



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PAULO ROBERTO SOUSA ROCHA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NOS  
MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA REGIÃO INTEGRADA  
DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E  
ENTORNO (RIDE-DF) – INQUÉRITO DE BASE  
POPULACIONAL, 2010/2011**

**BRASÍLIA  
2012**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PAULO ROBERTO SOUSA ROCHA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NOS  
MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA REGIÃO INTEGRADA  
DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E  
ENTORNO (RIDE-DF) – INQUÉRITO DE BASE  
POPULACIONAL, 2010/2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Eri Shimizu  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

**BRASÍLIA  
2012**

PAULO ROBERTO SOUSA ROCHA

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NOS  
MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA REGIÃO INTEGRADA  
DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E  
ENTORNO (RIDE-DF) – INQUÉRITO DE BASE  
POPULACIONAL, 2010/2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 28 / 09 / 2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Drª. Helena Eri Shimizu (Presidente)  
**Universidade de Brasília**

---

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann  
**Universidade de Brasília**

---

Profa. Dra. Leila Posenato Garcia  
**Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

---

Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco (Suplente)  
**Universidade de Brasília**

*Dedico este trabalho aos meus pais, Benlion e Valdisio, por acreditarem que a maior e melhor herança deixada a seus filhos é a educação. A minha irmã Silvana por todo carinho, apoio e dedicação incansável à família, amizade e incentivo sempre.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as oportunidades que me foram dadas no decorrer deste caminho, pois sem a presença Dele na minha vida, eu nada seria.

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional em todos os momentos dessa trajetória, principalmente minha querida mãe, em quem sempre me inspiro, obrigado pelo incentivo constante nos meus estudos. Obrigado por me ensinar a importância da educação.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Helena Eri Shimizu, pela aceitação da orientação inicial, pela atenção, apoio na realização desta pesquisa.

Agradeço à minha co-orientadora, Profa. Dra. Margarita Urdaneta, por todo apoio, principalmente nos momentos difíceis de execução desta pesquisa, por estar sempre presente e disponível, pela orientação, oportunidades, projetos e ensinamentos ao longo desses dois anos.

Aos participantes desta pesquisa pela paciência e disponibilidade em participar do inquérito, principalmente no momento da coleta de dados.

A você Audrey pelo apoio, paciência, tolerância, compreensão e carinho durante os inúmeros momentos difíceis desta trajetória.

A amiga Alessandra pelo apoio, força e incentivo no desenvolvimento desta pesquisa.

A equipe da Universidade Federal de Goiás – UFG por todo apoio na realização da coleta de dados e digitação dos dados da pesquisa, em especial ao Prof. Elias Rassi, Profa. Dra. Claci Fátima Weirich, Suiany Dias Rocha, e a toda equipe de entrevistadores e digitadores que contribuíram para realização deste estudo.

A equipe do ICICT- FIOCRUZ pelo fornecimento do questionário preliminar, procedimento de amostragem, treinamento, apoio no trabalho de campo, desenvolvimento de programa *online* para a digitação dos dados e assessoria constante na revisão e análise dos dados, em especial ao: Prof. Francisco Viacava, Profa. Célia Landmann Szwarcwald, Paulo Roberto Borges, Hugo Sabino.

Ao ICCT – FIOCRUZ e a FAP-DF pelo apoio financeiro.

Enfim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que fosse possível a realização desta pesquisa.

*“Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade”.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

O estudo objetiva descrever a situação de saúde de adultos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos municípios do Entorno Sul da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal. Trata-se de inquérito de saúde de base populacional, estudo transversal, sem substituição de indivíduos previamente selecionados, realizado em 605 domicílios selecionados aleatoriamente, no período de setembro de 2010 a abril de 2011, utilizando como instrumento de coleta de dados questionário modular, dividido em módulo domiciliar e individual, com perguntas fechadas. Os resultados indicam tratar-se de população concentrada entre as classes C e D, predominantemente jovem, com baixa escolaridade, e 40% dos adultos entrevistados encontram-se fora do mercado de trabalho. Em relação a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 20,4% dos domicílios entrevistados encontram-se cadastrados. Estimou-se proporção de 7,0% para indivíduos do sexo masculino e 7,9% sexo feminino que auto referem seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. Os resultados indicam proporção de 62,3% de adultos que assistem 3 ou mais horas de TV por dia. Prevalência de hipertensão arterial de 17,0%, depressão 8,3%, doenças do coração 2,4%, diabetes 3,9%, AVC 2,2%, osteoporose 38,5%, artrite 3,5%, problema crônico de coluna 19,2%. Estimou-se que 29,1% dos adultos entrevistados referem algum grau de comprometimento da funcionalidade segundo locomoção por conta de alguma doença crônica de longa duração para exercer suas atividades habituais. Segundo os achados 48,3% dos adultos investigados encontram-se com excesso de peso e 15,4% encontram-se obesos. De acordo com este estudo 28,8% dos adultos entrevistados são fumantes. Observou-se que 72,2%, 94,3 e 65,5%, dos indivíduos investigados com hipertensão arterial, diabetes e depressão respectivamente, tiveram seu atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados deste estudo sugerem que é importante analisar mais profundamente a situação de saúde desta população, tendo em vista as especificidades deste grupo populacional, considerando a variabilidade das condições de saúde e qualidade de vida nas diversas faixas etárias investigadas.

**Palavras-chave:** Inquérito epidemiológico; Perfil de saúde; Doença crônica; Epidemiologia; Estudos transversais.

## ABSTRACT

The study aims to describe the health status of health of adults aged over 18 years living in the municipalities of the Southern Region Integrated Development of the Federal District. This is a health survey population-based cross-sectional study, without replacing previously selected individuals, conducted in 605 randomly selected households in the period from September 2010 to April 2011, using as an instrument for data collection a modular questionnaire, divided in household and individual module with closed questions. The results indicate that this population is concentrated between classes C and D, predominantly young, low education, and 40% of adults surveyed are outside the labor market. Regarding the coverage of the Family Health Strategy (FHS), 20.4% of interviewed households are registered. A ratio of 7.0% for males and 7.9% females who self refer their health as poor or very poor. The results indicate proportion of 62.3% of adults who watch 3 or more hours of television daily. It was found a prevalence of 17,0% for hypertension, 8.3% depression, heart disease 2.4%, 3.9% diabetes, stroke 2.2%, osteoporosis 38.5%, 3.5% arthritis, chronic problem Column 19.2%. It was estimated that 29.1% of adult respondents report some degree of impaired locomotion second feature due to a chronic disease of long duration to perform their usual activities. According to the findings 48.3% of the adults surveyed are overweight and 15.4% are obese. According to this study 28.8% of the adults surveyed are smokers. It was observed that 72.2%, 94.3 and 65.5%, of the investigated individuals with hypertension, diabetes and depression, respectively, had their work provided by the Unified Health System (SUS). The results of this study suggest that it is important to further examine the health status of this population, given the specificities of this population group, given the variability of health and quality of life in different age groups investigated.

**Key words:** Epidemiologic investigation; Health profile; Chronic disease; Epidemiology; Sectional studies.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Municípios do Entorno Sul que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF, área em quilômetros quadrados e população por município de acordo com o último censo demográfico, 2010.-----	21
<b>Tabela 2.</b> População, número de setores censitários selecionados e numero de entrevistas previstas e realizadas segundo município do Entorno Sul, RIDE-DF. 2010/2011.-----	66
<b>Tabela 3.</b> Características sociodemográficas da população residente dos municípios do Entorno Sul da RIDE-DF, 2010/2011.-----	66
<b>Tabela 4.</b> Características de situação de trabalho, da população residente nos municípios do Entorno Sul da RIDE-DF, 2010/2011. -----	67
<b>Tabela 5.</b> Características com gastos de saúde do domicílio, cobertura de plano de saúde, e cobertura do Programa de Saúde da Família, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF. 2010/2011.-----	68
<b>Tabela 6.</b> Características de tempo gasto no deslocamento para o trabalho, horas trabalhadas por semana, de adultos ( $\geq 18$ anos) da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF. 2010/2011.-----	69
<b>Tabela 7.</b> Características de composição de adultos ( $\geq 18$ anos) da população do estudo por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	69
<b>Tabela 8.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	70
<b>Tabela 9.</b> Percentual de funcionalidade relacionadas a locomoção de adultos ( $\geq 18$ anos) por sexo da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	71
<b>Tabela 10.</b> Percentual de funcionalidade de indivíduos por sexo da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	72
<b>Tabela 11.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem quanto tempo faz que se pesaram pela última vez, segundo sexo, da população dos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	73
<b>Tabela 12.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ) e com obesidade (Índice de Massa Corporal $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ) na idade atual, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.-----	74

- Tabela 13.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem feijão cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011. ----- 75
- Tabela 14.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.----- 75
- Tabela 15.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que costumam consumir carnes vermelha e frango, com excesso de gordura, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.----- 76
- Tabela 16.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.----- 77
- Tabela 17.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que costumam consumir leite com teor integral de gordura, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.----- 77
- Tabela 18.** Frequência de adultos ( $\geq 18$  anos) com consumo de alguma bebida alcoólica e quantos dias por semana consomem alguma bebida alcoólica da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 78
- Tabela 19.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que nos últimos 30 dias, consumiram mais que quatro doses (mulher), ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 79
- Tabela 20.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consumiram alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias e dirigiram logo em seguida, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 79
- Tabela 21.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que praticam atividade física no tempo livre, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 80
- Tabela 22.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que praticam atividade física no tempo livre, e ou no deslocamento por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 81
- Tabela 23.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fisicamente inativos, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 82
- Tabela 24.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que assistem três ou mais horas de televisão por dia em pelo menos cinco dias da semana, por sexo, segundo idade e

anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	83
<b>Tabela 25.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	83
<b>Tabela 26.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	84
<b>Tabela 27.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) ex-fumantes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	84
<b>Tabela 28.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes passivos no domicílio, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	85
<b>Tabela 29.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes passivos no local de trabalho ou local onde estuda, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	85
<b>Tabela 30.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem se proteger contra radiação ultravioleta utilizando filtro solar, chapéu, roupa/vestimenta, guarda-sol, sombrinha por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	86
<b>Tabela 31.</b> Frequência da aferição de pacientes hipertensos, diabéticos, com colesterol alto, adultos ( $\geq 18$ anos), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	87
<b>Tabela 32.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	88
<b>Tabela 33.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem diagnóstico médico de doenças cardíacas e depressão, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	89
<b>Tabela 34.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem diagnóstico médico de osteoporose e problema crônico de dores na coluna, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	90
<b>Tabela 35.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem diagnóstico médico de artrite e colesterol alto, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ....	91
<b>Tabela 36.</b> Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) que referem diagnóstico médico de acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame e asma, por sexo, segundo idade e	

anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 92

**Tabela 37.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de hepatite e outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 93

**Tabela 38.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de outra doença crônica de longa duração 6 meses ou mais, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 94

**Tabela 39.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão e doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 94

**Tabela 40.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 95

**Tabela 41.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde segundo tipo de estabelecimento, para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 96

**Tabela 42.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde segundo forma de pagamento, para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 96

**Tabela 43.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, e colesterol alto, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 97

**Tabela 44.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: doenças cardíacas e AVC, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 98

**Tabela 45.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: asma, artrite, problema crônico de coluna, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.----- 99

- Tabela 46.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: depressão, doença mental, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 99
- Tabela 47.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem recomendações médicas relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: hipertensão arterial e diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 100
- Tabela 48.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes que referem ter feito exames solicitados conforme solicitação médica da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 101
- Tabela 49.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes que referem ter feito exames solicitados conforme orientação médica, motivo pelo qual não fizeram os exames solicitados e as complicações associadas para as doenças acima referidas, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 102
- Tabela 50.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem internação médica relacionada com complicação para as seguintes doenças: hipertensão arterial e diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010----103
- Tabela 51.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem realização de exames de cuidados voltados para diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 104
- Tabela 52.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem cuidados e diagnóstico de hepatite, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010-----105
- Tabela 53.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem cuidados e diagnóstico de tuberculose, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 106
- Tabela 54.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem doença crônica, física ou mental de longa duração (de 6 meses a mais de duração), da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 107
- Tabela 55.** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico de doença pulmonar e osteoporose, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011. ----- 108

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal-----	19
<b>Figura 2.</b> Taxa de crescimento por UF da RIDE-DF 2000 /2010-----	20
<b>Figura 3.</b> Modelo de determinação social da saúde-----	36

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Variáveis investigadas no módulo domiciliar-----	55
<b>Quadro 2.</b> Variáveis investigadas no módulo individual-----	57
<b>Quadro 3.</b> Categorização de variáveis de acordo com Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, Brasil, 2010 e Critério de Classificação Econômica Brasil-----	59
<b>Quadro 4.</b> Categorização de variáveis de acordo com Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, Brasil, 2010 - -----	60

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Composição da população residente total, segundo sexo e faixa etária.  
Brasil 1991-2010 -----29



**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- COARIDE - Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
- CODEPLAN - Conselho de Desenvolvimento do Planalto Central
- CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
- DAC – Doença Arterial Coronariana
- DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DCV – Doença Cerebral Vascular
- DHGNA - Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica
- DM2 – Diabetes Mellitus Tipo 2
- DP - Desvio-Padrão
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- FIS - Folha de Informação sobre Setores, Domicílios e Pessoas a Entrevistar
- GDF - Governo do Distrito Federal
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IgE - Imunoglobulina
- IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%
- ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
- IMC – Índice de Massa Corporal
- INCA - Instituto Nacional do Câncer
- MS - Ministério da Saúde
- N - População do Estudo
- NESP - Núcleo de Estudos de Saúde Pública
- OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PMS - Pesquisa Mundial de Saúde

PMS-AB - Pesquisa Mundial de Saúde-Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PNSMIPF - Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PRO-ADESS - Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

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

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG - Universidade Federal de Goiás

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UnB - Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

1	Introdução	1
2	Marco Teórico	8
2.1	Inquéritos epidemiológicos de base populacional	8
2.2	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno	17
2.3	Análise da situação de saúde	25
2.4	Determinantes sociais da saúde (DSS)	27
2.5	Autoavaliação do estado de saúde	30
2.6	A funcionalidade e a incapacidade humana	35
2.7	Morbidade	39
3	Objetivos	42
3.1	Objetivo geral	42
3.2	Objetivos específicos	42
4	Métodos	43
4.1	Tipo de Estudo	43
4.2	População de Estudo	43
4.3	Procedimento Amostral	43
4.4	Tamanho da Amostra	45
4.5	Instrumento de Coleta de Dados	45
4.6	Aspectos Operacionais	47
4.7	Processamento e Análise dos Dados	51
4.8	Aspectos Éticos	52
5	Resultados	54
5.1	Perfil sociodemográfico da população do estudo	54
5.2	Características de condições de saúde da população investigada	59
5.3	Estilo de vida	62
5.4	Morbidade	75
6	Discussão	95

7 Conclusões-----	124
8 Referências -----	128
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -----	140
ANEXO B – Termo de Ciência da Secretaria Executiva -----	143
ANEXO C – Questionário Inquérito RIDE-DF Módulo Domiciliar-----	145
ANEXO D – Questionário Inquérito RIDE-DF Módulo INDIVIDUAL A -----	156
ANEXO E – Questionário Inquérito RIDE-DF Módulo INDIVIDUAL B -----	160
ANEXO F – Questionário Inquérito RIDE-DF Módulo INDIVIDUAL C -----	164
ANEXO G – Questionário Inquérito RIDE-DF Módulo INDIVIDUAL D-----	170
ANEXO H – Folha de Informação sobre Setores, Domicílios e Pessoas a Entrevistar-FIS -----	183
ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética -----	187
ANEXO J – Orientações Gerais -----	189
ANEXO K – Aspectos Metodológicos para definição de indicadores monitorados segundo VIGITEL BRASIL 2010 -----	193
ANEXO L - Comprovante de submissão de artigo à Revista Brasileira de Epidemiologia-----	200

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar da riqueza dos dados e informações geradas pelos sistemas de informações em saúde se reconhece que os mesmos apresentam limitações em captar informações referentes a diversas dimensões do processo saúde-doença, da magnitude de certos eventos e agravos a saúde, da qualidade e cobertura da assistência prestada, dos comportamentos e hábitos da população. Dessa forma, os inquéritos populacionais constituem uma ferramenta de grande utilidade para se aproximar da real dimensão dos problemas de saúde-atenção de uma determinada população.<sup>(1)</sup>

O desenvolvimento de inquéritos em âmbito nacional de forma sistemática e periódica constitui um meio utilizado por alguns países nas investigações epidemiológicas sobre morbidade, fatores de risco, utilização de serviços de saúde e qualidade da atenção prestada, sob a perspectiva do usuário.<sup>(2)</sup>

Nos países desenvolvidos, os inquéritos de saúde de base populacional tiveram avanços mais significativos a partir da década de 1960 e, em períodos posteriores, passaram a ser aplicados com maior frequência também nos países subdesenvolvidos. Nos Estados Unidos, inquéritos periódicos de saúde foram iniciados no final da década de 1950. O “*National Health Interview Survey*” (NHIS) foi realizado pela primeira vez em 1957 e, desde 1960, passou a ser aplicado anualmente pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), com o objetivo de monitorar as tendências de morbidades e de incapacidades.<sup>(3)</sup>

O NCHS implementou inquérito que associa entrevistas com exames clínicos na mesma época de início do NHIS. O *Health Examination Survey* (HES) foi conduzido de 1960 a 1970 e, a partir de então, foi substituído pelo *National Health and Nutritional Examination Surveys* (NHANES), que passam a ser conduzidos periodicamente a partir do ano de 1999.

Nos Estados Unidos o *Behaviour Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) começou a ser desenvolvido a partir da década de 1980, e constitui o

maior sistema de vigilância por telefone realizado mundialmente, visando a coleta de informações referentes a fatores de risco comportamentais. Em 1994 todos os Estados Americanos já estavam participando deste sistema.<sup>(4)</sup>

Em 1943-1952 o Reino Unido teve seu primeiro inquérito de morbidade que recebeu o nome de *Survey of Sickness*, e a partir do ano de 1971 o *General Household Survey* (NHS) começou a ser aplicado anualmente. Em 1991, começou a ser aplicado o *Health Survey for England* (HSE), direcionado à população com faixa etária a partir de 16 anos, e a partir do ano de 1995 incluiu na pesquisa crianças como objeto de estudo.

