESFs, plano de saúde privado, hipertensão e presença de condição crônica.

Palavras-chave: Envelhecimento. Condições crônicas. Determinantes Sociais.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas dos últimos tempos foi o aumento da expectativa de vida, aliada a melhora dos indicadores de saúde das populações, com o declínio da fecundidade e das taxas de mortalidade, características da transição demográfica e epidemiológica, trazendo mudanças nas condições de vida dos indivíduos¹.

O envelhecimento populacional cresce em torno de 3% ao ano, situando-se em torno de 12,3% da população mundial, com estimativa que aumentará para 21,3% em 2050. No Brasil, o envelhecimento acontece de forma acelerada, com uma projeção de 29,6% da população no mesmo período².

Contudo, o envelhecimento populacional é um dos grandes desafios para a saúde pública, pois traz o aumento da prevalência das condições crônicas (excesso de peso, diabetes mellitus, câncer, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal, etc), sendo o excesso de peso fortemente associada com as demais condições crônicas. Nesse sentido, a exposição prolongada a essas condições crônicas devido à longevidade da população traz implicações sociais importantes, pois os países, especialmente os em desenvolvimento, não estão preparados para enfrentar esta realidade³.

Com isso, a condição de saúde do idoso não resulta apenas de um fator biológico, envolve como o indivíduo vive em sociedade e o acesso aos serviços essenciais e de redes socioeconômicas. Assim, o processo saúde-doença apresenta de forma concomitante aspecto social e biológico, o que contribui para explicar o perfil de saúde de um determinado grupo populacional e suas condições sociais, revelando a questão de forma mais ampla do que somente uma descrição biológica das condições de saúde no envelhecimento⁴.

Desta forma, os determinantes sociais da saúde envolvem fatores que afetam a saúde dos indivíduos, onde o processo saúde-doença é determinado pela rede de relações cultural, ambiental, biológico e de fatores socioeconômicos como renda e escolaridade. Portanto, a condição de saúde de uma população é influenciada pelo estilo de vida e o seu universo social e cultural, sendo necessário compreender o processo saúde-doença, do ser humano em suas dimensões física, biológica, social e econômica⁵.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados aos determinantes sociais renda e escolaridade em idosos com excesso de peso autorreferido, na cidade de Santiago-RS.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico não probabilístico, a partir de dados retrospectivos extraídos do cadastro domiciliar e individual da atenção básica, da cidade de Santiago-RS.

Amostra e campo de estudo

A amostra do estudo foi de 454 idosos com excesso de peso, a partir de 60 anos de idade que foram avaliados no período de julho a dezembro de 2017, pertencentes aos onze territórios

das Estratégias Saúde da Família, divididas em quatro regiões geopolíticas (oeste, centro-oeste, sudeste e nordeste).

Método de coleta de dados

A coleta dos dados foi a partir das fichas de cadastro domiciliar e individuais dos usuários informados no e-SUS, que é um sistema informatizado da atenção básica, dos indivíduos pertencentes dos territórios das Estratégias Saúde da Família da cidade de Santiago-RS.

Variáveis do estudo

As variáveis que foram utilizadas na pesquisa são baseadas nos dados relacionados às fichas de cadastro domiciliar que identifica as características sócio sanitárias dos domicílios no território das equipes de Atenção Básica e o cadastro individual que busca apresentar as características sócio demográficas, problemas e condições de saúde autorreferidas dos usuários no território das equipes da Estratégia Saúde da Família⁶.

Variável dependente

Como variável dependente foi considerado os determinantes sociais renda e escolaridade.

Variáveis independentes

Como variáveis independentes foram consideradas:

Sexo, idade, cor, inserção no trabalho, ESFs, plano de saúde privado, tabagismo, doença crônica e hipertensão arterial.

Análise estatística

As variáveis foram analisadas por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Foi utilizada a estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão. Na comparação de proporções ou variáveis categóricas

foi utilizado o teste qui-quadrado. Foram considerados valores estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM conforme a Resolução N°466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob n° 2.987.539. Por se tratar de pesquisa retrospectiva com dados secundários não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 454 idosos de ambos os sexos, com idade entre 60 a 96 anos, média de $68,9 \pm 7,2$ anos, atendidos em todas as onze ESFs da cidade de Santiago/RS. O número de doenças crônicas variaram de 0 a 5 com média de $1,39 \pm 1,0$ morbidade.

As principais características dos participantes são: sexo feminino (61,5%), com maior prevalência entre 60 e 69 anos (61,5%), cor branca (90,7%), renda entre dois e quatro SM (50,4%), escolaridade do ensino fundamental até 4 anos de estudo (48,2%), não inseridos no mercado de trabalho (78,9%), procedentes da ESF região sudeste (44,9%), não possui plano de saúde privado (59,7%), não tabagista (89,4%), com presença de doença crônica (80,2%) de duas ou mais doenças (42,7%) (Tabela1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017.