No Brasil, mais especificamente em Ribeirão Preto, em 1970 foi realizado inquérito de base populacional sobre morbidade referida assim como uso de serviços de saúde, posteriormente outras pesquisas foram desenvolvidas como o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), dando seguimento nos anos seguintes para a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). No ano de 1989 foram desenvolvidas a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS). Em 1996-1997 foi desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV). A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) que teve seu desenvolvimento a partir do ano de 1967, adquiriu ao longo dos anos grande notoriedade nacional por seu poder de cobertura e periodicidade.<sup>(5)</sup>

Em 2002 / 2003 foi realizado pelo Instituto Nacional do Câncer a primeira grande pesquisa nacional sobre práticas preventivas e comportamentos relacionados à saúde a pedido da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Posteriormente foi desenvolvido no país o sistema de vigilância de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis através do uso de inquéritos por telefone nas capitais brasileiras (VIGITEL), com periodicidade anual desde o ano de 2006.<sup>(6)</sup>

No ano de 2013 encontra-se prevista a realização da Pesquisa Nacional de Saúde.<sup>(7)</sup>

Os inquéritos populacionais constituem, portanto, uma importante ferramenta que fornece informações para o conhecimento da situação de

saúde-doença e de acesso aos serviços de saúde de determinada população. São instrumentos que permitem monitorar o estado de saúde das populações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas na área de saúde.<sup>(8)</sup>

A vigilância é considerada componente essencial para descrever o perfil epidemiológico da população mundial quanto ao desenvolvimento e evolução das DCNT no mundo. Desempenha um papel fundamental para as questões do planejamento, avaliação, tomada de decisões, e desenvolvimento de políticas públicas de saúde no que diz respeito à prevenção e controle das mesmas.

As experiências com a vigilância das doenças infecciosas no Brasil podem ser consideradas exitosas. Porém, não há muitas experiências relatadas na literatura de referência no que diz respeito a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, o que faz com que a implantação de um modelo de rede de atenção às DCNT adequado à realidade nacional seja um desafio para pesquisadores, gestores, e profissionais que atuam na área.<sup>(9)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde a vigilância deve ser centrada nas seguintes ações: 1) monitoramento das doenças; 2) vigilância integrada dos fatores de risco; 3) indução de ações de prevenção e controle e de promoção à saúde; e 4) monitoramento e avaliação das intervenções.<sup>(10)</sup>

Um dos propósitos principais dos inquéritos diz respeito a estimar a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente a maior causa de óbitos no mundo, representando cerca de 63% dos 57 milhões de mortes ocorridas no ano de 2009, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 48% dos óbitos, o câncer por 21%, as doenças respiratórias 12%, e a diabetes 3%. Mais de 9 milhões dessas mortes ocorreram antes dos indivíduos completarem 60 anos e poderiam ter sido evitadas na maioria dos casos. As mortes prematuras por DCNT variam de 22% entre os homens e 35% nas mulheres em países subdesenvolvidos, enquanto que essa variação foi de 8% nos homens e 10% nas mulheres em países desenvolvidos.<sup>(11)</sup>

De acordo com estimativas publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 74% do total de óbitos no ano de 2009, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 33% dos óbitos, o câncer 16%, as doenças respiratórias 6%, a diabetes 5%, e outras DCNT 14%.<sup>(11)</sup>

São considerados os principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de DCNT: o tabagismo, o sedentarismo, o consumo exagerado de álcool, e ausência de dieta saudável, dentre outros fatores menos expressivos.<sup>(11)</sup> A exposição a esses quatro principais fatores de risco comportamentais permanece alta em todo o mundo, e continuam aumentando na maior parte dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

Por essas e outras razões os estudos epidemiológicos são de fundamental importância para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento, condições que influenciam essa dinâmica de risco dentro de uma comunidade. Considerando que não existem estratégias de vigilância direcionadas a captação de dados na rotina dos serviços relacionados aos principais fatores de risco e DCNT, o emprego de indicadores de morbidade referida em entrevistas domiciliares em populações delimitadas, vem sendo cada vez mais reconhecidos no meio científico como ferramenta chave. Isto porque, ainda que necessárias, as informações obtidas dos serviços de saúde referem-se à demanda e não à comunidade, podendo levar a equívocos dos quadros de morbidade, em grupos populacionais. Além disso, os registros de dados de rotina nem sempre são completos o suficiente para gerar indicadores precisos para uma determinada população.<sup>(12)</sup>

Avaliar a morbidade junto à população significa tentar descobrir o componente submerso do processo saúde/doença – a "morbidade percebida", ou "sentida" ou ainda "reprimida", sem acesso aos serviços, possibilitar a análise da determinação social desse processo e, por fim, subsidiar o planejamento de cuidados à saúde, em diferentes níveis geográficos ou administrativos.<sup>(13)</sup>

Ressaltando ainda mais a relevância dos inquéritos epidemiológicos, diz respeito à possibilidade do cálculo de indicadores para uma avaliação mais



precisa do estado de saúde da população, assim como da assistência prestada pelo sistema de saúde e suas possíveis associações.<sup>(14)</sup>

A realização de inquéritos especiais em áreas geográficas delimitadas é pertinente para o cálculo de indicadores gerados pelos inquéritos de âmbito nacional cujo nível de desagregação corresponde às Unidades Federadas e, em alguns casos, às capitais, não sendo possível obter dados e informações em nível loco-regional impossibilitando a identificação de grupos populacionais vulneráveis.

A região do entorno é parte integrante da Capital Federal desde a criação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) mediante Lei Complementar de n. 94, em 12 de fevereiro de 1998, e com isso uma série de problemas de ordem social, desequilíbrios intrarregionais acumulam-se ao longo dos anos desde a sua institucionalização, sendo assim, é preciso instrumentalizar com dados precisos e relevantes o poder público, as regionais administrativas competentes para que tratem de forma adequada e efetiva os problemas que vêm se avolumando na região ao longo dos anos.<sup>(15)</sup>

A região do Entorno Sul do DF, recorte deste estudo, é constituída por sete municípios: Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas, Novo Gama, Valparaíso de Goiás, Luziânia, Cidade Ocidental e Cristalina. Os municípios do Entorno Sul apresentam a maior concentração populacional da RIDE e um alto grau de dependência em relação ao Distrito Federal, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde pública, principalmente os de alta complexidade levando a uma sobrecarga da rede do DF, relações de trabalho, e relações comerciais.<sup>(16)</sup>

Esta pesquisa surge com o projeto de “*Apoio a Regionalização dos Municípios da Região Integrada de Desenvolvimento de Goiás*”, da Universidade Federal de Goiás – UFG e deu início a um projeto mais abrangente denominado “*Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)*”, que tem como principais objetivos coletar dados que possibilitem cálculos de indicadores para avaliação do desempenho do

sistema de saúde, condições de saúde, indicadores mais precisos sobre a população, e assistência em saúde, com ênfase voltada para atenção básica, nos 19 municípios de Goiás que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) e na Regional de Saúde do Paranoá, do Distrito Federal. O instrumento de coleta de dados corresponde à primeira versão do questionário a ser utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) prevista para o ano de 2013 que aborda diversas dimensões do processo saúde-doença-atenção desde a perspectiva do usuário.<sup>(7)</sup>

O inquérito na RIDE-DF constitui o primeiro estudo piloto do questionário inicialmente proposto e teve como objetivo verificar: a compreensão da linguagem utilizada pela população; inconsistências e problemas no instrumento; planejamento do tempo de execução e do custo por entrevista.

Além do DF, a RIDE é composta por 19 municípios do Estado de Goiás e três de Minas Gerais, sendo divididos em quatro regiões, a saber: Entorno Sul, Entorno Norte, Região dos Pirineus e Macro Região de Unaí.<sup>(17)</sup>

Esta região, ainda, é marcada por um crescimento desordenado, não se conhece a fundo dados mais precisos que possam descrever a situação real dessa população em muitos aspectos, e por estar muito próxima à Capital Federal exerce uma pressão muito grande no Distrito Federal. Grande parte da população do Entorno Sul busca bens de consumo, serviços de saúde, atividades laborais no Distrito Federal.<sup>(16)</sup>

Neste contexto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil socioeconômico e a situação de saúde da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF. Trata-se do primeiro inquérito de saúde de base populacional da Região do Entorno Sul do Distrito Federal.

Serão abordados aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica, auto-avaliação do estado de saúde, estilo de vida, morbidade e acesso aos serviços de saúde sob a perspectiva da população residente na região como componentes das condições de saúde desta população. Os dados e informações têm como propósito apoiar o planejamento

de ações, a programação e avaliação de medidas de intervenção a serem adotadas, pois as informações constituirão uma linha de base que poderá subsidiar a identificação de problemas e necessidades, carências imediatas da região, sinalizando as prioridades para futuros planejamentos de políticas públicas de saúde para a região do entorno em curto, médio e longo prazo.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Inquéritos epidemiológicos de base populacional**

Os primeiros estudos que tratam da complexidade dos processos de transformação dos padrões de saúde/doença no mundo assim como de sua interação com determinantes demográficos, sociais, e econômicos datam do século XX.<sup>(18)</sup>

Estudos epidemiológicos são de fundamental importância para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento, condições que influenciam essa dinâmica de risco e controle dentro de uma comunidade. Os inquéritos populacionais são peças-chave para o planejamento em saúde, é considerado o principal instrumento a ser utilizado no planejamento de políticas públicas, avaliação, assim como para conhecer a prevalência das doenças crônicas, descrever as limitações temporárias e ou permanentes causadas por essas doenças em relação às atividades de vida diária dessa população estudada. Por meio de inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde, e não apenas das doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença.<sup>(8)</sup>

Nesse sentido, a epidemiologia voltada para a saúde pública busca a compreensão do processo saúde/doença no âmbito populacional, oferecendo uma visão mais abrangente desse processo. É fundamentada no raciocínio causal, possibilitando-se, através desses estudos, o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas à proteção e promoção da saúde da comunidade. Ressaltando que é instrumento imprescindível para desenvolver políticas públicas no setor de saúde, levando em conta todo conhecimento disponível, informações disponíveis nas estatísticas nacionais, adaptando os achados às realidades regionais.

Nas últimas décadas, o Brasil viveu um acelerado processo de mudanças sociais e demográficas. Da década de 1960 para 2012, a população brasileira deixou de ser em sua maior parte rural para ter mais de 80% de seus

habitantes vivendo ou mudando para os grandes centros urbanos. A frequência de analfabetismo caiu consideravelmente de 40% para 10%. O tamanho das famílias brasileiras também diminuiu e o número médio de filhos das mulheres reduziu de seis para menos de dois filhos.<sup>(19)</sup>

Somando às mudanças sociais e demográficas, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, contribuiu significativamente para melhorias na saúde da população brasileira. Grandes avanços na acessibilidade universal aos cuidados de saúde foram alcançados e programas nacionais de saúde, a exemplo do programa de imunizações, do uso da terapia de reidratação oral, e do programa de tratamento para HIV/AIDS, tornaram-se referência em todo o mundo. O Brasil atravessava uma nova fase no cenário da saúde pública.<sup>(19)</sup>

Com tudo isso, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou dos 50 anos na década de 1960 para ultrapassar os 73,4 anos de idade em 2012. Dentro desse novo cenário, problemas de saúde associados ao envelhecimento, como obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias, depressão, doenças articulares têm se destacado cada vez mais no cenário da saúde pública.<sup>(19)</sup>

Entretanto, em um país como o Brasil de elevada desigualdade social associada à rápida e desorganizada ocupação das áreas urbanas levaram ao surgimento de favelas, zonas de assentamento com inadequadas condições de saneamento e habitação, onde doenças transmissíveis continuam a existir.

Nesse cenário destacam-se, ainda, as doenças infecciosas associadas à baixa escolaridade, pobreza ou a falta de infraestrutura urbana. Podemos mencionar como importantes problemas de saúde pública as infecções respiratórias, as doenças diarréicas, a hanseníase, a leptospirose e a dengue.<sup>(10)</sup>

Um dos grandes desafios para a saúde pública no Brasil é lidar com a complexidade epidemiológica das doenças que emergiram no País nas últimas décadas. É que, se por um lado as doenças associadas ao envelhecimento são as que predominam na população em geral, em determinados grupos populacionais ainda continuam sob elevado risco de adquirir doenças

infecciosas. Assim sendo, é necessário diante do cenário da saúde brasileira vontade política para mudar e ajustar esta realidade às reais necessidades de enfrentamento com base nas prioridades mais importantes no país.<sup>(20)</sup>

Novos estudos epidemiológicos, políticas públicas de saúde com foco na prevenção, controle e promoção da saúde vão precisar cada vez mais ser direcionadas para os agravos que se tornaram mais prevalentes com a transição epidemiológica que o país vive, mas sem deixar de contemplar os antigos problemas de saúde que persistem ou que ressurgem a cada dia em diversas regiões do País.<sup>(10)</sup>

Os inquéritos de saúde de base populacional vem sendo desenvolvidos desde a década de 1960, periodicamente são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas de saúde.

Partindo do princípio de que somente por meio de inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença, a regional europeia da OMS desenvolveu, ao longo da década de 1990, o projeto Eurohis, voltado à formulação de instrumentos e métodos comuns para serem aplicados em inquéritos de saúde na Europa.<sup>(21)</sup>

Tais instrumentos e métodos constituem-se numa forma rápida de unir dados originados por diferentes iniciativas sobre as mesmas pessoas ou domicílios, sendo eficazes para identificar subgrupos populacionais e caracterizar sua situação de saúde. Também podem ser considerados meios rápidos, com custo benefício razoável para coleta de dados importantes para a formulação/avaliação de políticas de saúde.<sup>(21)</sup>

O *National Health Interview Survey (NHIS)*, realizado pela primeira vez em 1957, coleta informações auto-referidas sobre a ocorrência anual de doenças agudas e acidentes, existência de doenças crônicas e incapacidades, e utilização de serviços de saúde. Atualmente a amostra inclui 40.000 domicílios e cerca de 102.000 indivíduos.

Quanto ao NHANES, que foi a campo pela primeira vez em 1971, os dados são coletados pelo exame físico das pessoas incluindo medidas

bioquímicas e fisiológicas, o que torna mais objetiva a caracterização do estado de saúde, e evita os problemas relacionados com a morbidade referida.<sup>(22)</sup>

Nos Estados Unidos existem vários inquéritos de base populacional específicos como o *National Immunization Survey* (NIH), o *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA) e o *National Health Care Survey* (NHCS), entre outros.<sup>(22)</sup>

Atualmente, algumas iniciativas vêm sendo tomadas no sentido de associar as informações do NHIS com o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), o que garantirá uma melhor qualidade das análises sobre as condições de saúde, a prevalência de doenças crônicas, a cobertura dos serviços de saúde e uso e gasto com utilização de serviços.<sup>(22)</sup>

Na Inglaterra, ainda que os censos demográficos decenais incluam informações sobre saúde, o que possibilita fazer estimativas até para pequenas áreas, o monitoramento das condições de saúde, de comportamentos prejudiciais à qualidade de vida e do uso de serviços de saúde da população é feito através de inquéritos contínuos, sendo os mais importantes o *General Health Survey* (GHS), que vai a campo desde 1971, e o *Health Survey for England* (HSE), implantado em 1993. Existem ainda numerosas pesquisas que foram a campo nos anos 1990, dirigido para problemas específicos de saúde.<sup>(23)</sup>

No Canadá, o *National Population Health Survey* (NPHS), cujos dados já foram coletados no biênio 1994-1995 e posteriormente em 1998-1999, é um inquérito que vai a campo a cada dois anos, cobrindo cerca de 17 mil domicílios e aborda dimensões sobre condições de saúde, uso de serviços de saúde, condições de trabalho e hábitos de vida que influenciam as condições de saúde. Além desse inquérito de abrangência nacional, existem também diversas iniciativas desenvolvidas ao nível das províncias.<sup>(24)</sup>

Os inquéritos de saúde em geral cobrem um variado repertório sobre as medidas de saúde e do uso de serviços de saúde. Alguns aspectos metodológicos sobre as dimensões mais comumente incorporadas nessas pesquisas incluem medidas do estado de saúde, da ocorrência de doenças, de fatores de risco, de acesso e uso de serviços de saúde, da cobertura por

planos de saúde, e de aspectos demográficos e sociais do informante ou do domicílio.<sup>(25)</sup>

A insuficiência e precariedade freqüentes dos sistemas nacionais de informação são um constante obstáculo na construção de indicadores necessários para monitoramento, e avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde.

Uma avaliação feita sobre o sistema de estatísticas de saúde dos Estados Unidos identificou vários problemas, tais como a superposição e duplicação de dados e, conseqüentemente, ineficiência na produção de informações; o acesso muito restrito aos dados gerados por serviços de saúde do setor privado; a fragmentação da coleta de dados e a falta de padronização de terminologias e definições das variáveis, que comprometem a possibilidade de comparação de dados de diferentes fontes e a comunicação entre as bases de dados; deficiências na disseminação das informações aos profissionais de saúde; falta de uma política mais geral que defina procedimentos de coleta e disseminação de informações; pouca capacidade das bases de dados para gerar informações para o nível local ou para subgrupos populacionais, e a baixa capacidade dos sistemas de informações para permitir um acompanhamento longitudinal com uma visão integrada dos processos de prevenção e tratamento de doenças e os resultados nos níveis de saúde da população.<sup>(26)</sup>

Nesse contexto de limitações os inquéritos domiciliares de base populacional entram gerando indicadores mais precisos, não somente sobre a morbidade referida, mas também sobre o estilo de vida da população estudada, comportamentos saudáveis, a auto-avaliação de saúde da população, assim como acessibilidade e funcionalidade da assistência de saúde.<sup>(8)</sup>

Através dos inquéritos de saúde, é possível gerar vários indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, tais como acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços buscados, características sócio-demográficas, que possibilitam investigar as relações entre as diversas variáveis.<sup>(27)</sup>



Em particular, as informações obtidas por meio dos inquéritos de saúde podem complementar, de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde.<sup>(28)</sup>

Os inquéritos de base populacional são considerados ferramenta fundamental para se conhecer com mais precisão a situação do processo saúde/doença, o acesso aos serviços de saúde da população investigada. Constituem instrumentos que permitem assim monitorar as condições de saúde da população de determinada região possibilitando a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas públicas de saúde, programas de saúde, e subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas na área de Saúde Pública.<sup>(8,29,27)</sup>

Na medida em que os inquéritos se desenvolvem, observamos o ator principal desse processo de construção de indicadores, que é a população estudada. Na medida em que o indivíduo entrevistado autorreferência sua condição de saúde, como ele referencia sua experiência ao buscar o serviço de saúde, é possível a partir daí, planejar ações e políticas públicas nesse setor mais efetivas e abrangentes para atender as demandas reais dessa determinada população.<sup>(14)</sup>

Muitos inquéritos de base populacional têm sido desenvolvidos no Brasil nas últimas décadas, com intuito de gerar informações em diversas dimensões da saúde e qualidade de vida, tais como o Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF, 1974/75 que investigou o consumo alimentar e orçamentos das famílias; Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF 1987-1988, 1995-1996 e 2008-2009; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, 1996 e no mesmo ano a Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – PNSMIPF.<sup>(29)</sup> A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) foi sucessivamente incorporando novos temas relacionados à saúde, fruto da parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outros Ministérios como o da Saúde, tais como: Acesso e utilização de serviços de saúde em 2003, Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e

fatores de risco e proteção à saúde e a Pesquisa especial sobre Tabagismo em 2008 e o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.<sup>(30)</sup>

A Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) promovida pela Organização Mundial de Saúde que, no Brasil foi conduzida no ano de 2003, teve como objetivo estabelecer parâmetros consistentes para avaliar o estado de saúde da população e a assistência prestada de acordo com as expectativas da população que utilizava os serviços de saúde, além de descrever as desigualdades socioeconômicas em saúde.

Como ponto de partida para a estruturação da proposta de um modelo que avalie o desempenho dos sistemas de saúde componentes do SUS, utilizou-se, como fundamento teórico, o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).<sup>(31)</sup>

No modelo proposto pelo PRO-ADESS, os determinantes de saúde ambientais, sociodemográficos, comportamentais e biológicos (1ª dimensão) dão as condições de saúde da população, expressas pelo bem estar, estado funcional, morbidade e mortalidade (2ª dimensão).<sup>(31)</sup>

As condições de saúde devem ser identificadas pelos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, buscando-se discriminar seus impactos em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, ao dar uma medida da magnitude dos problemas, indica as necessidades de saúde, que podem ser confrontadas com a adequação da estrutura do sistema de saúde existente, caracterizada pela condução, financiamento e recursos (3ª dimensão). Esta estrutura, mais ou menos adequada, pode, então, ser avaliada em seu desempenho em alterar positivamente as condições de saúde e seus determinantes (4ª dimensão) considerando acesso, aceitabilidade, respeito aos direitos das pessoas, continuidade, adequação, segurança, eficiência e efetividade.<sup>(31)</sup>

Em 2005, o instrumento utilizado na PMS foi adaptado para a avaliação voltado para atenção básica em saúde – Pesquisa Mundial de Saúde –

Atenção Básica (PMS-AB), aprofundando ainda mais no desempenho do Programa de Saúde da Família e o inquérito realizado em municípios com mais de 100.000 habitantes do Estado do Rio de Janeiro e das Regiões Norte e Nordeste.<sup>(14)</sup>

A aplicação de inquéritos para a avaliação da saúde da população é prática incipiente nos países em desenvolvimento. No Brasil, o Ministério da Saúde tem feito esforços com o intuito de formular questionários amostrais. Um dos exemplos é a condução do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) em 1998, 2003 e 2008.

Contudo, o país até hoje não realizou uma pesquisa, em âmbito nacional, que apure informações necessárias à formulação de políticas na área de promoção, vigilância e atenção à saúde dos brasileiros.<sup>(32)</sup>

Tal carência está sendo superada com a elaboração das diretrizes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), prevista para 2013, a ser realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e vai incorporar o novo Sistema de Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE, que entre outras vantagens, permitem o uso de informações sobre as condições socioeconômicas do entorno domiciliar.

O planejamento da PNS deu início no ano de 2010 por meio da conformação de um grupo gestor (Portaria GM de 25 de agosto de 2010) que envolve a Secretaria de Vigilância em Saúde (coordenação), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria Executiva e a Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde.<sup>(33)</sup>

O processo de elaboração da PNS está sendo feito em quatro etapas. A primeira se constituiu na consulta a pesquisadores brasileiros e estrangeiros, com experiência em participação em inquéritos, e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS). Os consultores do Ministério da Saúde responderam a questões relativas ao planejamento da PNS, incluindo informações sobre conteúdo e forma de condução do inquérito. A segunda etapa incluiu o presente estudo que serviu de estudo piloto e foi conduzido de setembro de 2010 a abril de 2011 na Região do Entorno Sul da RIDE-DF e tinha como propósitos verificar como a população aceitava o questionário, o

tempo de duração das entrevistas, a linguagem apropriada, e os indicadores sinalizados.

A terceira etapa foi uma consulta pública sobre a PNS. Para essa etapa foi criado um site do projeto de planejamento da PNS, para que toda a sociedade participasse da elaboração e acompanhasse todo o processo da pesquisa. Na página foi disponibilizado um “Fale Conosco”, aberto a sugestões de itens a serem incluídos no questionário para posterior averiguação pela equipe técnica. Por fim, a quarta e última etapa um projeto piloto final que será conduzido por profissionais do IBGE, em 2012.<sup>(33)</sup>

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) como o próprio nome já diz é uma pesquisa de âmbito nacional a ser realizada a cada cinco anos, a partir de 2013, em 60 mil domicílios do país. A PNS prevê duas frentes de ação simultâneas: a coleta de informações a partir de entrevistas domiciliares e individuais; e a realização de exames de sangue, aferição de pressão arterial e medição de peso, altura e circunferência de cintura. Profissionais do IBGE serão encarregados da amostragem e execução do trabalho de campo, enquanto os exames laboratoriais e a coleta de sangue ficarão a cargo de técnicos do Ministério da Saúde. A análise e a divulgação dos dados serão realizadas pelas duas instituições.

## **2.2 Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF)**

A região do entorno é parte integrante da Capital Federal desde a criação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) mediante Lei Complementar de n. 94, em 12 de fevereiro de 1998.<sup>(15)</sup>

A Lei Complementar n. 94/1998 foi regulamentada pelo Decreto de n. 2.710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto n. 3.445, de 04 de maio de 2000, na estrutura do Ministério da Integração Nacional, para efeitos de

articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, de Minas Gerais e do Distrito Federal, tendo em vista que a RIDE é constituída pelo Distrito Federal, 19 municípios do Estado de Goiás e três municípios do Estado de Minas Gerais.<sup>(15)</sup>

O Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - COARIDE tem a finalidade de: coordenar as ações dos entes federados que compõem a RIDE, visando ao desenvolvimento e à redução de suas desigualdades regionais; aprovar e supervisionar planos, programas e projetos para o desenvolvimento integrado da RIDE; programar a integração e a unificação dos serviços públicos que sejam comuns à RIDE; indicar providências para compatibilizar as ações desenvolvidas na RIDE com as demais ações e instituições de desenvolvimento regional; harmonizar os programas e projetos de interesse da RIDE com os planos regionais de desenvolvimento; coordenar a execução de programas e projetos de interesse da RIDE.

O Decreto No. 7.469 de 4 de maio de 2011 <sup>(7)</sup> que Regulamenta a Lei Complementar No. 94, de 12 de fevereiro de 1998 <sup>(15)</sup>, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, com isso espera-se a implementação de programas e projetos prioritários para a RIDE-DF, principalmente no que se refere à infraestrutura básica e geração de empregos.<sup>(17)</sup>

O entorno é formado por uma rede de municípios que, em sua maioria, são de médio e pequeno porte. De acordo com dados censo demográfico de 2010, a RIDE-DF apresenta uma área de 57.169,99 km<sup>2</sup> com uma população estimada de 3.732.063 habitantes, dos quais 1.128.280 habitantes residem nos municípios do entorno ao DF.<sup>(19)</sup>

Bem ao centro do território está a área mais densa, composta pelo Distrito Federal, detentor de 69% da população e seus municípios limitrofes. Há uma grande área na direção sul da BR-040, incluindo-se nessa região os municípios de Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Novo Gama e Luziânia que representam juntos 12,3% da população da RIDE-DF e Entorno. Outros

municípios que podem-se também considerar como área metropolitana de Brasília e cuja população exerce relações comerciais fortes com a Capital Federal são: Águas Lindas de Goiás em direção da BR-070, Formosa nas margens da BR-020, Planaltina nas margens da BR-010, e Santo Antônio do Descoberto nas margens da BR-060.

Os municípios da RIDE-DF estão divididos em quatro regiões, a saber: Entorno Sul, Entorno Norte, Região dos Pirineus e Macro Região de Unaí. Compõem a Região do Entorno Sul os Municípios de Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso. A Região do Entorno Norte inclui os municípios de Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina, e Vila Boa. Os municípios de Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo e Pirenópolis compõem a Região dos Pirineus. A Macro Região de Unaí esta composta por três municípios do Estado de Minas Gerais: Unaí, Buritis e Cabeceira Grande (Figura 1).<sup>(15,34)</sup>



Figura 1. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal – RIDE/DF.  
Fonte: CODEPLAN, 2009

O crescimento populacional dos municípios da RIDE/DF, bem como a mudança na economia dessas unidades territoriais, ocorre a partir da consolidação e expansão de Brasília, pois grande parte da população atraída pelo DF não consegue se abrigar na Capital Federal transbordando para além dos seus limites.<sup>(16)</sup>

De acordo com as informações obtidas no censo 2010<sup>(19)</sup> observou-se um crescimento da RIDE-DF de 2,3%, no período de 2000 a 2010. Sendo que os municípios de Goiás tiveram um crescimento de 2,6%, os municípios de Minas Gerais 1,0% e o DF 2,3% (Figura 2).<sup>(19)</sup>

Pode-se notar que os municípios do Estado de Goiás apresentaram maior taxa de crescimento, fato provavelmente decorrente de essa região ser composta por 19 municípios (o maior conjunto da RIDE-DF). Essa situação também pode ter sido causada pela migração de moradores do DF para os

municípios da RIDE, chamados de Entorno, em busca de custo de vida menor, pela proximidade que estes municípios têm com a Capital Federal.

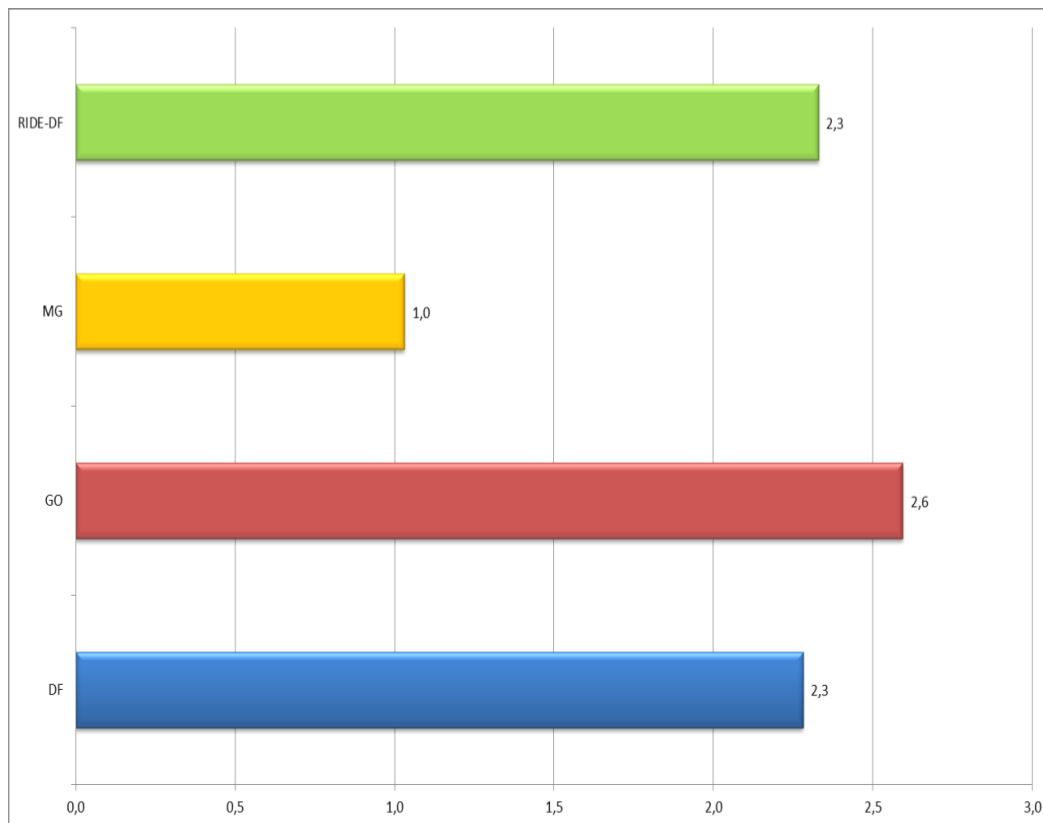


Figura 2. Taxa de Crescimento por Unidade da Federação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal – RIDE-DF, 2000 / 2010.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000 e 2010.

MG = Minas Gerais; GO = Goiás; DF = Distrito Federal

As razões para o deslocamento da população em direção as regiões vizinhas do Distrito Federal (entorno) podem ser várias. Supõe-se que a diminuição da oferta de imóveis e a especulação, com a elevação dos preços dentro do seu território, e as restrições ao uso do solo, assim como a migração em busca de custo de vida mais baixo. Estas dificuldades levaram milhares de pessoas a tomar o caminho da ilegalidade e várias áreas foram ocupadas, por meio do processo de grilagem e a consequente criação de novos bairros denominados condomínios. Um redirecionamento dos migrantes para o entorno continuam elevadas até os dias atuais.<sup>(35)</sup>

No que diz respeito a investimentos públicos em infraestrutura em toda a região, o capital aplicado em setores produtivos, e a grande massa



populacional que migrou para a região a partir do surgimento de Brasília, promoveram novas modificações intrarregionais. Uma nova configuração territorial entrava em curso e entre os resultados estão as atuais peculiaridades e problemas existentes no Distrito Federal e em todo o seu Entorno.<sup>(36)</sup>

Essa relação de interdependência ocorre, principalmente, em função da intensa concentração no Distrito Federal de infraestrutura em setores como a saúde e a oferta de emprego, o que faz com que o fluxo existente de pessoas dos municípios do entorno, muitos migrantes do Distrito Federal, seja expressivo e constitua um forte movimento de migração pendular.

O Entorno Sul, segundo CODEPLAN <sup>(16)</sup>, tem crescimento mais intenso sendo formado por principalmente por: Luziânia, Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas de Goiás (Tabela 1). No Entorno Norte, apenas Formosa e Planaltina de Goiás, recebe impacto do fluxo populacional vindo do DF com mais intensidade.

Tabela 1. Municípios do Entorno Sul que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE-DF, área em quilômetros quadrados e população por município de acordo com o último censo demográfico , 2010.

Municípios do Entorno Sul	Área (km <sup>2</sup> )	População
Águas Lindas de Goiás	191,198	157.323
Cristalina	6160,722	47.537
Luziânia	3961,536	174.546
Novo Gama	194,675	92.788
Santo Antônio do Descoberto	938,309	61.791
Valparaíso de Goiás	60,111	122.771
Cidade Ocidental	388,162	55.883
<b>Total</b>	<b>11894,713</b>	<b>712.639</b>

Fonte: Censo IBGE, 2010

A migração intensa entre a população menos favorecida dos núcleos urbanos periféricos do Distrito Federal e os municípios goianos e mineiros vizinhos, é um indicador que aponta para o fluxo existente nessa região.

Na estruturação da RIDE/DF são identificados vários problemas de infraestrutura que entram o seu funcionamento, principalmente aqueles relacionados ao transporte público coletivo e as questões relacionadas às barreiras sanitárias, cujas dificuldades são enormes.

Segundo dados do Censo Demográfico <sup>(19)</sup>, a RIDE-DF teve um produto interno bruto de R\$ 125.7 bilhões no ano de 2010. Pode-se dizer que é a terceira região mais rica do Brasil, ainda que a mesma não siga os mesmos modelos técnicos de organização espacial como outras regiões do país. Não é uma região metropolitana, apesar de já ser considerada como tal, tão pouco pode ser classificada como uma mesorregião, quando na verdade é composta por parte da microrregião do Entorno do Distrito Federal no estado de Goiás, excluído o município de Vila Propício, três municípios da Microrregião de Unaí no estado de Minas Gerais e o próprio DF que em alguns momentos é classificado como município, em outros como Estado e ainda como microrregião e também mesorregião. A verdade é que o Distrito Federal, independente dos demais municípios, só tem PIB menor que a Mesorregião Metropolitana de São Paulo e a Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro.<sup>(19)</sup>

Percebe-se então que a RIDE-DF é uma região que tem a circulação financeira muito concentrada no núcleo de seu território, acentuando a dependência para a geração de emprego e renda, justificando assim o grau de dependência com a Capital Federal, e os grandes movimentos pendulares diários dos municípios fronteiriços, assim como as Regiões Administrativas do Distrito Federal para o Plano Piloto de Brasília, que concentra a maior parte dos serviços e postos de trabalho para essa população.<sup>(19)</sup>

Ainda segundo dados do Censo Demográfico <sup>(19)</sup> o Distrito Federal concentra 93,58% do PIB em relação a RIDE-DF sobretudo no setor de serviços em geral, mas tem uma participação expressiva também nos demais

setores, apresentando o 10º maior PIB industrial e o 14º maior PIB agropecuário entre os municípios do Brasil.

No campo da agropecuária, Unaí, que também faz parte da RIDE-DF, município pertencente ao Estado de Minas Gerais teve um PIB agropecuário de R\$ 512 milhões, sendo o maior da RIDE-DF e Entorno, e o 6ª maior do país.