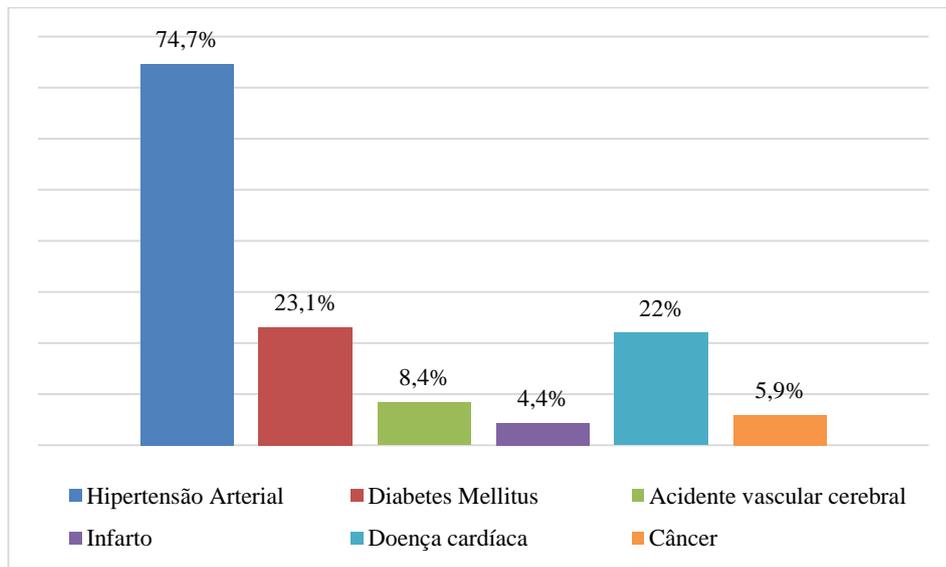
Variáveis	n (454)	% (100)
Sexo		
Feminino	279	61,5
Masculino	175	38,5
Idade (anos)		
60-69	279	61,5
70-79	135	29,7
80 ou mais	40	8,8
Cor		
Branca	412	90,7
Preta/parda	42	9,3
Renda (SM)		

≤ 1	164	36,2
2-4	229	50,4
> 4	61	13,4
Escolaridade (anos de estudo)		
Até 4 anos	219	48,2
5 – 8	131	28,9
≥9	104	22,9
Inserção no trabalho		
Sim	96	21,1
Não	358	78,9
ESF / regiões geopolíticas		
Oeste	60	13,2
Centro-oeste	91	20,0
Sudeste	204	44,9
Nordeste	99	21,8
Plano de Saúde privado		
Sim	183	40,3
Não	271	59,7
Tabagismo		
Sim	48	10,6
Não	406	89,4
Doença crônica		
Sim	364	80,2
Não	90	19,8
Nº doenças crônicas(média 1,39±1,0)		
Nenhuma	90	19,8
Uma	170	37,4
Duas ou mais	194	42,7

Fonte: elaborada pela autora (2018).

A Figura 1 apresenta a presença das condições crônicas entre os idosos, sendo observada a maior frequência de hipertensão arterial (74,7%).

Figura 1 – Distribuição de frequência das condições crônicas



Fonte: elaborada pela autora (2018).

De acordo com a Tabela 2, a renda apresentou uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com as variáveis sexo, cor, escolaridade, regiões geopolíticas das ESFs e plano de saúde privado.

Dentre as três categorias de renda, a maior frequência de idosos com renda mais baixa (≤ 1 SM) foi entre o sexo feminino ($p = 0,009$), baixa escolaridade até 4 anos de estudo ($p < 0,001$), não inseridas no mercado do trabalho ($p = 0,186$), procedentes da ESF região Sudeste ($p < 0,001$), tabagista ($p = 0,154$), portadora de condição crônica ($p = 0,632$) quantificada com a presença de uma condição crônica ($p = 0,072$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p = 0,154$). Já, os idosos com renda mais alta (> 4 SM) foram mais frequentes entre a idade de 60 a 69 anos ($p = 0,579$), cor branca ($p < 0,001$), segurado de plano de saúde privado ($p < 0,001$) e não tabagista ($p = 0,264$).

Tabela 2 – Relação da renda com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições crônicas em idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017

Variáveis	Renda (SM)			p-valor
	≤ 1 n (%)	2-4 n (%)	> 4 n (%)	
Sexo				0,009
Feminino	109 (66,5)	143 (62,4)	27 (44,3)	
Masculino	55 (33,5)	86 (37,6)	34 (55,7)	
Idade (anos)				0,579

60-69	101 (61,6)	138 (60,3)	40 (65,6)	
70-79	52 (31,7)	69 (30,1)	14 (23,0)	
80 ou mais	11 (6,7)	22 (9,6)	7 (11,5)	
Cor				0,002
Branca	139 (84,8)	213 (93,0)	60 (98,4)	
Preta/parda	25 (15,2)	16,0 (7,0)	1 (1,6)	
Escolaridade (anos de estudo)				<0,001
Até 4 anos	115 (70,1)	93 (40,6)	11 (18,0)	
5 – 8	36 (22,0)	81 (35,4)	14 (23,0)	
≥ 9	13 (7,9)	55 (24,0)	36 (59,0)	
Inserção no trabalho				0,186
Sim	30 (18,3)	48 (21,0)	18 (29,5)	
Não	134 (81,7)	181 (79,0)	43 (70,5)	
ESF / regiões geopolíticas				< 0,001
Oeste	22 (13,4)	28 (12,2)	10 (16,4)	
Centro-Oeste	26 (15,9)	53 (23,1)	12 (19,7)	
Sudeste	89 (54,3)	104 (45,4)	11 (18,0)	
Nordeste	27 (16,5)	44 (19,2)	28 (45,9)	
Plano de Saúde privado				< 0,001
Sim	28 (17,1)	102 (44,5)	53 (86,9)	
Não	136 (82,9)	127 (55,5)	8 (13,1)	
Tabagismo				
Sim	22 (13,4)	22 (9,6)	4 (6,6)	0,264
Não	142 (86,6)	207 (90,4)	57 (93,4)	
Doença crônica				0,632
Sim	135 (82,3)	182 (79,5)	47 (77,0)	
Não	29 (17,7)	47 (20,5)	14 (23,0)	
Nº doenças crônicas(média 1,39±1,0)				0,072
Nenhuma	29 (17,7)	47 (20,5)	14 (23,0)	
Uma	68 (41,5)	89 (38,9)	13 (21,3)	
Hipertensão arterial				0,154
Sim	131 (79,9)	165 (72,1)	43 (70,5)	
Não	33 (20,1)	64 (27,9)	18 (29,5)	