A Capital Federal Brasília, Cristalina, Buritis e Luziânia também aparecem no ranking nacional entre os 100 melhores colocados, ocupando respectivamente a 14ª, 16ª, 68ª e 85ª posições, despontando a região como uma das mais importantes para a agropecuária no Brasil.<sup>(19)</sup>

Na indústria o grande forte é sem dúvida a construção civil. No Distrito Federal corresponde a 56,6% do setor, e segundo dados do IBGE/2008 movimentou nesse ano um total aproximado de R\$ 3.7 bilhões. O município de Luziânia é o único município do entorno a ter um parque industrial de destaque, sobretudo devido à indústria de alimentos. No ano de 2008 teve movimentação industrial de aproximadamente R\$ 600 milhões.<sup>(37)</sup>

No que diz respeito a serviços o setor da Administração Pública tem grande peso na formação do PIB do Distrito Federal, e às vezes leva a uma visão equivocada de que toda a economia do DF se resume a esse parte. Na verdade, assim como a economia fluminense tem grande dependência da indústria extrativista, por exemplo, para dinamizar outros tantos setores de sua economia, em Brasília o setor público funciona como mola propulsora, mas paralelamente outros serviços se desenvolveram fortemente, destacando-se os serviços financeiros, os serviços de informação, atividades imobiliárias, empresas que terceirizam os serviços prestados a empresas, dentre outros.<sup>(37)</sup>

O município de Luziânia destacou-se como o maior exportador da RIDE-DF e Entorno, ocupando em novembro de 2010 a 102ª posição no Ranking Nacional de acordo com publicação mensal do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, totalizando R\$ 348 milhões de reais nos primeiros 11 meses do ano. A principal matéria exportada foi a soja e seus derivados, assim como milho e seus derivados.<sup>(38)</sup>

A estruturação econômica da RIDE-DF está apoiada no setor terciário, responsável por grande parcela da renda e empregos gerados, o que

demonstra a influência marcante da estrutura administrativa da Capital do País. A maior parte dos municípios integrantes da RIDE é altamente dependente dos repasses de recursos dos Estados e da União, o que significa que eles têm baixa capacidade de geração de renda própria.<sup>(39)</sup>

A dinâmica imobiliária residencial é que formou essa grande periferia ao redor da Capital Federal, e com essa popularização descontrolada a gestão desse território não criou mecanismos que estimulassem essa desconcentração ao longo dos anos, alguns municípios integrantes da RIDE-DF nem mesmo mantêm uma relação mais estreita que caracterize uma dependência com o DF. Com o passar dos anos os indicadores socioeconômicos apontam cada vez mais para um grande aprofundamento das desigualdades desses municípios em relação ao Distrito Federal.<sup>(40)</sup>

De acordo com a CODEPLAN <sup>(16)</sup>, no que diz respeito à busca por serviços de saúde dos pacientes oriundos dos municípios do Entorno do DF que necessitam de atendimento médico, 96,82% vêm para o Distrito Federal e apenas uma parcela insignificante busca outros centros de atendimento como Goiânia ou Anápolis, ocasionando assim uma sobrecarga na rede pública de saúde do Distrito Federal. Salientando ainda que a baixa capacidade dos equipamentos instalados nesses municípios não poderá ser revertida se depender apenas da capacidade de investimento deles próprios, pois todos os indicadores ressaltados em pesquisas apontam a necessidade de uma agenda emergencial que incida no Entorno Metropolitano do DF. Essa região apresenta a situação de maior dependência em relação ao DF, de exclusão das oportunidades de trabalho, carência de educação pública, serviços de saúde precários, assim como precariedade no uso e ocupação de seu território.<sup>(16)</sup>

De acordo com o plano de ação do grupo gestor em saúde da RIDE-DF a partir de dificuldades constatadas e carências da área da saúde na região e a necessidade de pensar ações para inversão do quadro, inicialmente criou-se um grupo de trabalho em saúde denominado Grupo Gestor de Saúde da RIDE – GGS/RIDE, por solicitação de representantes do COARIDE. Em 19 de dezembro de 2003, a Resolução COARIDE nº. 11, publicada no DOU nº. 28, de 10 de fevereiro de 2004, formalizou a composição do GGS/RIDE, tendo como

primeira tarefa a implantação de um Plano Integrado de Saúde para a região, no prazo de 12 (doze) meses, com base nos diagnósticos e na definição de linhas gerais de ação aprovadas na reunião do COARIDE, em Unaí – MG, em 27 de novembro de 2003. Inúmeros trabalhos e pesquisas foram realizados, compondo um importante arcabouço de informações e propostas de melhoria desta Região a nova etapa a ser desenvolvida seria a pactuação de um Plano de Ação prioritário, considerando as carências imediatas da Região, capaz de indicar no curto, médio e longo prazo, tipos de serviços a serem implantados, bem como as localidades e o impacto financeiro.<sup>(16)</sup>

### **2.3 Análise da situação de saúde**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, saúde é ter um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não simplesmente a ausência de doença e enfermidade. Esta afirmação também reforça a idéia de que a saúde é um direito humano fundamental.<sup>(41)</sup>

Assim sendo, a saúde é um direito humano fundamental reconhecido mundialmente e em todas as sociedades. A saúde está em igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. É também reconhecida amplamente como a melhor ferramenta para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.<sup>(42)</sup>

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 define saúde como resultante das condições gerais de alimentação, educação, renda, habitação, trabalho, meios de transportes utilizados no dia a dia, acesso a atividades de lazer, emprego, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, antes de tudo, é o resultante do meio, ou seja, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida <sup>42</sup>. O debate sobre qualidade e condições de vida associado à saúde tem razoável tradição tanto na América Latina quanto no Brasil.

Nessa articulação entre saúde, situação de saúde e qualidade de vida, pode-se identificar também nas últimas décadas, com flagrante inspiração nos pensadores e nos movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social, o desenvolvimento da promoção da saúde e o processo de reforma sanitária brasileira como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas para estas questões.<sup>(20)</sup>

Quando se aborda situação de saúde, se remete à situação de saúde de uma determinada população, ou seja, de um grupo de pessoas. Portanto, deve-se voltar a atenção em conhecer os diferentes perfis de saúde, que são expressões das diferentes condições de vida e trabalho às quais as pessoas estão submetidas em seus contextos socioculturais.<sup>(43)</sup>

Temos uma forma limitada de conhecer a situação de saúde, pois recorreremos ao estudo de características de adoecimento e morte das pessoas para inferir sobre a saúde. Preferencialmente, seria adequado medir o 'nível de vida' das populações, por meio de um indicador global que mensurasse diversos componentes do nível de vida, como: saúde, nutrição, educação, condições e mercado de trabalho, transporte, habitação, consumo, vestuário, recreação, segurança social, liberdade humana, dentre outros. Frente à impossibilidade de criar este indicador universal, utilizamos vários indicadores, tais como os de morbidade e mortalidade, como uma medida indireta da saúde das populações, entretanto, vale ressaltar que outros importantes indicadores devem ser considerados quando se quer ter um diagnóstico real da situação de saúde populacional.<sup>(43)</sup>

Alguns fóruns internacionais de função social têm enfatizado a preocupação de estabelecer compromissos com a qualidade de vida das populações mundiais. Esta preocupação vai além da integração econômica globalmente falando e seus efeitos desencadeadores. É fundamental analisar como este desenvolvimento está se dando, e que impactos terão para todos os setores da sociedade, assim como, quais as conseqüências para o meio ambiente.<sup>(43)</sup>

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, particularmente desde a década de 1970, com grandes

repercussões nos processos de urbanização dos grandes centros, condições de vida e trabalho da população, influenciando conseqüentemente no retrato da situação de saúde brasileira.<sup>(44)</sup>

A Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu um encontro em 2000 para 189 países, os que se fizeram presentes no encontro foram chamados de 'cúpula do milênio', neste encontro foram pactuados oito objetivos principais, através dos quais se pretende atuar para reduzir a gravidade do estado social global verificado em vários países. Os 'objetivos do milênio' elencados, são estruturados por ações em áreas prioritárias com o intuito de até 2018 construir a melhoria de um conjunto de situações que incluem: alcançar o ensino primário universal; promover a igualdade de gênero e capacitar/qualificar as mulheres; erradicar a pobreza extrema e a fome; reduzir a mortalidade de crianças; melhorar a saúde materna; combater a epidemia de Aids, malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade do meio ambiente; assim como, promover parceria mundial para o desenvolvimento entre os países participantes.<sup>(45)</sup>

De acordo com COUTINHO<sup>(46)</sup>, alcançar estas metas só será possível através da universalização de serviços básicos de saúde, educação, abastecimento de água potável, tratamento de esgoto, coleta e destino adequado do lixo, energia elétrica, segurança para a população, urbanização adequada, bem como do estabelecimento de políticas públicas que visem à geração de emprego, prover equipamentos de infra estrutura urbana que atenda as necessidades da população, mais igualdade na distribuição de renda, moradia digna e ambientes com distribuição populacional adequada a infra estrutura oferecida pelos gestores públicos.

Um dos pilares estruturais na construção de uma sociedade democrática, é o enfrentamento de seus principais problemas de saúde, por meio da compreensão e intervenção no campo de seus determinantes. Assim sendo, é importante recorrer a alguns indicadores epidemiológicos mais tradicionais para subsidiar a construção da análise da situação de saúde da população, para a partir daí subsidiar no processo de construção de políticas públicas sociais e de saúde. Indicadores como mortalidade infantil,

morbimortalidade, por grupos de causas, séries históricas, e de sua associação com outros indicadores relativos ao processo de urbanização, transição demográfica, acesso à água tratada, esgotamento sanitário, coleta de lixo, escolaridade, renda, acesso aos serviços de saúde, desemprego, concentração de renda e componente racial, no sentido de tentar uma aproximação à complexidade que envolve o processo saúde-doença em nosso país.<sup>(46)</sup>

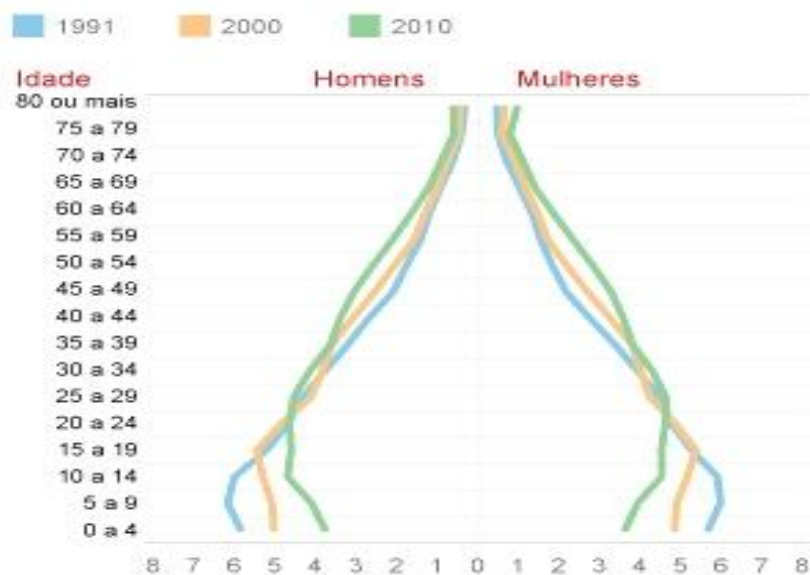
Quando co-relacionados e contextualizados, esses indicadores tem permitido uma melhor compreensão das diferenças regionais, urbano-rurais, loco-regionais, econômicas, sociais e culturais que expressam diferenças fundamentais nos modos de se ter saúde, adoecer e receber o cuidado. Indicam, sobretudo, o peso de alguns determinantes na manutenção e aprofundamento das iniquidades em saúde, bem como os imensos desafios postos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à sociedade como um todo quando envolvidos neste processo de construção de equipamentos urbanos que atendam a demanda do coletivo em todos os setores da sociedade.<sup>(47)</sup>

De acordo com o Censo Demográfico <sup>(19)</sup>, a população brasileira é de 190.755.799 habitantes. Se compararmos os números quando foi realizado o primeiro censo no Brasil em 1872, éramos 9.930.478. A população brasileira cresceu, em 138 anos, quase 20 vezes, segundo os resultados.

Apesar do crescimento nas últimas décadas, o Brasil tem registrado redução significativa na participação da população com idades até 25 anos e aumento no número de idosos. E a diferença é mais evidente se comparadas as populações de até 4 anos de idade e acima dos 65 anos. Em números absolutos, o país tem mais idosos do que crianças de até 4 anos. O Censo Demográfico <sup>(19)</sup>, registrou 96 homens para cada 100 mulheres. Em 2010, o país tinha 13,8 milhões de crianças de até 4 anos e 14 milhões de pessoas com mais de 65 anos.



Gráfico 1. Composição da população residente total, segundo sexo e faixas etárias. Brasil 1991-2010.



Fonte: Censo Demográfico, IBGE, 1991/2010

O grupo de crianças de 0 a 4 anos do sexo masculino, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, estes percentuais diminuíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Na contramão, cresce a participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.<sup>(19)</sup>

O grupo de 0 a 15 anos, em 1991, representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1%. Entre a população com mais de 65 anos correspondia, em 1991, a 4,8% da população e passou para 7,4%, em 2010. Isso significa que há menos crianças e adolescentes no país do que há 10 anos e que a população de idosos aumentou no Brasil.

Aprofunda-se a tendência de envelhecimento da população brasileira, em função do aumento significativo da expectativa de vida e, principalmente, do declínio sustentado da fecundidade. Até a década de 1960 a população brasileira era extremamente jovem, com cerca de 52% de indivíduos abaixo dos 20 anos, e menos de 3% acima dos 65 anos. Nesse período, houve significativo declínio da mortalidade e uma discreta redução da fecundidade. O

rápido e generalizado declínio da fecundidade observado no final da década de 1960 – a taxa de fecundidade total passou, de 6,1 filhos por mulher, na década de 1930; para 5,8, na década de 1970; para 2,3 filhos por mulher em 2000; para 1,8 filhos por mulher em 2010. A partir da década de 1970, porém, começa a ser observado um estreitamento continuado na base da pirâmide etária e, conseqüentemente, um envelhecimento da população.<sup>(19,43)</sup>

O Brasil tem em 2010, 45.932.295 pessoas entre 0 e 14 anos; 34.236.060, entre 15 e 24 anos; 46.737.506, entre 25 e 39; 34.983.120, entre 40 e 54; 14.785.338, de 55 a 64 anos; e 14.081.480 com mais de 65 anos.<sup>(19)</sup>

A Região Norte, apesar do contínuo envelhecimento, ainda apresenta, segundo o IBGE uma estrutura bastante jovem. A população de crianças menores de 5 anos da Região Norte, que era de 14,3% em 1991, caiu para 12,7% em 2000, chegando a 9,8% em 2010. Já a proporção de idosos na população passou de 3% em 1991 e 3,6% em 2000, para 4,6% em 2010.

As regiões Sudeste e Sul são as mais envelhecidas do país. As duas regiões tinham, em 2010, um contingente de idosos com 65 anos ou mais de 8,1%. Nesse mesmo ano, a população de crianças menores de 5 anos era de 6,5% no Sudeste e de 6,4% no Sul.

Já a Região Centro-Oeste apresenta uma estrutura etária semelhante à média nacional. O percentual de crianças menores de 5 anos em 2010 chegou a 7,6%, valor que era de 11,5% e 9,8% em 1991 e em 2000, respectivamente. A população de idosos teve um crescimento, passando de 3,3%, em 1991, para 4,3%, em 2000, e 5,8%, em 2010.

De acordo com o Censo Demográfico <sup>(19)</sup>, há 96 homens para cada 100 mulheres no Brasil. A diferença ocorre, segundo o IBGE, porque a taxa de mortalidade, entre homens, é superior. Mas nascem mais homens no país: a cada 205 nascimentos, 105 são de homens, segundo o Instituto.

O Brasil tinha, em 2010, 93.406.990 homens e 97.348.809 mulheres. Mas na relação por situação de domicílio, os homens são maioria no meio rural: 15.696.816 homens para 14.133.191 mulheres. Já no meio urbano, as mulheres seguem à frente, como na média nacional: são 83.215.618 para 77.710.174 homens.

Das grandes regiões, a única que foge à regra é a Região Norte, onde os homens são maioria. O Norte tem 8.004.915 homens para 7.859.539 mulheres. Isso provavelmente ocorre por conta da migração dessa localidade, onde há atividade de mineração, que é atividade laboral predominantemente masculina.<sup>(19)</sup>

A evolução demográfica brasileira segue a mesma tendência dos países desenvolvidos, só que numa velocidade muito maior, de acordo com dados do Censo Demográfico <sup>(19)</sup>, se tem vivendo em cada domicílio brasileiro em média, de 3.3 pessoas, ante um índice de 3.8 pessoas de acordo com o censo demográfico do IBGE 2000.<sup>(19)</sup>

O impacto na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) incidirá na necessária reconfiguração da oferta de serviços, procurando qualificar o atendimento das necessidades de saúde dessa faixa etária. A atenção à saúde do idoso passa a demandar não só o direcionamento na contratação de especialistas (geriatras, ortopedistas, cardiologistas, angiologistas etc), a inclusão de uma nova categoria profissional que surge com o envelhecimento da população brasileira, o “Cuidador de Idoso”, de um calendário específico de imunizações voltadas para esta população vulnerável, a implantação e ampliação do atendimento domiciliar, a expansão do acesso e a adequação da oferta de medicamentos na farmácia básica, como também o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com orientações nutricionais, educação física, lazer e cultura.<sup>(20)</sup>

Outras tendências na dinâmica populacional trazem grande preocupação no cenário da situação de saúde de acordo com o censo demográfico 2010: observa-se um crescente aumento da gravidez na adolescência: 1 em cada 5 partos ocorre entre adolescentes – menores de 20 anos. Em contrapartida, a violência e os acidentes de trânsito produzem uma sobre-mortalidade masculina na adolescência – aos 60 anos, mulheres correspondem a 58% e homens a 42%, mudando o perfil da população.<sup>(19)</sup>

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil representou uma importante inflexão do Estado brasileiro no que diz respeito às questões de saúde pública, instituindo a percepção de que saúde é um direito de todos e o

Estado tem o dever de oferecer estes serviços de saúde à população desde que esta oferta foi garantida constitucionalmente. No entanto, a oferta e acesso a estes serviços de saúde principalmente na Atenção Básica que representa a porta de entrada do usuário no SUS permanece como um dos grandes desafios desde sua implementação.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde doença e de todos os determinantes envolvidos nesse processo, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para alcance dos cuidados integrais à saúde.<sup>(1)</sup>

Todavia, os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e exposição da população aos fatores de risco, ampliar acesso e oferta dos serviços de saúde, é fundamental o entendimento de que o impacto da globalização econômica sobre as sociedades contemporâneas redefiniram padrões de consumo, trabalho, lazer, nutrição, assim como envelhecimento populacional, adoecimento, e todos estes fatores podem estar associados diretamente a epidemia mundial das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).<sup>(48)</sup>

Existe uma imensa diversidade nas percepções e vivências do processo saúde/doença sentidas por cada indivíduo e vividas em cada contexto, cada sociedade, cada ambiente, além de haver também fantasias, medo e imaginários presentes nesse processo, já que a saúde é uma preocupação existencial humana. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde e doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social<sup>49</sup>. Partindo desse pressuposto, nota-se que saúde, não é definitivamente algo estático, ou um estado, mas ao contrário, é um processo contínuo, algo dinâmico e em constante mutação.<sup>(42)</sup>

Assim, para melhorar a situação de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para

todos os seus integrantes, é necessária ação intersetorial e políticas públicas saudáveis.

Além disso, espera-se uma série de políticas no campo da saúde para que uma sociedade alcance o objetivo de ter pessoas saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida, vivendo ademais uma vida socialmente produtiva.

## **2.4 Determinantes sociais da saúde (DSS)**

Determinantes sociais de saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre".<sup>(50)</sup>

As discussões sobre o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) iniciaram-se na década de 1970, a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientações para o risco de adoecer não eram suficientes para produzir saúde e melhoria da qualidade de vida em uma sociedade. Então consideraram como DSS as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, assim como acesso a serviços e bens públicos, entre outros, o que resguarda os limites do setor saúde e desafia as práticas intersetoriais como estratégias para provocar mudanças no nível de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez emergir, conforme mencionado anteriormente, nos últimos anos, um olhar diferenciado sobre o conceito de saúde: o bem-estar de uma população é resultado da influência direta das condições de vida e de trabalho, chamadas de Determinantes Sociais de Saúde.<sup>(51)</sup>

Esses debates têm como objetivo estabelecer conexões entre os diversos fatores de natureza social, econômica e política e sua incidência sobre a situação da saúde de pessoas e ou grupos populacionais. Nesse contexto, cada setor da sociedade – Estado, setor privado e terceiro setor – possui um

papel influenciador. O levantamento pode ajudar, por exemplo, na definição de políticas públicas.

No Brasil, entre 2006 e 2008, foi criada por meio de Decreto Presidencial de 13/3/2006 <sup>(52)</sup>, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e teve seu regimento interno aprovado através da Portaria MS/1358, de 23/06/06 <sup>(52)</sup>. A criação da CNDSS expressa o reconhecimento de que a saúde é patrimônio público a ser construído com a participação de todos os setores da sociedade brasileira. A criação da CNDSS é uma resposta ao movimento global em torno dos DSS desencadeado pela OMS, que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas. <sup>(52)</sup>

Suas atribuições incluíam a realização de um diagnóstico da situação da saúde no país destacando as iniquidades causadas pelos determinantes – e uma avaliação das políticas públicas no âmbito federal com objetivo de combatê-las.