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Segundo a Tabela 3, a escolaridade apresentou uma relação estatisticamente significativa com sexo, idade, cor, renda, inserção no mercado de trabalho, regiões geopolíticas das ESFs, plano de saúde privado, hipertensão e presença de doença crônica. Entre as três categorias de escolaridade, a maior frequência de idosos com menor escolaridade (até 4 anos de estudo) foi do sexo feminino ($p=0,013$), não inseridos no mercado do trabalho ($p=0,001$), sem plano de saúde privado ($p<0,001$), não tabagista ($p=0,527$), presença de condição crônica ($p=0,049$) com maior frequência de hipertensão arterial ($p=0,008$). Já, entre os idosos com

escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo a maior frequência foi relacionado com a renda entre dois e quatro salários mínimos ($p < 0,001$), procedente das ESFs região sudeste da cidade ($p = 0,005$) e com duas ou mais condições crônicas ($p = 0,100$). Os idosos com maior escolaridade (≥ 9 anos de estudo) a maior frequência foi 60 e 69 anos de idade ($p < 0,001$) e cor branca ($p = 0,001$).

Tabela 3 – Relação da escolaridade com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições crônicas em idosos com excesso de peso autorreferido. Santiago, RS, 2017

Variáveis	Escolaridade (anos de estudo)			p-valor
	Até 4 n (%)	5-8 n (%)	≥ 9 n (%)	
Sexo				0,013
Feminino	149 (68,0)	69 (52,7)	61 (58,7)	
Masculino	70 (32,0)	62 (47,3)	43 (41,3)	
Idade (anos)				<0,001
60-69	105 (47,9)	89 (67,9)	85 (81,7)	
70-79	81 (37,0)	37 (28,2)	17 (16,3)	
80 ou mais	33 (15,1)	5 (3,8)	2 (1,9)	
Cor				0,001
Branca	187 (85,4)	125 (95,4)	100 (96,2)	
Preta/parda	32 (14,6)	6 (4,6)	4 (3,8)	
Renda (SM)				<0,001
≤ 1	115 (52,5)	36 (27,5)	13 (12,5)	
2-4	93 (42,5)	81 (61,8)	55 (52,9)	
> 4	11 (5,0)	14 (10,7)	36 (34,6)	
Inserção no trabalho				0,001
Sim	31 (14,2)	33 (25,2)	32 (30,8)	
Não	188 (85,8)	98 (74,8)	72 (69,2)	
ESF/ regiões geopolíticas				0,005
Oeste	30 (13,7)	17 (13,0)	13 (12,5)	
Centro-oeste	47 (21,5)	18 (13,7)	26 (25,0)	
Sudeste	94 (42,9)	76 (58,0)	34 (32,7)	
Nordeste	48 (21,9)	20 (15,3)	31 (29,8)	
Plano de Saúde privado				<0,001
Sim	60 (27,4)	50 (38,2)	73 (70,2)	
Não	159 (72,6)	81 (61,8)	31 (29,8)	
Tabagismo				0,527
Sim	20 (9,1)	17 (13,0)	11 (10,6)	
Não	199 (90,9)	114 (87,0)	93 (89,4)	
Condição crônica				0,049
Sim	185(84,5)	103 (78,6)	76 (73,1)	
Não	34 (15,5)	28 (21,4)	28 (26,9)	

Nº de condições crônicas				0,100
Nenhuma	34 (15,5)	28 (21,4)	28 (26,9)	
Uma	92 (42,0)	43 (32,8)	35 (33,7)	
Duas ou mais	93 (42,5)	60 (45,8)	41 (39,4)	
Hipertensão Arterial				0,008
Sim	175 (79,9)	96 (73,3)	68 (65,4)	
Não	44 (20,1)	35 (26,7)	36 (34,6)	

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Discussão

Este estudo inova ao trabalhar com os principais desafios do século 21, excesso de peso e envelhecimento da população, visto ter incluído na pesquisa somente idosos com excesso de peso e analisou os fatores associados à renda e escolaridade.

No presente estudo evidenciou-se a feminização do envelhecimento no Brasil, o que demonstra a transição demográfica brasileira com prevalência maior do sexo feminino. Isso reflete a maior expectativa de vida das mulheres com uma média de 8 anos de vida a mais que os homens⁷. Essa realidade é resultado da maior frequência de mortes violentas (acidentes e assassinatos), na maioria de indivíduos do sexo masculino e aos cuidados contínuos e acompanhamento médico entre as mulheres ao longo da vida⁸.

O sexo feminino apresentou a menor renda, possivelmente porque ainda na geração destas mulheres idosas participantes da pesquisa, são dependentes financeiramente de seus maridos. Ainda, no presente estudo, os Idosos com renda mais baixa tinham também menor escolaridade enquanto que aqueles com renda mais alta tinham maior escolaridade. Estes resultados são justificados, pois os indivíduos com renda mais alta tem maiores oportunidades de estudos⁹. No entanto, em um estudo que avaliou fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros mostrou maior prevalência de idosas com escolaridade baixa e renda alta¹⁰.

Observamos uma frequência elevada de idosos não inseridos no mercado de trabalho, vivendo exclusivamente da aposentadoria, estando associado significativamente com menor escolaridade.