As recomendações da CNDSS no que se refere às políticas e aos programas estão voltadas, prioritariamente para as iniquidades urbanas, tendo em vista o acelerado e desorganizado processo de urbanização e a grande concentração de população nas áreas metropolitanas, em precárias condições de vida, de trabalho e de ambiente. <sup>(51)</sup>

Os objetivos da comissão são: gerar informação e conhecimento sobre os DSS no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema. Para tanto, estabeleceu como compromisso a busca da equidade, por meio de evidências capazes de estabelecer medidas de intervenção eficazes, além de ações provenientes da conscientização e mobilização de diversos setores da sociedade. <sup>(51)</sup>

Os determinantes sociais da saúde foram divididos em camadas tomando o modelo de *Dahlgren e Whitehead* <sup>(53)</sup>, (1991):

Estilo de vida: que são os determinantes relacionados aos comportamentos e hábitos individuais como hábitos alimentares, exercício físico e hábito de fumar que são muitas vezes condicionados por fatores econômicos, sociais, e culturais.

Rede comunitária e de apoio: inserem-se as redes de apoio e de solidariedade que fortalecem a coesão social necessária para a promoção da saúde individual e coletiva.

Condições de vida e de trabalho: referem-se a questões como acesso a alimentos e a serviços essenciais de saúde, saneamento e educação.

Macro determinantes – compostos pelas condições econômicas, culturais e ambientais que a sociedade proporciona ao indivíduo.

Segundo a CNDSS <sup>(51)</sup>, alguns determinantes da saúde são biológicos ou estão sob maior controle do indivíduo (ex: certas condutas individuais); outros, de abrangência coletiva, são dependentes de políticas públicas e das condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais existentes.



Figura 3. Modelo de referência de determinação social da saúde segundo Dahlgren e Whitehead.

Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

De acordo com a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, a maior parte da carga de doenças, assim como as desigualdades em

saúde, que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde.

Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade - os determinantes estruturais -, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. Esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde.<sup>(54)</sup>

Dessa forma se faz necessário ampliar o entendimento que para se produzir saúde, é preciso ampliar nosso pensar e agir, refletindo sobre os modos de viver dos indivíduos e coletividades. Cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de respostas diante das dificuldades do dia a dia, cada gesto, palavra, sorriso ou lágrima, é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos adoecimento, e isso está cada vez mais provado na sociedade moderna, que o desequilíbrio desses fatores levam ao enfraquecimento do corpo físico e mental produzindo como resposta o padrão de adoecimento, ou seja o contexto e circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais de nossa própria saúde.<sup>(54)</sup>

## **2.5 Autoavaliação do estado de saúde**

De acordo com a OMS, um dos indicadores de qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e



sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>(55)</sup>

Há muito a “saúde” deixou de ser simplesmente ausência de doenças e tornou-se um conceito amplo e multidimensional, que pode se modificar de acordo com as perspectivas de vida e com os papéis sociais e relaciona-se a um estado de bem-estar. Portanto, a avaliação do estado de saúde deve ser baseada no conceito de saúde, considerando-se, inclusive, os determinantes da saúde.

Supõe-se a partir desses conceitos que sujeitos que se percebem como seres saudáveis avaliarão sua qualidade de vida positivamente. Sendo ambos os conceitos, de saúde e de qualidade de vida, tão complexos e multidimensionais.<sup>(56)</sup>

Entre os vários indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a saúde das populações destacam-se a autoavaliação do estado de saúde, a percepção de doença de longa duração, e o diagnóstico de doenças.<sup>(57)</sup>

A autoavaliação de saúde vem sendo utilizada nos últimos anos em inquéritos populacionais por ser facilmente aplicada e permitir comparações internacionais. Existem evidências de seu poder para cobrir várias dimensões da saúde, e que ao respondê-la, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões.<sup>(58)</sup>

Esse indicador é considerado um forte preditor tanto da morbidade quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de uma doença ou incapacidade. A percepção individual da saúde mostra-se importante por si, independentemente da presença objetiva de alguma doença.<sup>(59)</sup>

O sentimento de bem-estar extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade.<sup>(59)</sup>

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva emocional. Além disso, é um forte indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam sua saúde como sendo ruim apresentam maior risco

de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente. A autopercepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.<sup>(60)</sup>

No campo sociológico, os estudos focam a interação entre condições de saúde e fatores socioculturais e biossociais, como status marital, religião, posição na família, raça, gênero, entre outros.<sup>(61)</sup> Esses fatores refletem a posição do indivíduo na sociedade e condicionam sua forma de viver e interagir, com consequências para a saúde, de uma forma análoga, a epidemiologia social procura analisar como os determinantes socioeconômicos e comportamentais influenciam a distribuição de doenças no âmbito populacional.<sup>(62)</sup>

Alguns autores defendem ser amplamente difundida a importância dos determinantes sociais sobre as condições de saúde de indivíduos e populações.<sup>(63)</sup> Determinantes esses dados, por fatores econômicos, educacionais, sociais, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de doenças na população e sua exposição a fatores de risco. Eles se desdobram, ainda, em valorações subjetivas distintas do estado de saúde, decorrentes não apenas do conhecimento de aspectos clínicos e funcionais do processo saúde-doença, mas de experiências sociais e estilos de vida.<sup>(63)</sup>

Sabe-se, por exemplo, que a vulnerabilidade associada às ocupações menos qualificadas e de baixos rendimentos possui consequências deletérias para a saúde física e emocional das pessoas<sup>(62)</sup>. Ocupações de baixo prestígio social, que requerem poucas habilidades ou que demandam maior controle sobre os trabalhadores usualmente associam-se a uma maior exposição aos riscos para a saúde e maior incidência de doenças.<sup>(56)</sup>

Abordando a temática de consequências deletérias para a saúde física e emocional, acredita-se que a transição epidemiológica brasileira, segundo alguns pesquisadores, teve início com a queda da taxa de mortalidade na década de 1940, passando pelas doenças infectocontagiosas até chegar às patologias de início insidioso e longa duração, cuja evolução é marcada por

redução progressiva da capacidade funcional do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperados.<sup>(64)</sup>

Em decorrência desses fatos, ao longo dos últimos anos, o foco na construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente para as consequências das doenças crônicas. Somada a isso, a evolução tecnológica nos cuidados em saúde tem possibilitado maior sobrevivência às pessoas com deficiências congênitas, que nos últimos anos têm se organizado mundialmente para lutar por uma sociedade mais inclusiva. Em que pese a importância quantitativa e qualitativa do problema, demonstrada pelo número de estudos e o envolvimento de pesquisadores de diferentes áreas, no Brasil as discussões ainda são incipientes.<sup>(64)</sup>

A análise e os debates sobre as teorias existentes para explicar a funcionalidade e a incapacidade humana podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos, direcionados para as consequências das doenças, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas.<sup>(65)</sup>

A produção científica atual e os debates com relação às teorias da incapacidade tendem a se apresentar dicotomizados e polarizados nas concepções médica e social. O discurso biomédico, partindo de uma compreensão naturalística da incapacidade, tem como foco o corpo deficiente ou a disfunção em partes do corpo, ao passo que o discurso social vê a incapacidade como resultado de uma desorganização social, ou seja, uma diminuição de oportunidades sociais para as pessoas.<sup>(66)</sup>

O modelo biomédico tem origem na profissão médica e reflete o interesse na deficiência, doença ou “anormalidade” corporal e na maneira como isso produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional. O corpo é objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção. Uma vez classificado como inválido ou dependente, a base da chamada abordagem da tragédia pessoal, o indivíduo é visto como vítima, necessitando de cuidado, atenção e ajuda de outras pessoas.

A visão biomédica reduz a deficiência à categoria de doença corporal e foca no paciente, e não na pessoa. A incapacidade é então entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo; portanto, o papel do médico é reparar a disfunção corporal, vista como um desvio da normalidade.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou para publicação em 2005 a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) que traz um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação. O modelo proposto baseia-se na junção dos modelos médico e social, e uma abordagem biopsicossocial é usada para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). A funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais). De acordo com a OMS, a CIF tem uma aplicação universal e pode ser usada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde.<sup>(67)</sup>

O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela OMS adota uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) descrita nos componentes: estrutura e função corporal, atividade e participação.<sup>(67)</sup>

Nesse sentido, uma função ou incapacidade em um domínio representa uma interação entre uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e os fatores do contexto (fatores ambientais e pessoais). O processo de incapacidade é assim representado por dimensões distintas, mas inter-relacionadas. Deficiência inclui sistemas ou partes do corpo que não funcionam apropriadamente; incapacidade centra-se em coisas que as pessoas não podem fazer, especialmente atividades básicas da vida diária e o desempenho de papéis socialmente esperados.<sup>(68)</sup>

A CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia classificando componentes de saúde e considera a incapacidade como o aspecto negativo da interação entre o indivíduo com uma condição de saúde e fatores contextuais. Por exemplo, duas pessoas com a mesma condição de saúde

podem ter níveis de funcionalidade distintos, e o mesmo nível de funcionalidade não tem a ver necessariamente com a mesma condição de saúde. Assim sendo, esse sistema de classificação não se refere unicamente às pessoas deficientes, podendo ser aplicado para todas as pessoas e para qualquer condição de saúde, daí seu caráter universal.<sup>(69)</sup>

O objetivo da classificação é fornecer uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana. A informação está organizada em duas partes, cada uma contendo dois componentes: funcionalidade e incapacidade (parte 1), dividida em estrutura e função corporal, atividade e participação e fatores do contexto (parte 2), formado por fatores ambientais e fatores pessoais.<sup>(67)</sup>

Cada um dos componentes da classificação pode ser descrito em termos positivos ou negativos. Aspectos da saúde que não apresentam problemas (neutros) são agrupados sob o termo guarda-chuva “funcionalidade” (estrutura e função corporal, atividade e participação), e os aspectos negativos (deficiência na estrutura e função corporal, limitação de atividade e restrição de participação), sob o termo “incapacidade”. Na CIF, função corporal são as funções fisiológicas dos sistemas corporais incluindo funções psicológicas; estruturas são partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes.

Anormalidades de função e estrutura são denominadas deficiências, que são desvios ou perdas (p.ex., deformidades) da estrutura (p.ex., joelho) e/ou da função (p.ex., dor). Atividade é a execução de uma tarefa por um indivíduo e representa a perspectiva individual da funcionalidade. Participação é o envolvimento em uma situação da vida, isto é, a perspectiva social da funcionalidade humana. Dificuldades no nível da atividade representam uma “limitação de atividade” (p.ex., caminhar), e dificuldades em desempenhar papéis socialmente esperados, uma “restrição de participação” (p.ex., restrições na vida comunitária). Os fatores do contexto são representados pelos fatores do ambiente (ex., físico, atitudinal, social) e pelos fatores pessoais (p.ex., sexo, raça, estilo de vida). Tais fatores podem ter influência negativa ou positiva, vale dizer, podem ser facilitadores ou barreiras para o indivíduo.<sup>(41)</sup>

Segundo a OMS, a Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> Revisão (CID-10) e a CIF são classificações complementares, entendendo que a informação sobre o diagnóstico somada à funcionalidade fornece um quadro mais completo sobre a saúde dos indivíduos e de populações.<sup>(69)</sup>

## **2.6 A funcionalidade e a incapacidade humana**

A expressão “estilo de vida” começou a ser utilizado na virada do século XX, momento em que a sociologia se tornava objeto de estudo independente. Industrialização e urbanização, dois aspectos importantes da modernidade, sinônimos de alta mobilidade e mudança constante, criam novas perspectivas para o lazer e o consumo, áreas que passam a ocupar um espaço crescente do status social.<sup>(70)</sup> O conceito teria retornado à ribalta teórica na década de 80, época que assistiu a “uma das mais incríveis redescobertas do consumismo”.<sup>(70)</sup>

O estilo de vida é definido como o conjunto de padrões de conduta que caracterizam a maneira geral de viver de um indivíduo no grupo. O estilo de vida saudável não é definido, já que um estilo de vida considerado em sua globalidade como saudável pode conter elementos que não favorecem a saúde.<sup>(71)</sup>

Existem múltiplos estilos de vida saudável, reconhecendo como tal na prática aquele que, em seu conjunto, ajuda a adicionar anos à vida e vida aos anos, e com menos probabilidade de aparição de enfermidades e incapacidade.

O estilo de vida moderno ao longo dos anos tem exercido papel fundamental no que diz respeito às conseqüências com a saúde física e mental da população mundial. Um número cada vez maior de pessoas tem se tornado sedentário, passando a maior parte de seu tempo livre com a atenção voltada a computadores, tecnologia, jogos eletrônicos, televisão, esses hábitos criam uma situação ambígua na era da comunicação e da globalização: as relações e as comunicações pessoais tornam-se cada vez mais difíceis e

distantes de serem estabelecidas, principalmente dentro dos núcleos familiares. Casais, pais e filhos não conseguem mais dialogar e, com isso, o papel importantíssimo da família no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes vem perdendo sua atuação, enfraquecendo a adesão a estilos de vida saudáveis.<sup>(72)</sup>

Dados divulgados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares <sup>(30)</sup>, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, aponta para o crescente aumento da obesidade na infância e na adolescência verificado de crianças acima do peso no país, principalmente na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade. O número de meninos acima do peso teve crescimento acima do dobro entre 1989 e 2009, evoluindo de 15% para 34,8%, respectivamente. Enquanto que o número de obesos teve um aumento superior a 300% nesse mesmo grupo etário, aumentando de 4,1% em 1989 para 16,6% nos anos de 2008-2009. Entre as meninas esta variação foi ainda maior. Existem vários fatores importantes na gênese da obesidade: genéticos, fisiológicos e metabólicos. No entanto os fatores que poderiam explicar esse aumento da obesidade estão relacionados com as mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Acredita-se que um maior conhecimento dessas mudanças possa auxiliar na detecção precoce de fatores de risco e com isso desenvolver ações para evitar esse sombrio prognóstico.<sup>(19)</sup>

A adolescência, por ser um período no qual o indivíduo inicia a construção de sua personalidade, questionando e destruindo conceitos para construir os seus próprios, assimilando tudo o que lhe interessa, torna-se a faixa ideal para a implementação de ações preventivas que irão se refletir na vida adulta, e na escolha por um estilo de vida mais saudável.<sup>(73)</sup>

Assim sendo, especialistas na área têm apontado para a importância de estudos, relacionados à qualidade de vida (física, psicológica e social) nos diferentes segmentos populacionais, na tentativa de estabelecer indicadores que possam subsidiar programas voltados à promoção da saúde.<sup>(74)</sup>

Referenciais direcionados à adoção de estilo de vida saudável, a partir de prática de atividade física, abandono do tabagismo, mudança de hábitos no que diz respeito a ingestão de bebidas alcoólicas e de alimentação adequada,

têm sido advogados na medida em que, comportamentos inadequados neste sentido podem afetar fatores fisiológicos associados, predispondo ao surgimento de fatores de risco relacionados às doenças crônico-degenerativas.<sup>(74)</sup>

Informações epidemiológicas relacionadas ao sedentarismo e ao comportamento dietético de populações jovens revelam que ao perpetuarem tendências observadas atualmente, estima-se que em 2020, 73% dos adultos deverão apresentar disfunções orgânicas atribuídas à aquisição de hábitos alimentares e de prática de atividade física inadequados.<sup>(75)</sup>

Os principais fatores de risco para DCNT são tabaco, alimentação não saudável, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.<sup>(76)</sup>

Cerca de 6 milhões de pessoas anualmente pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo.<sup>(77)</sup> Até 2025, esse número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes<sup>(78)</sup> Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório.<sup>(79)</sup>

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física<sup>(11)</sup>. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade.<sup>(79)</sup> Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão.

O uso nocivo do álcool mata a cada ano 2,3 milhões de pessoas, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo.<sup>(80)</sup> Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática. O consumo *per capita* é mais alto em países de alta renda.<sup>(11)</sup>

O consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colo retal.<sup>(81)</sup> A



maioria da população consome mais sal que o recomendado pela OMS para a prevenção de doenças.<sup>(82)</sup>

O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão arterial e risco cardiovascular. A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas. A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda.<sup>(83)</sup>

Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos todos os anos, ou seja 12,8% de todas as mortes. A prevalência de hipertensão arterial é semelhante em todos os grupos de renda, contudo, é geralmente menor na população de alta renda.<sup>(11)</sup>

Excesso de peso e obesidade causam 2,8 milhões de mortes anualmente, e com isso os riscos de doenças cardíacas, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso. O índice de massa corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer.<sup>(83)</sup>

Estima-se que o colesterol elevado cause 2,6 milhões de mortes a cada ano, o colesterol elevado é mais alto em países de alta renda.<sup>(83)</sup>

Essas evidências têm preocupado especialmente lideranças governamentais, considerando que podem acarretar problemas sociais e econômicos futuros por conta das agressões atuais ao melhor estado de saúde de crianças e adolescentes, sabendo que a instalação e o desenvolvimento de comportamentos de risco predisponentes às doenças crônico-degenerativas podem ocorrer neste período da vida.

## **2.7 Morbidade**

A palavra morbidade provém da palavra latina *morbis*, que significa tanto doença física, enfermidade, como doença do espírito, paixão. A medida de morbidade é um dos temas centrais da epidemiologia, sendo que sua obtenção apresenta diferentes graus de dificuldade.<sup>(84)</sup>

Entende-se por morbidade a variável característica de uma determinada população, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças, ou determinadas doenças num dado intervalo de tempo. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.<sup>(84)</sup>

A morbidade pode ser classificada quanto a sua detecção, podendo ser chamada de morbidade referida quando percebida pelo indivíduo e relatada por ele durante entrevista, nesse grupo estão inseridos os inquéritos sobre sintomas, incapacidades físicas, uso de serviços de saúde e automedicação; podemos classificar ainda como morbidade observada ou diagnosticada quando feita por um profissional de saúde de nível superior, baseada nos sinais e sintomas da doença, alterações laboratoriais e diagnósticos clínicos.<sup>(67)</sup>

O processo saúde/doença é de caráter dinâmico, sendo assim, reflete a ligação estrutural entre corpo e sociedade, os quais são cruciais para se estudar a morbidade referida. Entretanto, é quase que inevitável a comparação entre os sexos.

Dentre as várias diferenças observadas, destaca-se o “padrão” de morbidade e mortalidade.<sup>(85)</sup>

Com o envelhecimento da população mundial decorrente da mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a representar um sério problema de saúde pública, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência. As DCNT são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora episódios agudos ou melhora sensível.<sup>(86)</sup>

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde para a redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.<sup>(48)</sup>

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.<sup>(87)</sup>

Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa renda ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces.<sup>(88)</sup>

Como nos outros países, no Brasil, as DCNT também se constituem como um problema de saúde de maior magnitude, e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade.