As ESFs da região sudeste apresentou de forma significativa menor renda, surpreendendo por ser uma região residencial com domicílios de bom padrão, próximo a escolas públicas e privadas, universidade, igrejas, mercados, hospital, ruas calçadas, ginásio esportivo; esse resultado pode estar relacionado ao número de aposentados por idade com baixa renda. Com relação às ESFs da região nordeste, mostra prevalência de maior renda, apresenta uma

parte maior com domicílios de bom padrão coexistindo com micro áreas com domicílios precários, maior parte de ruas calçadas, clubes, escolas, escolas públicas, quartel militar, fábricas de móveis, distrito industrial, melhor hotel da cidade, posto de gasolina; este resultado sugere que esta região tem uma economia mais ativa e diversificada. De acordo com Pessoa¹¹, existe forte relação entre produção, ambiente e consumo, o que determina a compreensão das condições de vida e saúde de um território.

Os resultados relacionados ao nível de escolaridade e as regiões geopolíticas das ESFs, destaca-se a região oeste com menor escolaridade entre os idosos, podendo estar relacionado com situações de vulnerabilidade social, violência, tráfico de droga, localização do presídio estadual e cemitério municipal, além de escolas públicas e quartel militar. A região sudeste apresentou associação significativa com a escolaridade de 5-8 anos de estudo.

O plano de saúde privado está associado significativamente aos idosos com maior renda, possibilitando ao acesso, diagnóstico, a tratamentos e exames especializados, chama atenção destes idosos também fazerem uso do SUS através das ESFs. Já, a associação com a escolaridade também foi significativa, sendo similar ao encontrado na Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) de 2013 que 27,9% da população possui plano de saúde privado, e quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que, quanto maior escolaridade, maior é a prevalência de indivíduos com plano de saúde privado (67,4%) e menor escolaridade com prevalência de 31,4%¹².

O tabagismo não apresentou associação significativa com renda e escolaridade, diferente do estudo do Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) de 2017, que encontrou que o tabagismo entre idosos tende a diminuir com o aumento da escolaridade¹³. Estudo realizado com idosos residentes em Pelotas-RS, apresentou frequência de tabagismo de 12% próximo ao encontrado neste estudo, sugerindo que pode estar relacionada com as restrições de publicidade e propaganda, as advertências nas embalagens de cigarro, proibição de consumo nos lugares públicos e aumento dos impostos sobre o cigarro¹⁴. Neste estudo não houve associação significativa com renda e escolaridade.

Outra variável analisada no estudo é condição crônica hipertensão arterial que é responsável por cerca de um terço das mortes no mundo, considerada a doença circulatória de maior prevalência. A hipertensão arterial está fortemente associada com o excesso de peso, elevando em três vezes a chance de desenvolver hipertensão arterial e com indivíduos com idade mais avançada, pois está relacionada com as alterações biofisiológicas do envelhecimento, mas também pode estar relacionada com fatores genéticos, estilo de vida (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, ingestão elevada de sódio, baixo

consumo de frutas e hortaliças, ambiente físico e psicossocial (stress, escolaridade)¹⁵. A hipertensão arterial é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de outras ocorrências de condições crônicas, sendo um importante indicador para análise da multimorbidade¹⁶.

A frequência de hipertensão arterial encontrada neste estudo foi maior ao observado em estudo realizado com 9.412 indivíduos com 50 anos ou mais, que apresentou 52,2% prevalência de hipertensão arterial¹⁶. É mais elevado ao da PNS (2013) que também apresentou prevalência de 52,7% em idosos com 65 a 74 anos de idade¹². Além destes estudos, Malta¹⁷ analisou fatores associados à hipertensão arterial autorreferido dos dados do Vigitel do ano de 2013, apresenta uma prevalência de 60,4% em indivíduos com 65 anos ou mais com hipertensão arterial.

No presente estudo, a renda não apresentou associação significativa com a hipertensão arterial, mas a associação significativa foi observada com a escolaridade de até 4 anos e de 5-8 anos de estudo, similar ao encontrado em estudo com dados da PNS de 2013 de idosos que referiram diagnóstico de hipertensão arterial que apresenta maior prevalência com escolaridade menor, sendo ensino fundamental incompleto (41,6%) e sem instrução (31,7%)¹². Considerando a soma dessas prevalências que equivale a variável até 4 anos de estudo, o resultado é similar ao do presente estudo (79,9%). Segundo a pesquisa Vigitel (2017), a frequência de diagnóstico de hipertensão arterial aumentou com a idade e é maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade¹³. Com relação a este resultado, evidencia-se que a baixa escolaridade pode dificultar a compreensão das orientações para estimular o autocuidado¹⁸.

A presença de condição crônica em idosos deste estudo foi importante, estabelecendo forte relação com o excesso de peso e a população idosa da amostra. Confirmando Silveira¹⁹ que considera o excesso de peso no idoso um importante fator de risco para o desenvolvimento de condições crônicas, o que explica a prevalência elevada de 2 ou mais condições crônicas do estudo. O presente estudo não apresentou associação significativa entre condições crônicas com renda, porém apresentou associação significativa com a escolaridade. Enquanto que estudo de Nunes¹⁶ revela que a renda menor relaciona-se com a presença de mais condições crônicas, estudos internacionais mostram maior prevalência de condições crônicas em indivíduos mais pobres enquanto que indivíduos com renda mais favorável tem acesso maior aos serviços de saúde e diagnósticos de condições crônicas com mais regularidade.

Já, a baixa escolaridade tem influência negativa no acesso à educação em saúde e conseqüentemente na adoção de hábitos mais saudáveis, interfere na adesão ao tratamento de condições crônicas como a hipertensão arterial, e menores condições de renda. Sendo a

escolaridade um determinante importante para o melhor nível de renda com impacto na saúde do idoso²⁰.

Este estudo mostrou que a escolaridade enquanto DSS apresenta associação significativa com a maior parte das variáveis e se relaciona mais com a condição crônica hipertensão arterial, o que confirma a hipótese alternativa do estudo em relação à escolaridade.

Os resultados significativos com relação à associação da escolaridade com as variáveis deste estudo são confirmados através do estudo realizado por Lutz e Kebede²¹ através de análises multivariadas com dados da população adulta de 174 países no período de 1970-2015, indicando que o efeito do nível de escolaridade sobre a expectativa de vida é altamente significativo, e os coeficientes padronizados são claramente maiores do que os da renda. Destacam que as habilidades cognitivas associadas ao desempenho educacional de adultos e a condição de saúde de uma pessoa estão intimamente entrelaçadas e estão incorporadas nos indivíduos. Nessa análise temporal, os autores sugerem que a educação deve ser considerada uma prioridade política para melhorar a saúde global.

De acordo com Lima-Costa²², resultados demonstrados no estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros, situação de saúde desfavorável entre indivíduos com renda menor e com escolaridade mais baixa. Este estudo verificou que deve haver investimentos na proteção social, na escolaridade e na saúde, além da diminuição das desigualdades a elas associadas, para atingir os objetivos da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, para a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem estar de indivíduos de todas as idades.

O estudo também mostrou que a escolaridade maior está associada com a renda maior, isso confirma o que Godoy e Silva²³ salientaram em seu trabalho que o nível de escolaridade pode influenciar a saúde dos indivíduos, pois quanto maior a escolaridade, maior a renda. E que a renda elevada dá melhores condições de investir em assistência à saúde e um nível de escolaridade maior relaciona-se com maior atenção ao estado de saúde e manter-se mais saudável. A escolaridade é um determinante importante na compreensão do idoso sobre sua condição de saúde e de suas condições crônicas existentes.

CONCLUSÃO

Os fatores associados à renda de idosos com excesso de peso autorreferido foram o sexo, idade, cor, escolaridade, regiões geopolíticas das ESFs e plano de saúde privado. Já, os fatores associados com a escolaridade foram o sexo, idade, cor, renda, inserção no mercado de trabalho,

regiões geopolíticas das ESFs, plano de saúde privado, hipertensão e presença de condição crônica.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 23(6).
2. Barros MBA, Goldbaum M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 52 (Suppl 2): 1s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300100&lng=pt. Epub 25-Out-2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ed>.
3. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Ascitti LSR, Cavalcanti AL. Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. *Rev. Bras. Cien. Saúde* [Internet] 2010; 14(2).
4. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da produção Social de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015; 49(1).
5. Dias-Lima A. Ecologia médica: uma visão no contexto das enfermidades humanas. *Rev. Bras. de Educ. Médica* [Internet]. 2014; 38 (2).
6. Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Manual para preenchimento das fichas. Brasília, DF, 2013.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do senso demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
8. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Rev. Soc. e Estado* [Internet]. 2012; 27(1).
9. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados do Brasil. *Est. Econ.* [Internet]. 2012; 42(2).
10. Silva VS, Souza I, Petroski EL, Silva DAS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. *Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde* [Internet]. 2011; 16(4).
11. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2013; 18(8).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2018.

14. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI Iven, 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* [Internet]. 2017; 33 (2): e00021916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205014&lng=en. Epub Apr 10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00021916>.
15. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017a; 51(Suppl. 1).
16. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 52(Supl.2:10s).
17. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferido em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017b; 51 (Supl 1:11s).
18. Neves, RG; NuneS, BP; Wehrmeister, FC; Tomasi, E; Duro, SMS; Flores, TR; costa, CS; Wendt, A. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017, 33(7).
19. Silveira EA, Vieira LL, Jardim TV, Souza JD. Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes mellitus e infarto do miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2016; 107(6).
20. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014; 19(8): 3497-3504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>.
21. Lutz W, Kebede E. Education and health: redrawing the Preston curve. *Pop. and Dev. Review* [Internet]. 2018; 44(2).
22. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 52 (Supl.2:2s).
23. Godoy MR, Silva C. Função de produção de saúde para idosos: o caso europeu. *J. Bras. Econ. Saúde* [Internet]. 2017; 9(1).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para enfrentar o desafio do envelhecimento é necessário fortalecer as várias iniciativas que vem sendo desenvolvidas como as Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, o Plano de Envelhecimento Ativo e do Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS), no Brasil a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional da Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso para favorecer um envelhecimento ativo e saudável pelo maior tempo possível.

A compreensão da ocorrência e as consequências das condições crônicas na saúde dos idosos devem ser consideradas no serviço de saúde prestado para serem mais eficientes e garantir um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

É fundamental a reorganização da atenção primária à saúde, para adequar as ações de apoio aos idosos com condições crônicas. A sistematização do cuidado em saúde baseado em diretrizes e protocolos desenvolvidos pelos órgãos competentes de saúde como Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde deve ser implantada de forma efetiva para atender esta demanda do envelhecimento populacional acompanhado por significativo aumento das condições crônicas.

Mais estudos sobre a interação de condições crônicas e seus determinantes para entender melhor as necessidades da população com relação à saúde. Ter uma visão global do idoso, estimular o seu autocuidado, sua capacidade de lidar com sua saúde.