O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.<sup>(79)</sup>

Porém as informações disponíveis nas estatísticas nacionais ainda são um tanto insuficientes para o estudo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis com maior segurança, por sua limitação à demanda atendida em hospitais, ambulatórios e centros de saúde, próprios ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo outra a motivação da instalação destes bancos nacionais de dados, eles excluem os atendimentos efetuados na rede privada, bastante ampla, e não dispõem das informações necessárias para o estudo da determinação social das doenças.<sup>(5)</sup>

A maioria das doenças é causada por multimorbidez, ou seja, várias e diferentes doenças, isso significa que a sua abordagem requer de algo mais do que a especialização num conjunto de órgãos, deve ter um enfoque na pessoa como um todo.<sup>(89)</sup> Apesar disso e por incrível que pareça, a informação dos problemas de saúde é coletada doença por doença.<sup>(89)</sup>

Desse modo, ocultam-se as necessidades das pessoas de diferentes grupos populacionais, alguns deles mais vulneráveis e com uma tendência maior a sofrer diferentes tipos de doenças e suas combinações.

Assim sendo os inquéritos populacionais constituem a opção mais abrangente para o conhecimento de problemas de saúde prevalentes na população e de variedades de demanda aos serviços. Um dos objetivos dos inquéritos é verificar se o problema de saúde, percebido e relatado pelo

indivíduo (morbidade referida), gerou demanda, e se esta foi atendida. Através dos inquéritos de base populacional obtêm-se dados relevantes para descrever o perfil epidemiológico de uma determinada população, conhecer as reais necessidades de saúde desse grupo de indivíduos, obter dados que sirvam de base para análises acerca do impacto de políticas públicas de saúde, e de alterações significativas das condições socioeconômicas e ambientais daquela população estudada.<sup>(8)</sup>

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Descrever o perfil socioeconômico e a situação de saúde nos aspectos relacionados à autoavaliação do estado de saúde, estilo de vida, morbidade referida e acesso aos serviços de saúde da população com idade igual ou superior a 18 anos residente nos municípios do Entorno Sul que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal RIDE-DF, em 2010 – 2011.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Descrever as características socioeconômicas da população do estudo, nos aspectos de rendimento médio mensal, situação de trabalho, gastos com saúde dos domicílios entrevistados.

2. Estimar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e de planos de saúde dos domicílios entrevistados.

3. Descrever a auto avaliação de saúde da população do estudo nas dimensões de funcionalidade (locomoção).

4. Descrever as características de estilo de vida da população de estudo relacionados aos seguintes aspectos: alimentação, consumo de refrigerante, consumo de álcool, tabagismo, atividade física, hábito de assistir TV, exposição solar.

5. Descrever o perfil de morbidade referida dos participantes do estudo para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas, asma, depressão, artrite, problema crônico de coluna, colesterol alto, acidente vascular cerebral ou derrame, doença mental, artrite, osteoporose, outras doenças crônicas de longa duração (6 meses ou mais), outras doenças pulmonares, hepatite, tuberculose.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito domiciliar de base populacional.

### **4.2 População de Estudo**

A população estudada é constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas áreas urbano/rural dos municípios selecionados do Entorno Sul da RIDE-DF.

### **4.3 Procedimento Amostral**

Trata-se de amostra probabilística por conglomerados, aleatória, sem substituição, estratificada pelas regiões do entorno do DF: Sul, Norte, Pirineus, e Regional de Saúde do Paranoá. Os procedimentos de amostragem foram realizados em três estágios. No primeiro, foram selecionados 40 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor. Para a seleção dos setores censitários, a etapa preliminar consistiu em construir uma lista de setores. Nesta etapa, a partir das informações da Fundação Instituto de Geografia e Estatística (CD ROM - Contagem da população 2007, Agregado por Setores Censitários), foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável (permanente). Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos os setores com menos de 30 domicílios particulares permanentes e os setores classificados como especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas de índios, entre outros). Após essas eliminações restaram 266 setores censitários na região. A única exceção em relação aos dados dos setores censitários foi o município de

Luziânia, para o qual não houve contagem da população em 2007 e foram utilizados dados do Censo Demográfico de 2000.

No segundo estágio de amostragem foram selecionados 18 domicílios por setor censitário através de uma amostragem sistemática, onde o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente entre o primeiro do setor e a razão entre o número total de domicílios no setor e o número de domicílios a serem selecionados (denominado pulo). A seleção dos 17 domicílios restantes deu-se de forma sistemática pela contagem do pulo até completar os 18 domicílios. No município de Luziânia, devido ao longo período entre a realização do censo demográfico de 2000 e a coleta de dados para a pesquisa, os supervisores de campo percorreram todos os setores selecionados, para estimar com maior precisão o número total de domicílios particulares permanentes e a partir daí calcular o "pulo". Para os demais municípios deste estrato utilizou-se as informações da contagem da população 2007.

No terceiro estágio, em cada domicílio, para a condução da presente investigação utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: um indivíduo foi selecionado com equiprobabilidade entre os moradores adultos do domicílio (18 anos ou mais de idade), que respondeu ao questionário individual. O procedimento de seleção do adulto no domicílio consistiu de duas etapas: 1) listava-se todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos residentes no domicílio selecionado para participar da pesquisa, cada um recebia uma numeração de 1 em diante, começando pelos homens do domicílio, do mais velho para o mais novo e em seguida listava-se as mulheres seguindo a mesma ordem, da mais velha para a mais nova; 2) contagem de quantos adultos tinha aquele domicílio para em seguida, de acordo com o número do domicílio dentro do setor censitário e do número de adultos naquela residência, selecionava-se o adulto que deveria responder as perguntas do módulo individual seguindo uma tabela numérica aleatória para cada setor censitário. Por exemplo, utilizando a tabela de números aleatórios do Anexo H, para o setor censitário nº: 521523105000008 do Município de Novo Gama, se o número de moradores adultos fosse 3, no domicílio 1, o adulto a responder corresponde ao de número 1 na lista de moradores elegíveis, já no domicílio 2

o adulto a responder seria o adulto de número 2 e assim sucessivamente. Para cada setor censitário foi gerada uma tabela de números aleatórios. Além disso, foi identificado um morador adulto capaz para responder às perguntas relativas às características do domicílio presente no momento da visita da equipe de entrevistadores.

Selecionou-se um total de 40 setores censitários entre urbanos (34) e rurais (6) dos municípios do Entorno Sul. A distribuição de setores urbanos e rurais em cada município foi representada da seguinte forma: Águas Lindas de Goiás com 9 setores, sendo 8 urbanos e 1 rural; Santo Antônio do Descoberto com 6 setores, dos quais 5 urbanos e 1 rural; Luziânia com 8 setores, sendo 6 urbanos e 2 rurais; Valparaíso de Goiás com 6 setores todos urbanos; Novo Gama com 6 setores todos urbanos; Cristalina com 5 setores, dos quais 3 urbanos e 2 rurais. Não foi sorteado nenhum setor censitário no Município de Cidade Ocidental.

Este procedimento amostral garante representatividade para a região como um todo.

#### **4.4 Tamanho da Amostra**

O tamanho da amostra foi calculado pela equipe do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/FIOCRUZ para detectar diferenças de até 3,5% em uma proporção de 15%, com um poder de teste de 80% e um nível de significância de 95%. Mesmo sabendo que algumas prevalências teriam estimativas muito baixas optou-se por este tamanho de amostra também por razões de disponibilidade de recursos para viabilização da realização do inquérito. Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi incorporado um efeito de desenho de 1,3, sendo necessário entrevistar 2.400 indivíduos no total, sendo 600 indivíduos em cada estrato (região da RIDE). O tamanho da amostra dentro do estrato permite estimar prevalências em torno de 15% com precisão de 3,3%, considerando 95% de nível de significância e um efeito de desenho amostral incorporado de 1,3. Levando-se



em consideração possíveis perdas, em torno de 20%, aumentou-se o tamanho da amostra em cada estrato (região) para 720 domicílios.

#### **4.5 Instrumento de coleta de dados e variáveis de estudo**

O instrumento de coleta de dados foi originalmente adaptado da Pesquisa Mundial de Saúde-Atenção Básica (PMS-AB) já validado pelo grupo de pesquisadores do ICICT/FIOCRUZ no ano de 2005.<sup>(14)</sup> O questionário já foi utilizado em diversos inquéritos domiciliares no Brasil. Posteriormente o instrumento passou por novas adaptações, as mudanças foram feitas em grupos de trabalhos por pesquisadores, gestores e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, para servir de piloto para a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, que será conduzida nas capitais e principais municípios brasileiros.

O instrumento de coleta de dados corresponde, por tanto, a primeira versão do questionário a ser utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) prevista para o ano de 2013. O planejamento da PNS deu início no ano de 2010 por meio da conformação de um grupo gestor (Portaria GM de 25 de agosto de 2010)<sup>(33)</sup>, que envolve a Secretaria de Vigilância em Saúde (coordenação), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria Executiva e a Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. O processo de elaboração do questionário tem se desenvolvido por meio de consultas feitas com grupo de pesquisadores da área de inquéritos, gestores e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde. O inquérito na RIDE-DF constitui o primeiro estudo piloto do questionário inicialmente proposto e teve como objetivo verificar: a compreensão da linguagem utilizada pela população; inconsistências e problemas no instrumento; planejamento do tempo de execução e do custo por entrevista.

O instrumento (ANEXOS C, D, E, F e G) é modular e composto por duas partes, sendo a primeira parte composta pelo questionário domiciliar (ANEXO C), onde o informante deste módulo deve ser o responsável pelo domicílio, ou o morador adulto que melhor saiba informar sobre as

características do domicílio e dos seus moradores, podendo este ainda consultar ajuda de qualquer outro morador do domicílio que se faça presente no momento da entrevista que saiba melhor responder as questões realizadas. Nessa primeira parte do instrumento (Questionário Domiciliar) são investigadas as seguintes variáveis: a composição dos moradores do domicílio (lista de moradores por idade, sexo, situação conjugal); as características do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água, destino do lixo); relação de parentesco entre os moradores; situação socioeconômica de todos os moradores do domicílio; cobertura de plano de saúde; gastos com saúde; utilização de serviços de saúde e cobertura e avaliação do PSF (QUADRO 1).

Quadro 1. Variáveis investigadas no módulo domiciliar

<b>Variáveis Investigadas no Módulo Domiciliar</b>
Sexo
Faixa etária
Escolaridade
Estado Civil
Cor da pele
Condições de moradia e violência (vizinhança)
Critério de Classificação Econômica Brasil
<b>Características de saúde dos moradores do domicílio</b>
Gastos com saúde do domicílio
Cobertura de plano de saúde
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)
Frequência de visita de profissionais de saúde da ESF

Na segunda parte do instrumento, o Questionário Individual (ANEXOS D, E, F e G), o respondente é o morador sorteado com idade igual ou superior a 18 anos, por meio do uso de uma tabela de números aleatórios que leva em consideração o número do domicílio selecionado e o número de moradores elegíveis. As informações metodológicas estão contidas na Folha de Informações de Setor (FIS) e incluem o número do setor censitário, características do setor (limites geográficos), número do primeiro domicílio a ser selecionado e pulo, tabela de números aleatórios para a identificação do morador adulto a entrevistar que varia segundo o setor censitário (ANEXO H).

Em algumas situações o morador sorteado para a entrevista individual pode vir a ser o mesmo que respondeu a primeira parte (Questionário Domiciliar) (ANEXO C), dependendo do número de adultos residentes naquele determinado domicílio, simplesmente por uma questão equiprobabilística, pois todos os moradores elegíveis com idade igual ou superior a 18 anos tem a mesma probabilidade de participação na pesquisa, de acordo com a seleção do morador, segundo a tabela de números aleatórios contida na Folha de Informações do Setor (FIS).

Neste segundo momento do instrumento, de acordo com o Quadro 2, são investigados os seguintes aspectos divididos em módulos: características sociodemográficas e apoio social; autoavaliação do estado de saúde nos seus vários aspectos (locomoção, cuidados pessoais, relações pessoais, cognição visão, audição, sono, ânimo e situações de violência); estilo de vida no qual se incluem fatores de risco ou de proteção tais como: fumo, álcool, atividade física, alimentação; morbidade referida para DCNT, a saber: hipertensão arterial, diabetes, depressão, doenças cardíacas, colesterol alto, depressão, artrite, problema crônico de coluna, osteoporose, asma, outras doenças crônicas de longa duração (6 meses ou mais), outras doenças física e mentais, e algumas transmissíveis (hepatite e tuberculose); acidentes e violências/violência sexual; Saúde da Mulher (mulheres com 18 anos de idade ou mais); Saúde da Criança (crianças com menos de 2 anos) e pré-natal; Saúde Bucal; Saúde do Idoso (indivíduos com 60 anos e mais); Desempenho do Sistema de Saúde (ANEXOS D, E, F e G).

Quadro 2. Variáveis investigadas no módulo individual

<b>Variáveis investigadas no Módulo Individual</b>
<b>Módulo A - Características Sociodemográficas</b>
Sexo
Idade
Estado Civil
Escolaridade
Cor da pele
Situação de Trabalho
Razão de não estar em atividade atualmente
Horas trabalhadas por semana
Fonte de rendimento
Tempo gasto com deslocamento ida e volta para trabalho
<b>Módulo B - Auto-avaliação do Estado de Saúde</b>
Auto-avaliação da saúde (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim ?)
Grau de funcionalidade (usa algum equipamento para ajudar na locomoção ?)
Grau de dificuldade para exercer suas atividades habituais
<b>Módulo C - Estilo de Vida</b>
Quanto tempo faz que se pesou pela última vez ?
Peso atual, utilizando índice da Massa Corporal (IMC) para classificar
Consumo de feijão cinco ou mais dias por semana
Consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana
Consumo de carnes vermelha e frango com gordura aparente
Consumo de refrigerantes e sucos artificiais cinco ou mais dias por semana
Consumo de leite com teor integral de gordura
Frequência do consumo de bebida alcoólica
Consumo de bebidas alcoólicas (em doses) em uma mesma ocasião
Consumo de bebidas alcoólicas e dirigir em seguida
Prática de atividade física no tempo livre
Prática de atividade física no tempo livre, e ou no deslocamento
Indivíduos fisicamente inativos
Indivíduos que assistem 3h ou mais de TV por dia em cinco dias na semana
Indivíduos fumantes
Indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia
Indivíduos que são ex-fumantes
Indivíduos que são fumantes passivos no domicílio
Indivíduos que são fumantes passivos no local de trabalho ou onde estuda
Indivíduos que referem exposição solar por mais de 30 minutos
<b>Módulo D - Morbidade</b>
Frequência da aferição de pacientes hipertensos, diabéticos e colesterol alto
Prevalência de hipertensão, diabetes, colesterol alto, doenças cardíacas
Prevalência de acidente vascular cerebral (AVC), asma, doenças pulmonares, hepatite
Prevalência de doenças mentais, depressão, doença crônica longa duração, tuberculose
Prevalência de osteoporose, artrite, problema crônico de coluna
Busca por serviços de saúde, local de atendimento, hábitos atuais
Limitação para atividades habituais, recomendações médicas, acesso a exames solicitados
Realização de exames de cuidados, internações por complicações

Para este estudo foram selecionadas as seguintes variáveis contidas no questionário domiciliar: características do domicílio (bens, abastecimento d'água, destino de lixo); cobertura de plano de saúde; gastos com saúde e cobertura do PSF. Do questionário individual foram analisados os módulos referentes às características sociodemográficas; autoavaliação do estado de saúde; estilo de vida e morbidade referida.

De acordo com o Quadro 3, para algumas variáveis foram utilizados os critérios e categorizações recomendadas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico VIGITEL, Brasil, 2010 para viabilizar a comparação de resultados: escolaridade (anos de estudo), faixa etária (idade), excesso de peso e obesidade, consumo alimentar, atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, auto avaliação do estado de saúde e morbidade referida (ANEXO K).

Foi utilizado também o Índice Critério Brasil que é uma forma de se medir (em pesquisas) a classe econômica do indivíduo investigado e determinar seu poder de compra, sem ter que abordar assuntos como salário, renda familiar, etc. O participante da pesquisa tem que responder uma série de questões a respeito de bens que ele possua em sua casa (e quantos), se estão em funcionamento, e grau de instrução do chefe de família. Para esta pesquisa foi feita uma adaptação na qual se considerou a escolaridade do respondente do módulo individual para classificação do índice. Cada resposta recebe uma pontuação de acordo com uma tabela estabelecida, e de acordo com a somatória destes pontos consegue-se numa classe econômica (BRASIL, 2010).

Quadro 3. Categorização de variáveis de acordo com Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, Brasil, 2010.

Variável	Indicador	Construção do indicador	Observações
Idade	% de indivíduos segundo as seguintes faixas etárias: 18 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 55 a 64; 65 anos e mais	Nº de indivíduos por faixa etária / total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL
Escolaridade	% de indivíduos segundo as seguintes faixas de escolaridade em anos de estudo: 0 a 8; 9 a 11; 12 e mais anos de estudo	Nº de indivíduos por faixa escolaridade / total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL
Índice de Massa Corporal (IMC)	% de indivíduos com sobrepeso ou obesidade	Nº de indivíduos com sobrepeso ou obesidade / total de indivíduos entrevistados X 100	IMC= peso em kilogramas e altura em metros <sup>2</sup> . IMC entre 25kg/m <sup>2</sup> e 29kg/m <sup>2</sup> (sobrepeso). IMC ≥30kg/m <sup>2</sup> (obeso). Critério da OMS (WHO,2005)
Consumo de Feijão	% de indivíduos que consomem regularmente feijão	Nº de indivíduos que consomem regularmente feijão / total de indivíduos entrevistados X 100	Consumo regular de feijão: consumo de feijão em cinco ou mais dias na semana (BRASIL, 2005). VIGITEL
Consumo de Frutas e hortaliças	% de indivíduos que consomem frutas e hortaliças regularmente	Nº de indivíduos que consomem regularmente frutas e hortaliças / total de indivíduos entrevistados X 100	Consumo regular de frutas e hortaliças: consumo de 400g entre frutas e hortaliças diariamente. Critério da OMS (WHO, 2003).VIGITEL
Tabagismo	% de indivíduos fumantes	Nº de indivíduos fumantes / total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL
	% de indivíduos ex-fumantes	Nº de indivíduos ex-fumantes / total de indivíduos entrevistados X 100	
	% de indivíduos fumam 20 ou mais cigarros por dia	Nº de indivíduos fumam 20 ou mais cigarros por dia / total indivíduos entrevistados X 100	
	% indivíduos passivos domicílio, local de trabalho e local onde estuda	Nº de indivíduos que relatam ter pelo menos uma pessoa que fuma no ambiente	

Quadro 4. Categorização de variáveis de acordo com Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, Brasil, 2010.