Deve ser considerada a atenção em rede, a vigilância em saúde constante, cuidado continuado e a prevenção de condições crônicas.

A elevada prevalência de hipertensão arterial e a baixa escolaridade em idosos com excesso de peso, principalmente do sexo feminino, indica a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção de um estilo de vida saudável, diminuindo gastos desnecessários ao sistema de saúde.

A valorização e reconhecimento dos profissionais da saúde da atenção primária à saúde devem ser equivalentes aos da atenção especializada, os espaços para a realização de ações educativas devem ser favorecidas com apoio necessário e estrutura suficiente para facilitar o deslocamento e acesso dos profissionais a esta população.

A substituição de comportamentos prejudiciais de saúde de uma boa parte da vida destes idosos para um estilo de vida saudável depende de uma comunicação de

trocas efetivas e não apenas informar, sendo fundamental esclarecer a responsabilidade do indivíduo e familiar com sua saúde e seu autocuidado com as orientações dos profissionais da saúde.

O fortalecimento dos cuidados em saúde inclui desde a gestação e se estendendo a todos os ciclos de vida e não somente na fase da velhice. As ações realizadas pelos profissionais de saúde relacionadas à promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de condições crônicas devem considerar o meio ambiente e a realidade social da população residente no território das ESFs.

A implantação de uma disciplina relacionada com saúde e qualidade de vida no currículo do ensino fundamental colaboraria para a promoção e prevenção em saúde na trajetória de vida dos indivíduos.

Contudo, os fatores socioeconômicos têm associação com o perfil de saúde do idoso, destacando a influência da baixa escolaridade como o principal determinante relacionado com as variáveis do estudo, o que reforça maior investimento em educação em todos os ciclos de vida para o autocuidado.

7 REFERÊNCIAS GERAIS

ALBUQUERQUE, G.S.C; SILVA, M.J.S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

ALMEIDA, A.P.S.C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v.51, 2017.

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.

ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, 2012.

AZEVEDO, A.L.S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.9, 2013.

BALDZIAK, R.P.F; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. Públ. Santa Cat.**, v.3, n.1, jan/jun, 2010.

BARRETO, M.L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, 2017.

BARROS, M.B.A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Rev. Saúde Pública**, v.51, 2017.

BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. Supl. 2:1s, 2018.

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 República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1994.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

_____. Ministério de Saúde. Portaria nº 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Manual para preenchimento das fichas**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2018.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007.

CAVALCANTI, C.L. et al. Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.14, n.2, 2010.

CAVALCANTI, A.D. et al. Envelhecimento ativo e estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 21, n. 1, 2016.

CRUZ, M.F. et al. 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**, v. 33, n. 2, 2017.

DIAS-LIMA, A. Ecologia médica: uma visão no contexto das enfermidades humanas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n. 2, 2014.

DIAS, P.C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

DUARTE, E.C; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviço de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.14, n.2, 2012.

FALSARELLA, G.R. et al. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2, 2014.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, 2012.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 3, 2008.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2018.

FREITAS, M.C; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2007.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. **Perfil socioeconômico**. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfilsocioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Santiago>>. Acesso em 15 de jun. 2018.

GARCIA, C.A.M.S; MORETTO, M.C; GUARIENTO, M. E. Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 14, n.1, 2016.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, M.R.; SILVA, C. Função de produção de saúde para idosos. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 9, n. 1, 2017.

GOTTLIEB, M.G.V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de mobi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 2, 2011.

HULLEY S.B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do senso demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Pnad contínua**, 2018. <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>>. Acesso em 10 de ago. 2018.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, 2012.

LIMA, L.P.; SAMPAIO, H.A.C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, 2011.

_____. Envelhecimento e saúde coletiva: estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev. Saúde Pública**, n. 52, Supl.2:2s, 2018.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Nutrition in Old Age**, v. 21, n. 1, 1994.

LUTZ, W.; KEBEDE, E. Education and health: redrawing the Preston curve. **Population and Development Review**, v. 44, n. 2, 2018.

MALTA, D.C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 3, 2013a.

_____; SILVA JÚNIOR, 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**, v. 22, n. 1, 2013b.

_____ et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, 2015.

_____ et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.51, n.suppl. 1, 2017a.

_____ et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferido em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. Supl 1:11s, 2017b.

MATIDA, A. Por uma agenda global pós-objetivos de desenvolvimento do milênio. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016

MELO, N.C.V. et al. Consumo por idosos nos arranjos familiares “unipessoal e residindo com o cônjuge”: uma análise por regiões do país, a partir de dados da POF (2008/2009). **Revista Brasileira de Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 4, 2014.

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

_____ **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, M.C. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde pública**, v. 28, n. 2, 2012.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais e futuras. **Rev. Bras. Gerontol.**, v. 19, n. 3, 2016.

NUNES, B.P. et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, Supl.2:10s, 2018.

OLIVEIRA, A.E.C. et al. Implantação do e-SUS AB no distrito sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, 2016.

OREOPOULOS, A. et al. The obesity paradox in the elderly: potential mechanisms and clinical implications. **Clinical Geriatric Medicine**, v. 25, n. 4, 2009.

PEREIRA, A.G; ALVES, L.C. Condição de vida e saúde dos idosos: uma revisão bibliográfica. **Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”**, Unicamp, 2016.

PEREIRA, I.F.S; SPYRIDES, M.H.C; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016.

PESSOA, V.M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 18, n.8, 2013.

QUANDT, F.L. et al. Saúde ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 2, 2014.

RIBEIRO, C. D. M.; GOUVÊA, M. V.; CASOTTI, E. Problemas éticos e justiça social na estratégia saúde da família. **Rev. Bioét.**, v. 25, n. 2, 2017.

ROCHA, P.R; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da produção Social de Saúde. **Rev. Esc. Enferm.USP**, v. 49, n. 1, 2015.

SANTOS, A.M.A; JACINTO, P.A; TEJADA, C.A.O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados do Brasil. **Est. Econ.**, v. 42, n. 2, 2012.

SANTOS, R.R. et al. Obesidade em idosos. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.23, n.1, 2013.

SILVA, V.S. et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. **Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, 2011.

SILVA, V.L; CESSE, E.A.P; ALBUQUERQUE, M.F.P.M. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.17, n.suppl. 2, 2014.

SILVEIRA, E.A. et al. Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes mellitus e infarto do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 6, 2016.

SOBRAL, A.; FREITAS, C.M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 1, 2010.

STIVAL, M.M; LIMA, L.R; KARNIKOWSKI, M.G.O. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 2, 2015.

TAVARES, E.L. et al. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 3, 2015.

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, 2012.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças crônicas em idosos: equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 10, 2012a.

_____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, 2012b.

_____. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, v.34,n.1, 2012c.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, 2018.

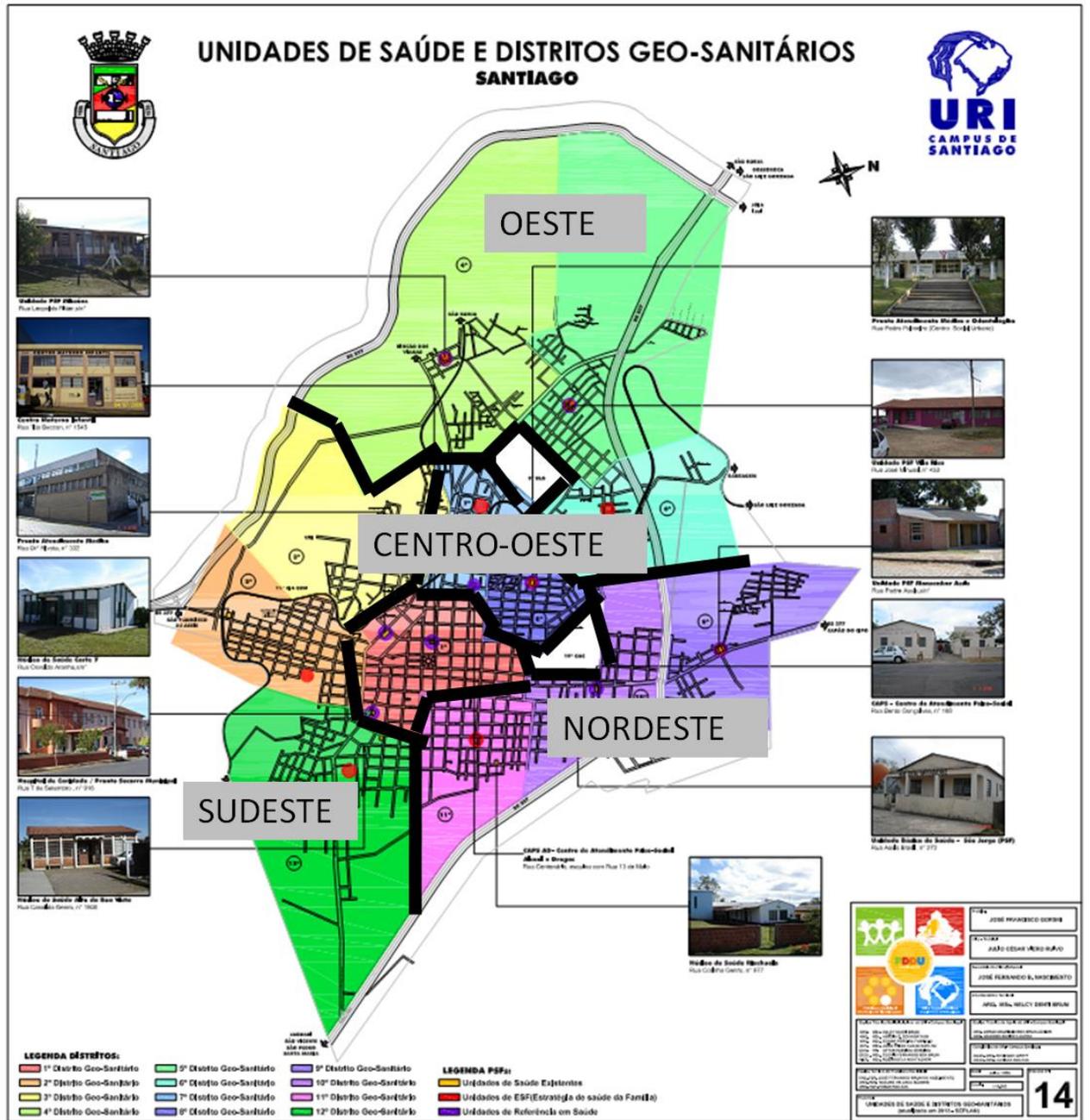
VOOS, M.C. et al. A influência da escolaridade no desempenho e no aprendizado de tarefas motoras: uma revisão da literatura. **Fisioter. Pesq.**, v. 21, n. 3, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization: basic Documents**. WHO. Genebra, 1946.