Variável	Indicador	Construção do indicador	Observações
Consumo de carnes com gordura	% de indivíduos que costumam consumir carne vermelha e frango com gordura aparente	Nº de indivíduos que consomem carne vermelha e frango com gordura / total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL
Consumo de leite com teor integral gordura	% de indivíduos que costumam consumir leite com teor integral de gordura	Nº de indivíduos que consomem leite com teor integral de gordura /total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL
Consumo de sucos artificiais e refrigerantes	% de indivíduos que costumam consumir regularmente sucos artificiais e refrigerantes	Nº de indivíduos que consomem refrigerantes e sucos artificiais / total de indivíduos entrevistados X 100	Consumo regular de sucos artificiais e refrigerantes: Cinco ou mais dias na semana.
Atividade Física	% de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre	Nº de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre / total de indivíduos entrevistados X 100	Prática de atividade física leve ou moderada de pelo menos 30 minutos diários. VIGITEL
	% de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre e no deslocamento	Nº de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre e no deslocamento/ total de indivíduos entrevistados X 100	Prática de atividade física leve ou moderada de pelo menos 30 minutos diários ou gastam 30 minutos no deslocamento de bicicleta ou caminhando
	% de indivíduos fisicamente inativos	Nº de indivíduos fisicamente inativos / total de indivíduos entrevistados X 100	Indivíduos fisicamente inativos: aqueles que não praticou qualquer atividade física nos últimos 3 meses, e não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não fez faxina pesada em casa
Adultos que assistem 3h ou mais de TV por dia	% de indivíduos que assistem 3h ou mais de televisão por dia	Nº de indivíduos que assistem 3h ou mais de TV por dia / total de indivíduos entrevistados X 100	Categorização utilizada pelo VIGITEL

#### **4.6 Aspectos Operacionais**

A equipe foi composta por um coordenador de campo, dois supervisores e oito entrevistadores; os supervisores são profissionais de saúde de nível superior, com pós-graduação em saúde; os entrevistadores selecionados são alunos de graduação e pós-graduação da área de saúde das instituições envolvidas nesta pesquisa, bem como técnicos vinculados aos serviços de saúde que manifestaram interesse em participar do estudo. Oficinas de trabalho de campo e treinamento prévio para toda a equipe foram realizadas no intuito de assegurar a qualidade dos dados coletados, segurança da equipe no trabalho de campo, abordagem correta nos domicílios, assim como garantir uma maior adesão por parte dos participantes do estudo.

Foram realizadas oficinas de sensibilização e informação sobre a pesquisa com os gestores, profissionais de saúde e conselhos de saúde dos municípios que faziam parte da amostra deste estudo previamente à chegada da equipe ao município, no intuito de sensibilizá-los da importância da pesquisa, garantir a adesão do município no momento da chegada da equipe para trabalho de campo, assim como apoio na divulgação da pesquisa junto a comunidade em diversos meios de comunicação direcionados a população em geral, para que a comunidade tomasse conhecimento da pesquisa previamente a chegada da equipe nos setores censitários. O Secretário Executivo do Colegiado de Gestão da Saúde da RIDE-DF assinou o Termo de Ciência da pesquisa realizada (ANEXO B).

As entrevistas aconteciam inicialmente de quarta a sexta-feira e, num segundo momento, de quarta-feira a domingo, no intuito de garantir a presença da maioria dos moradores dos domicílios, pois algumas cidades do entorno do DF são caracteristicamente cidades dormitório, as quais grande parte da população passa o dia no DF em suas atividades laborais, retornando para seus domicílios apenas no final do dia, ou em alguns casos, somente nos finais de semana.



Na Folha de Informações sobre os Setores, Domicílios e Pessoas a Entrevistar (FIS) (ANEXO H), que era fornecida para cada entrevistador junto com o instrumento a ser utilizado para preenchimento no momento das entrevistas. Essas instruções metodológicas contidas na FIS foram seguidas pelos supervisores de campo, e pela equipe de entrevistadores no momento de se dirigir aos domicílios selecionados dentro de cada setor censitário. Como antes mencionado, a FIS também contém informações de como selecionar aleatoriamente dentre os moradores elegíveis do domicílio, o indivíduo selecionado para responder a entrevista individual.

A FIS, que auxiliou toda a equipe durante trabalho de campo de coleta de dados, esta composta das seguintes informações: Identificação do setor; dados do setor (número de domicílios em cada setor mapeado; instruções de pulo a ser seguido no momento da seleção/mapeamento do domicílio a ser visitado; a partir de qual domicílio dentro de cada setor deveria começar a contagem para a seleção do primeiro a ser entrevistado, e, assim sucessivamente seguir a contagem levando em consideração os intervalos dos pulos entre o domicílio selecionado e o próximo a ser selecionado, de tal forma que ao final a distribuição dos domicílios no setor selecionado fosse homogênea; informações do ponto inicial e final de cada setor; direção a ser seguida durante o percurso de seleção; seleção do adulto a ser entrevistado para responder o questionário individual seguindo uma ordem numérica de acordo com o número de adultos em cada residência para que houvesse equiprobabilidade de todos os residentes pudessem ser escolhidos para fazer parte da amostra individual, utilizando a tabela de números aleatórios.

A identificação e seleção dos domicílios dentro de cada setor foram realizadas pelos supervisores de campo com apoio da FIS e mapas do setor obtidos do IBGE, sempre previamente à chegada da equipe de entrevistadores ao trabalho de campo (percorridos). A seleção antecipada ao momento da entrevista permitiu avançar mais rápido na cobertura total de cada setor, assim como estabelecer contato prévio com as famílias residentes nos domicílios selecionados, sensibilizando-as quanto à importância da participação, fortalecendo assim, a adesão à pesquisa, e, conseqüentemente diminuindo o

tempo de permanência da equipe em trabalho de campo nos municípios. Somente se avançava para o próximo município quando todos os setores censitários daquele município haviam sido percorridos, as residências selecionadas de acordo com o mapeamento da FIS, e esgotadas as possibilidades de entrevistas após a quinta visita ao domicílio selecionado. Essas visitas se repetiam caso o morador estivesse ausente na primeira abordagem. Nessas situações esse domicílio não era substituído por outro, passando a ser considerado dentro do setor como perda após a quinta tentativa do entrevistador.

Durante todo o período de coleta de dados, as entrevistas foram acompanhadas pelos supervisores de campo e todos os questionários, depois de concluídos, foram revisados pelos supervisores de campo para controle da qualidade dos dados coletados, assim como confirmação dos dados preenchidos. Caso houvesse alguma inconsistência quanto ao preenchimento do questionário ou informações faltantes, os entrevistadores eram solicitados a retornar ao domicílio para confirmação dos dados e/ou preenchimento correto de todas as variáveis abordadas neste estudo.

Os entrevistadores identificavam nos questionários, no primeiro momento da entrevista, o setor ao qual aquele domicílio pertencia, o número daquele domicílio, que recebia sempre a numeração de 1 a 18 dentro de cada setor censitário. Essa numeração ao domicílio era atribuída pelos supervisores de campo seguindo a ordem de seleção do mesmo no momento do pré mapeamento do setor, de acordo com sua ordem de seleção no momento de mapeamento dos domicílios a serem abordados, sempre seguindo a direção inicial de mapeamento do setor de acordo com as informações contidas nas (FIS). Com esta metodologia de aleatoriedade em todos os momentos da seleção adotada, tornava-se mais seguro a seleção dentro do domicílio entre os indivíduos elegíveis, o indivíduo selecionado para responder a segunda parte do questionário, pois essa seleção variava numericamente de um domicílio para outro, de acordo com a tabela de números aleatórios contida na FIS, onde era feito um cruzamento do número do domicílio no setor selecionado com o número de adultos elegíveis residentes naquele domicílio. A

ordem numérica dos moradores elegíveis variava de um domicílio para o outro, garantido uma completa aleatoriedade do indivíduo selecionado, dando igual probabilidade de seleção para todos os residentes naquele domicílio, minimizando o viés de seleção. No caso do indivíduo selecionado para responder o módulo individual fosse portador de alguma doença mental, ou incapaz de responder as perguntas por alguma razão o responsável ou o cuidador responderia pelo mesmo. Em nenhuma situação o indivíduo selecionado foi substituído por outro, assim como os domicílios selecionados, em caso de fechados ou moradores ausentes no momento da visita por alguma razão, a equipe retornava aquele domicílio cinco vezes até considerá-lo perda dentro do setor censitário.

Em seguida os entrevistadores faziam a leitura das perguntas seguindo a ordem e orientações contidas no questionário modular impresso em formato de caderno. Seguindo a ordem do instrumento a entrevista iniciava-se pela parte domiciliar e, depois de concluída, iniciava-se a parte individual do questionário. Os entrevistadores marcavam a opção correspondente de acordo com as informações fornecidas pelos entrevistados. Antes do início das perguntas, em cada módulo, o entrevistador tinha que ler algumas instruções norteadoras acerca do que seria abordado com o entrevistado, para que o mesmo compreendesse a pergunta de forma clara e objetiva, de acordo com seu grau de instrução, sem induções à respostas, evitando assim possíveis vieses para a pesquisa.

Após o término da coleta de dados em cada um dos municípios selecionados do Entorno Sul do DF, os questionários foram arquivados e identificados por setor censitário, município a qual pertenciam para o arquivamento em caixas contendo 18 questionários cada, facilitando assim a próxima fase da pesquisa, que foi a de digitação dos dados coletados.

Foi realizada uma oficina de treinamento para a equipe de digitadores da UFG composta por graduados e pós-graduados da área de saúde daquela instituição de ensino e pesquisa que demonstraram interesse em participar desta fase do estudo.

Os dados coletados dos questionários foram digitados num aplicativo desenvolvido especialmente para receber esses dados pela equipe técnica da ICICT-FIOCRUZ-RJ. Após digitados, os mesmos foram extraídos desse programa e em seguida o banco foi ponderado pelos estatísticos do ICICT-FIOCRUZ-RJ e liberado para análises com os devidos pesos já atribuídos às variáveis. Não foi adotado procedimento de dupla digitação para os dados analisados.

#### **4.7 Processamento e Análise dos Dados**

Os dados foram digitados em uma plataforma “em linha” gerenciada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/Fiocruz, gerando um banco de dados que foi analisado utilizando o aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas (proporções e prevalências, quando pertinente) e respectivos intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas contínuas foram calculadas as médias e medianas e respectivas medidas de dispersão. Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi considerado um efeito de desenho de 1,3. Os dados foram ponderados sendo o peso final atribuído a cada variável o resultado da multiplicação de três fatores,  $p_1$  = probabilidade de seleção do setor censitário x  $p_2$  = probabilidade de seleção do domicílio dentro do setor censitário x  $p_3$  = probabilidade de seleção do indivíduo dentro do domicílio, o produto final dessa multiplicação é a probabilidade de seleção do indivíduo dentro da amostra total e o peso é o inverso dessa probabilidade.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB) e identificada com o número de Registro 074/10, de 18 de junho de 2010. A pesquisa desenvolveu-se de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia,

contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A participação na pesquisa foi condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), indivíduo com idade igual ou maior de 18 anos entrevistado.

Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sempre previamente ao início da entrevista, onde todas as informações pertinentes à pesquisa foram fornecidas, como os objetivos do estudo explicados, seus direitos quanto a livre escolha de participação na entrevista, o sigilo das informações fornecidas caso concordassem em participar, assim como seu anonimato, solicitando após a leitura do mesmo e concordância em participar da pesquisa, a assinatura em duas vias, uma para o pesquisador, e a outra para deixar no domicílio do entrevistado.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Perfil sociodemográfico da população do estudo

Foram realizadas 605 entrevistas completas com adultos ( $\geq 18$  anos) de ambos os sexos, residentes nos municípios do Entorno Sul da Região Integrada de Desenvolvimento, no período de setembro de 2010 a abril de 2011. A coleta de dados foi finalizada com um percentual de perdas inferior a 20% (Tabela 2).

Durante o sorteio dos setores censitários dos municípios participantes do estudo conforme previsto na metodologia do estudo, não foi sorteado nenhum setor para a Cidade Ocidental, ficando este de fora dos municípios investigadas do Entorno Sul (Tabela 2).

A amostra apresentou-se com uma proporção ligeiramente maior de indivíduos do sexo feminino em comparação ao sexo masculino 51,4% e 48,6%, respectivamente, com média de idade de 39,0, mediana 37,0 e desvio padrão de 14,0. A idade variou entre 18 e 92 anos, e 53,4% dos informantes desta pesquisa se concentram na faixa etária de 25 a 44 anos (Tabela 3).

A composição étnica da população apresentou-se predominantemente parda 51,1% (Tabela 3).

De acordo com dados estimados na Tabela 3, cerca de 47,5% dos indivíduos entrevistados referiram ter de 0 a 8 anos de estudo.

Nos aspectos de condições de moradia, 59,3% dos sujeitos da amostra referiram que vivem com muito lixo ou entulhos nas ruas; 29,9% vivem com muito barulho na vizinhança; 22,8% relatou possuir alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada e apenas 24,0% da amostra referiu se sentir segura para caminhar de dia e de noite pela vizinhança, 22,8% relatou possuir alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada (Tabela 3).

De acordo com cálculos segundo o Critério Brasil, 79,0% da população estudada está concentrada entre as classes predominantemente mais baixas C (52,6%) e D (26,4) (Tabela 3).

Tabela 2. População, número de setores censitários selecionados e número de entrevistas previstas e realizadas segundo município do Entorno Sul, RIDE-DF. 2010/2011.

Municípios do Entorno Sul	População Censo IBGE, 2010	Nº Setores sorteados			Nº de Entrevistas previstas	Nº de Entrevistas realizadas (%)
		Urbanos	Rurais	Total		
Águas Lindas de Goiás	157,233	8	1	9	162	140 (86,4)
Cristalina	47,537	3	2	5	90	72 (80,0)
Luziânia	165,492	6	2	8	144	125 (86,8)
Novo Gama	92,788	6	-	6	108	89 (82,4)
Santo Antônio do Descoberto	61,791	5	1	6	108	98 (90,7)
Valparaíso de Goiás	122,771	6	-	6	108	81 (75,0)
* Cidade Ocidental	55,883	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>712,639</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>720</b>	<b>605 (84,0)</b>

\*Não foi sorteado nenhum setor censitário para este município

Tabela 3. Características sociodemográficas da população residente dos municípios do Entorno Sul da RIDE-DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	n	%	IC95%	
<b>Sexo</b>				
Feminino	311	51,5	46,8	56,0
Masculino	294	48,5	44,0	53,2
<b>Faixa etária (anos)</b>				
18 a 24	111	18,4	15,4	21,8
25 a 34	164	27,1	23,3	31,3
35 a 44	159	26,3	22,2	30,8
45 a 54	95	15,7	13,3	18,5
55 a 64	43	7,1	5,0	10,1
65 e mais	32	5,3	3,8	7,5
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>				
0 a 8	287	47,5	40,4	54,7
9 a 11	132	21,8	18,1	25,9
12 e mais	186	30,8	24,7	37,6
<b>Estado Civil</b>				
Nunca foi casado	135	22,3	18,8	26,3
Casado ou vive com companheiro	405	66,9	62,1	71,4
Separado ou divorciado	39	6,4	4,7	8,7
Viúvo	23	3,8	2,4	5,8
<b>Cor da pele</b>				
Branca	174	28,8	24,1	34,0
Preta	80	13,2	9,9	17,4
Amarela	33	5,5	3,7	8,1
Parda	309	51,1	45,9	56,3
Indígena	8	1,3	0,5	3,3
<b>Condições de moradia (na sua vizinhança)</b>				
Muito lixo ou entulho nas ruas	359	59,3	52,6	65,7
Muito barulho	180	29,9	25,4	34,8
Alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada	138	22,8	16,3	31,0
Algum local para comprar frutas e legumes	336	55,5	46,8	63,9
Seguro caminhar de dia e de noite	144	24,0	19,3	29,3
<b>Critério de classificação econômica Brasil</b>				
A2	5	0,9	0,3	2,5
B1	26	4,4	2,0	9,1
B2	86	14,2	9,5	20,6
C1	152	25,1	21,4	29,3
C2	166	27,5	23,1	32,3
D	160	26,4	21,7	31,7
E	9	1,6	0,8	2,9

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%  
n=605

Aproximadamente 40% da população de estudo se encontrava economicamente inativa (Tabela 4). O principal motivo para não trabalhar atualmente foi por desempenhar o papel de “dona de casa”. No que diz respeito à renda da população investigada, verificou-se que a renda mensal per capita (em reais) variou de 458,00 a 1125,00, com uma mediana de 545,00 e média de R\$ 875,96 (IC95% 705,76 – 1046,18). Para os indivíduos do sexo masculino, a renda mensal per capita variou de 862,00 a 1672,00 com uma mediana de 878,00 e média de R\$1.187,41, (IC95% 943,57 – 1431,26),



enquanto que para o sexo feminino, o rendimento médio mensal variou de 325,00 a 715,00, com uma mediana de R\$452,00 e média de R\$ 581,33, (IC95% 442,44 – 720,22).

Estimou-se, para as variáveis de renda da população investigada, um valor médio dos rendimentos mensais (per capita) em reais de R\$ 875,96 (IC95% 705,76 – 1046,18). Para os indivíduos do sexo masculino estimou-se um rendimento médio mensal de R\$1.187,41, (IC95% 943,57 – 1431,26) enquanto que para o sexo feminino o rendimento médio mensal foi de R\$ 581,33, (IC95% 442,44 – 720,22), desvio padrão de R\$ 1.278,51 e mediana de R\$ 545,00.

Tabela 4. Características de situação de trabalho, da população residente nos municípios do Entorno Sul da RIDE-DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	n	%	IC95%
<b>Situação de Trabalho</b>			
Trabalha atualmente	368	60,9	55,3 66,1
Trabalha, mas não atualmente	40	6,7	4,7 9,4
Já trabalhou, mas não trabalha mais	116	19,1	15,7 23,1
Nunca trabalhou	81	13,3	10,2 17,3
<b>Principal razão de você não estar em atividade atualmente</b>			
Dona de casa	60	40,3	31,8 49,4
Está procurando, mas não consegue	26	17,4	12,0 24,6
Estudos / treinamento	3	1,7	1,5 5,5
Aposentado por tempo de trabalho ou idade	21	13,9	8,9 21,0
Aposentado por doença ou invalidez	9	6,2	3,6 10,7
Afastado por doença	16	10,8	6,8 16,6
Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença,etc)	9	5,9	3,3 10,4
Outra	6	3,8	1,8 7,9

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Na Tabela 5, foi observado para as variáveis relacionadas com gastos com saúde do domicílio que em 68,4% as despesas eram pagas com a renda atual de algum morador do domicílio. Somente 15% dos participantes da pesquisa referiram possuir algum plano de saúde, dos quais 7% são de caráter obrigatório. Apenas 20,4% dos domicílios são cadastrados no programa da Estratégia de Saúde da Família, e 45,8% desses domicílios cadastrados recebem pelo menos uma visita mensal de um profissional de saúde ou agente comunitário de saúde.

Tabela 5. Características com gastos de saúde do domicílio, cobertura de plano de saúde, e cobertura do Programa de Saúde da Família, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF. 2010/2011.