_____. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. WHO. Geneva, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – UNIDADES DE SAÚDE E REGIÕES GEOPOLÍTICAS, SANTIAGO-RS



ANEXO C – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR		
Nº DO CARTÃO SUS _____		É o responsável? N° DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO:		
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não _____ / ____ / ____		
NOME COMPLETO: * _____				
NOME SOCIAL: _____				DATA DE NASCIMENTO: * / /
SEXO: * <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR: * <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Nº NIS (PIS/PASEP): _____	
NOME COMPLETO DA MÃE: * _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE: * <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:	TELEFONE CELULAR: () _____	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: **			E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS				
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente			OCUPAÇÃO _____	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?			SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)			<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro				
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(is)?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território				
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA				
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.				
_____ Assinatura				

ANEXO D – QUESTIONÁRIO AURREFERIDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____ 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____ <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____ <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

ANEXO E – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

27/12/2018

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorus para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Netherlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos

princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho,

oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de

acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Gisélle Kollinski Ribeiro, abaixo assinado, responsável pela Secretaria da Saúde, Prefeitura Municipal de Santiago-RS, autorizo a realização do estudo “Relação da renda e escolaridade enquanto determinantes sociais nas condições crônicas em idoso com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS”, a ser conduzido pela pesquisadora Ana Paula do Nascimento Menges.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

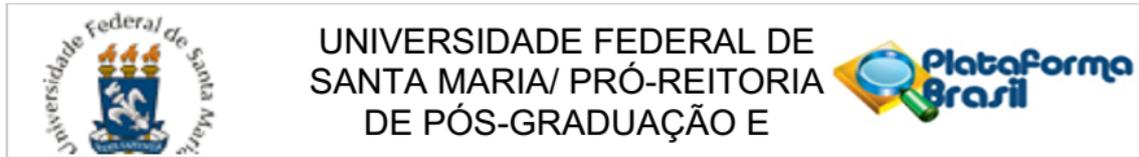
Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santiago, 28 de agosto de 2018.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Gisélle Kollinski Ribeiro
Secretária de Saúde
Portaria nº 4/2017

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO DA RENDA E ESCOLARIDADE ENQUANTO DETERMINANTES SOCIAIS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM IDOSO COM EXCESSO DE PESO AUTORREFERIDO NA CIDADE DE SANTIAGO-RS

Pesquisador: Loiva Beatriz Dallepiane

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99576718.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.987.539

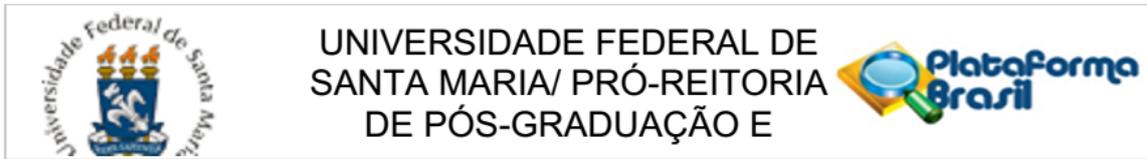
Apresentação do Projeto:

O objetivo do presente estudo é estabelecer a relação entre determinantes sociais de saúde (renda e escolaridade) e condições crônicas em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago-RS. Trata-se de um estudo transversal, analítico, não probabilístico, realizado a partir da coleta de dados retrospectivos extraídos do cadastro domiciliar e individual da Atenção Básica da cidade de Santiago-RS, com autorização da respectiva Secretaria da Saúde. O público alvo da pesquisa serão os idosos com excesso de peso, a partir de 60 anos de idade, que foram avaliados a partir do segundo semestre de 2017, que atenderem os critérios de inclusão e exclusão, pertencentes aos distritos geo-sanitários onde se localizam as unidades da Estratégia Saúde da Família do referido município. Como variáveis dependentes (desfechos) serão consideradas as condições crônicas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral/derrame, infarto, doença cardiovascular e câncer; já como variáveis independentes (preditoras) serão consideradas: idade, sexo e determinantes sociais (Renda e escolaridade). Um modelo de Regressão de Poisson será empregado na análise estatística dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Estabelecer a relação entre determinantes sociais de saúde (renda e escolaridade) e condições crônicas em idosos com excesso de peso autorreferido na cidade de Santiago/RS.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.987.539

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores: por se tratar de coleta retrospectiva no cadastro domiciliar e individual do idoso, não haverá risco ou desconforto. Haverá benefício na medida em que a avaliação comparada entre dois anos consecutivos pode indicar resultados de idosos em risco nutricional que poderá ser prevenido ou mesmo indicado para recuperação do estado nutricional, junto à equipe de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de forma suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1213363.pdf	25/10/2018 11:24:20		Aceito
Outros	Esclarecimento_numero_participantes.pdf	25/10/2018 11:23:58	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Outros	Solicitacao_Dispenza_do_TCLE.pdf	25/10/2018 11:18:42	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Outros	ESCLARECIMENTO.pdf	11/10/2018 08:39:40	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	26/09/2018 13:32:41	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

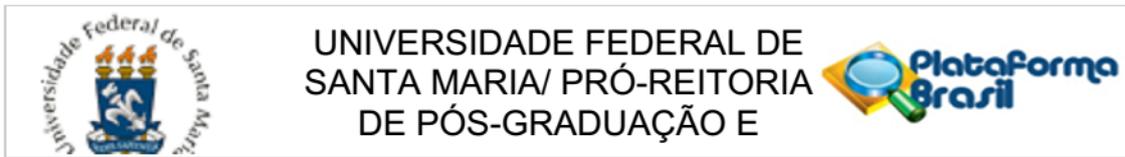
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.987.539

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/09/2018 12:33:27	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Outros	projeto_61788.pdf	03/09/2018 11:01:16	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.png	03/09/2018 11:00:19	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	03/09/2018 10:58:37	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com