VARIÁVEIS	n	%	IC 95%	
<b>Gastos com saúde do domicílio</b>				
<b>Fontes de recurso utilizados para pagar as despesas (últimos 12 meses)</b>				
Renda atual de algum morador do domicílio	412	68,4	61,4	74,6
Economias (poupança, aplicações)	19	3,1	1,9	4,9
Venda de objetos ou bens	17	2,8	1,7	4,6
Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	43	7,2	5,2	9,8
Empréstimos de instituições financeiras	16	2,8	1,7	4,6
Plano de saúde	46	7,6	4,8	11,8
Farmácia do serviço	1	0,2	0,0	1,5
Pega no posto	1	0,2	0,0	1,5
<b>Cobertura plano de saúde</b>				
Obrigatório	42	7,0	5,6	7,7
Privado	49	8,0	7,1	9,4
Não possui nenhum	514	85,0	83,6	86,6
<b>Cobertura do Programa de Saúde da Família</b>				
Domicílio cadastrado na Estratégia de Saúde da Família	123	20,4	13,9	28,9
<b>Frequência da visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde (n=131)</b>				
Mensalmente	71	45,8	31,3	61,0
A cada dois meses	28	17,8	11,9	25,8
Duas a quatro vezes por ano	10	6,3	2,7	13,9
Uma vez por ano	8	5,0	2,2	10,8
O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses	1	0,5	0,1	3,8

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

De acordo com a tabela 6, a média de tempo gasto com deslocamento para ida ao trabalho para as mulheres foi de 46' (IC95% 39,3 – 53,7) e para os homens 44' (IC95% 37,8 – 50,6). Foi estimado que a população investigada trabalha uma média de 42h por semana (Tabela 6).

Tabela 6. Características de tempo gasto no deslocamento para o trabalho, horas de trabalho por semana, de adultos ( $\geq 18$  anos) da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF. 2010/2011.

VARIÁVEIS	média	IC95%	
<b>Tempo gasto no deslocamento para trabalho</b>			
<b>Sexo Feminino</b>			
Ida ao trabalho (em minutos)	46'	39,3	53,7
Volta do trabalho (em minutos)	47'	40,5	55,1
<b>Sexo Masculino</b>			
Ida ao trabalho (em minutos)	44'	37,8	50,6
Volta do trabalho (em minutos)	46'	39,5	53,3
<b>Horas trabalhadas por semana</b>			
Sexo Feminino	40	37,9	42,7
Sexo Masculino	44	37,9	42,7
Horas trabalhada por semana da população	<b>42</b>	40,6	43,4

Sexo Feminino (n=246)

Sexo Masculino (n=278)

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Os dados revelam tratar-se de população relativamente homogênea segundo gênero. Observou-se que grande parte dos adultos estão concentrados entre as faixas etárias de 18 a 44 anos e que maior proporção possui baixa escolaridade. (Tabela 7).

Tabela 7. Características de composição de adultos ( $\geq 18$  anos) da população do estudo por sexo, segundo idade e anos de escolaridade do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

Variáveis	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	111	18,4	15,4 21,8	58	19,7	14,9 25,7	53	17,1	13,0 22,2			
25 a 34	164	27,1	23,3 31,3	76	26,0	20,5 32,4	88	28,2	23,4 33,6			
35 a 44	159	26,3	22,2 30,8	74	25,1	19,8 31,3	85	27,3	22,8 32,4			
45 a 54	96	15,7	13,3 18,5	44	14,8	11,6 18,8	52	16,6	12,2 22,1			
55 a 64	43	7,1	5,0 10,1	26	8,9	5,5 14,3	17	5,4	3,2 9,0			
65 e mais	32	5,3	3,8 7,51	16	5,4	3,2 9,0	16	5,3	3,2 8,7			
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	287	47,5	40,4 54,7	137	46,7	37,7 55,9	150	48,2	39,9 56,6			
9 a 11	132	21,8	18,1 25,9	55	18,8	14,0 24,7	76	24,6	19,8 30,1			
12 e mais	186	30,8	24,7 37,6	102	34,6	26,5 43,6	85	27,2	20,5 35,2			
<b>Total</b>	<b>605</b>	<b>100,0</b>	-	<b>294</b>	<b>48,6</b>	-	<b>311</b>	<b>51,4</b>	-			

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

n=605

## 5.2 Características de condições de saúde da população investigada

Um total de 7,4% da população auto avaliou seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. De acordo com estimativas da Tabela 8, observou-se que quanto mais idade, e menos escolaridade mais indivíduos auto avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim. Estimou-se ainda que 7,9% (IC95% 5,8 – 10,8), 54,0% (IC95% 47,8 – 60,1) e 30,7% (IC95% 25,9 – 35,9) referiram que seu estado de saúde era muito bom, bom e regular respectivamente.

Tabela 8. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

Variáveis	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	2	2,5	0,5 11,0	2	2,8	0,7 11,5	3	5,2	1,1 21,6	
25 a 34	6	3,6	1,7 7,6	5	6,3	1,9 18,4	4	4,3	1,7 10,5	
35 a 44	12	7,5	3,8 14,4	7	15,0	5,6 34,6	7	8,6	3,5 19,4	
45 a 54	11	10,5	4,8 21,4	3	12,5	4,2 31,7	3	6,7	2,1 19,2	
55 a 64	7	16,4	6,0 37,5	4	24,0	7,7 55,0	4	22,5	6,5 54,9	
65 e mais	7	22,2	10,5 41,0	-	-	-	3	20,3	7,7 43,6	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	28	9,5	6,6 13,5	14	9,6	5,9 15,2	14	9,4	5,5 15,6	
9 a 11	6	4,9	2,0 11,4	1	1,7	0,2 11,0	6	7,2	2,6 18,3	
12 e mais	11	6,0	2,9 12,2	6	6,3	2,2 17,0	4	5,7	2,1 14,7	
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>7,4</b>	<b>5,1 10,6</b>	<b>21</b>	<b>7,0</b>	<b>4,2 11,4</b>	<b>24</b>	<b>7,9</b>	<b>4,8 12,6</b>	

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

n=605

A grande maioria da população não refere dificuldades no que diz respeito a sua capacidade funcional segundo locomoção. Para homens esta proporção foi de 84,1%, enquanto que para mulheres foi de 78,1%. Entretanto destaca-se que 15,9% dos respondentes do sexo masculino referiram possuir algum grau de dificuldade para andar mais de 1 km, enquanto que para os respondentes do sexo feminino esta mesma variável apresentou uma

proporção de 27,7%. Cerca de 29,1% dos respondentes do sexo feminino referiram ter algum grau de dificuldade para subir uma ladeira ou um lance de escada (Tabela 9).

Tabela 9. Percentual de funcionalidade relacionadas a locomoção de adultos ( $\geq 18$  anos) por sexo da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo							
	Masculino				Feminino			
	n	%	IC95%		n	%	IC95%	
<b>Usa Aparelho para ajudar na locomoção</b>								
Sim, especifique:	1	0,5	0,1	3,7	4	1,3	0,5	3,3
Bengala	-	-	-	-	1	28,0	5,4	72,7
Muleta	-	-	-	-	1	20,3	2,4	72,7
Cadeira de rodas	-	-	-	-	1	34,3	4,9	84,2
Andador	-	-	-	-	-	-	-	-
Bastão	-	-	-	-	1	0,3	0,0	2,2
<b>GRAU DE DIFICULDADE</b>								
<b>Para andar mais de 1 km</b>								
Nenhum	247	84,1	78,9	88,3	225	72,3	65,5	78,1
Leve	14	4,9	2,9	7,9	27	8,5	5,5	13,0
Médio	12	4,2	2,4	7,4	36	11,4	8,2	15,7
Intenso	2	6,4	3,9	10,3	18	5,9	3,3	10,1
Não consegue	1	0,4	0,1	1,8	5	1,9	0,8	4,6
<b>Para subir uma ladeira ou um lance de escada</b>								
Nenhum	245	83,4	77,1	88,2	220	70,9	63,4	77,5
Leve	13	4,5	2,5	8,0	37	11,8	7,6	18,0
Médio	18	6,0	3,8	9,4	33	10,5	7,2	15,0
Intenso	16	5,3	3,2	8,5	16	5,2	3,0	9,0
Não consegue	2	0,8	0,2	3,6	5	1,6	0,6	4,0
<b>Para se cuidar, como tomar banho, se vestir</b>								
Nenhum	279	94,8	90,7	97,1	289	92,6	88,3	95,4
Leve	5	1,8	0,8	4,0	9	3,0	1,6	5,6
Médio	9	3,1	1,3	7,0	7	2,3	1,0	5,2
Intenso	1	0,3	0,0	2,5	5	1,8	0,6	5,4
Não consegue	-	-	-	-	1	0,3	0,0	2,4

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Estimou-se proporção de 56,2% para indivíduos do sexo feminino e 44,0% para indivíduos do sexo masculino que referiram sentir em algum grau de dores no corpo, enquanto que para a variável dor de cabeça e enxaqueca a

proporção para indivíduos do sexo feminino foi de 66,4% e 47,0% para sexo masculino (Tabela 10).

Tabela 10. Percentual de funcionalidade de indivíduos por sexo da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo					
	Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>GRAU DE DIFICULDADE</b>						
<b>Para se abaixar ou se curvar</b>						
Nenhum	238	81,0	75,1 85,8	242	78,0	70,7 83,9
Leve	19	6,6	4,4 9,7	26	8,5	5,2 13,6
Médio	23	7,9	5,0 12,4	23	7,4	5,1 10,6
Intenso	13	4,4	2,6 7,4	12	3,7	1,8 7,4
Não consegue	1	0,1	0,0 1,1	8	2,4	1,2 4,9
<b>Para levantar objetos pesados</b>						
Nenhum	214	72,9	65,9 78,9	209	67,1	60,1 73,5
Leve	28	9,6	5,8 15,4	33	10,7	7,4 15,3
Médio	28	9,5	6,4 14,0	40	12,8	9,4 17,2
Intenso	17	5,9	3,5 9,6	20	6,5	4,0 10,3
Não consegue	6	2,1	0,8 5,3	9	2,9	1,7 4,9
<b>Para empurar uma mesa ou objeto pesado</b>						
Nenhum	227	77,2	69,7 83,3	219	70,7	63,1 77,3
Leve	25	8,5	5,3 13,2	33	10,6	6,9 16,1
Médio	20	6,7	3,8 11,5	35	11,5	8,2 15,8
Intenso	18	6,1	3,7 9,9	13	4,3	2,3 8,0
Não consegue	9	2,9	1,6 5,3	9	2,9	1,6 5,3
<b>Para aprender uma nova tarefa</b>						
Nenhum	249	85,0	79,7 89,1	244	78,7	73,4 83,3
Leve	20	6,9	4,2 11,1	20	6,9	4,2 11,1
Médio	14	4,9	2,6 9,1	14	4,9	2,6 9,1
Intenso	9	3,0	1,2 7,0	9	3,0	1,6 5,6
Não consegue	1	0,3	0,0 2,1	1	0,3	0,0 2,0
<b>Grau que sente dores no corpo</b>						
Nenhum	165	56,0	48,0 63,7	136	43,8	35,7 52,2
Leve	53	18,1	13,7 23,5	74	24,0	19,2 29,5
Médio	41	14,1	9,8 19,9	54	17,3	12,8 23,1
Intenso	28	9,5	6,3 14,3	34	10,9	7,5 15,4
Muito intenso	7	2,3	1,0 5,0	13	4,1	2,2 7,5
<b>que sente dor de cabeça ou enxaqueca</b>						
Nenhum	185	63,0	55,4 70,0	114	33,6	29,4 44,5
Leve	64	21,7	16,2 28,3	69	22,3	16,5 29,3
Médio	24	8,3	5,5 12,4	57	18,4	12,9 25,6
Intenso	16	5,6	3,3 9,3	53	17,2	13,2 22,1
Muito intenso	4	1,5	0,4 4,8	17	5,5	3,1 9,7

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=605

### 5.3 Estilo de vida

Foi observado que mais de 60% de homens e mulheres relataram ter se pesado em menos de um mês (Tabela 11).

Tabela 11. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem quanto tempo faz que se pesaram pela última vez, segundo sexo, da população dos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo					
	Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Quanto tempo faz que o (a) sr(a) se pesou pela última vez ?</b>						
Menos de 1 semana	90	30,8	25,1 37,1	93	30,0	25,3 35,1
Entre 1 semana e menos de 1 mês	91	30,8	25,0 37,3	104	33,6	27,8 39,9
Entre 1 mês a menos de 6 meses	62	21,0	15,9 27,2	79	25,3	20,4 30,9
6 meses ou mais atrás	50	17,1	13,2 21,9	35	11,2	8,1 15,4
Nunca se pesou	1	0,3	0,0 2,2	0	00,0	-
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>48,6</b>	-	<b>311</b>	<b>51,4</b>	-

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

n=605

De acordo com a Tabela 12, cerca de 48,0% entre homens e mulheres investigados neste estudo encontram-se com excesso de peso ou seja o índice de massa corporal ( $IMC \geq 25$ ), enquanto que 10,1% dos homens e 15,4% das mulheres encontram-se obesos com índice de massa corporal ( $IMC \geq 30$ ).

Tabela 12. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) e com obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) na idade atual, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%			
<b>EXCESSO DE PESO (IMC <math>\geq 25</math>)</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	27	29,1	20,1	40,0	15	30,0	17,4	46,5	12	28,1	16,5	43,5
25 a 34	67	45,4	37,7	53,3	32	42,3	31,6	53,9	36	48,5	38,0	59,1
35 a 44	79	56,9	48,6	64,8	43	63,4	48,3	76,3	36	50,6	38,7	62,5
45 a 54	49	58,4	45,6	70,2	25	70,0	52,1	43,3	24	49,9	31,5	68,3
55 a 64	19	51,2	36,4	65,8	8	37,6	21,0	51,7	10	72,4	41,3	90,7
65 e mais	13	50,4	29,2	71,4	5	33,5	14,6	59,9	8	71,9	44,6	89,0
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	106	45,3	39,2	51,6	53	44,8	35,6	54,4	54	45,9	36,5	55,6
9 a 11	56	45,7	35,6	56,1	25	45,7	30,6	61,7	31	45,7	33,4	58,5
12 e mais	92	54,1	45,4	62,6	50	54,0	44,4	63,3	41	54,3	40,6	67,4
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>48,3</b>	<b>43,7</b>	<b>52,8</b>	<b>128</b>	<b>48,2</b>	<b>41,5</b>	<b>55,0</b>	<b>126</b>	<b>48,3</b>	<b>43,1</b>	<b>53,6</b>
<b>OBESIDADE (IMC <math>\geq 30</math>)</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	3	3,4	1,0	10,4	1	1,9	0,2	13,9	2	5,1	1,2	19,2
25 a 34	22	14,7	10,5	20,4	8	11,2	5,7	20,8	13	18,3	11,8	27,3
35 a 44	17	12,6	7,8	19,8	7	11,0	6,1	19,1	10	14,2	7,3	25,9
45 a 54	14	16,4	8,4	29,4	5	14,6	6,5	29,5	8	17,6	6,5	39,8
55 a 64	9	23,3	10,0	45,3	4	17,5	6,3	40,1	5	32,4	11,9	62,9
65 e mais	2	8,6	1,9	31,4	1	5,7	0,7	34,0	1	12,3	1,6	55,2
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	25	10,8	7,2	15,8	12	9,5	5,9	14,8	15	12,0	6,9	20,1
9 a 11	18	15,4	9,5	23,9	8	15,6	6,8	31,8	10	15,2	8,2	26,5
12 e mais	24	13,5	8,5	20,8	7	7,6	3,5	15,7	15	20,8	11,8	34,0
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>12,7</b>	<b>9,6</b>	<b>16,8</b>	<b>27</b>	<b>10,1</b>	<b>6,9</b>	<b>14,5</b>	<b>40</b>	<b>15,4</b>	<b>11,0</b>	<b>21,3</b>

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=528 (foram excluídos da amostra os indivíduos que não sabiam ou não lembravam seu peso)

Estimou-se que 81,0% dos entrevistados referiram que consomem feijão cinco ou mais dias por semana (Tabela 13).



Tabela 13. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem feijão cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	91	82,1	71,4	89,4	49	83,9	67,5	92,9	42	80,1	64,5	89,9
25 a 34	137	83,7	77,7	88,7	69	89,7	78,8	95,3	69	78,4	68,4	86,0
35 a 44	126	79,1	70,9	85,5	60	81,1	65,3	90,7	66	77,5	67,1	85,3
45 a 54	79	82,8	71,8	90,1	36	83,4	66,2	92,8	43	82,4	66,1	91,8
55 a 64	37	84,6	69,1	93,1	23	86,3	67,5	95,0	14	82,0	55,1	94,4
65 e mais	24	73,3	52,1	87,4	12	74,3	45,7	90,8	12	72,3	38,8	91,5
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	240	83,5	78,8	87,8	121	88,5	80,7	93,4	119	79,0	71,3	85,0
9 a 11	103	78,3	67,8	86,1	44	79,1	62,9	89,4	59	77,8	65,2	86,8
12 e mais	151	80,9	72,9	86,9	83	81,6	71,6	81,6	68	80,0	68,6	88,1
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>81,6</b>	<b>77,6</b>	<b>85,0</b>	<b>248</b>	<b>84,3</b>	<b>78,3</b>	<b>88,9</b>	<b>246</b>	<b>79,0</b>	<b>73,3</b>	<b>83,7</b>

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

A proporção de indivíduos do sexo feminino e masculino que relataram consumir frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana foi de 55,2% e 45,2%, respectivamente (Tabela 14).

Tabela 14. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	58	52,3	43,2	61,3	26	44,4	31,5	58,1	33	61,0	45,0	74,9
25 a 34	77	46,7	39,6	54,0	31	40,7	28,5	54,3	46	52,0	41,7	62,1
35 a 44	75	47,1	38,6	55,8	32	43,3	33,3	53,8	43	50,4	36,8	64,0
45 a 54	62	65,5	53,3	76,0	25	56,5	40,4	71,3	38	73,2	57,0	84,9
55 a 64	15	35,5	20,4	54,3	9	35,1	15,6	61,4	6	36,2	16,0	62,8
65 e mais	16	49,9	31,4	68,5	10	61,0	33,1	83,2	6	39,4	20,0	62,8
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	140	48,3	41,9	54,8	57	41,4	32,4	51,1	82	54,7	46,4	62,7
9 a 11	66	49,8	39,9	59,7	29	52,3	35,0	69,0	37	48,0	34,7	61,6
12 e mais	99	53,3	44,2	62,2	47	45,9	34,7	54,6	53	62,2	49,8	73,1
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>50,4</b>	<b>45,5</b>	<b>54,8</b>	<b>133</b>	<b>45,2</b>	<b>38,6</b>	<b>51,6</b>	<b>172</b>	<b>55,2</b>	<b>48,3</b>	<b>61,6</b>

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Observou-se maior proporção entre os homens para o consumo de carnes em geral com excesso de gordura, sendo 1,5 vezes maior que as mulheres, e que quanto menos escolaridade maior proporção de indivíduos que consomem carne vermelha e frango com gordura aparente (Tabela 15).

Tabela 15. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que costumam consumir carnes vermelha e frango, com excesso de gordura, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%		n	%	IC95%		n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	47	43,0	32,3	54,3	32	54,6	40,2	68,3	16	30,1	17,3	47,0
25 a 34	45	27,4	20,2	36,1	29	38,5	27,3	51,1	15	17,7	9,7	29,9
35 a 44	66	42,7	34,3	51,5	35	48,0	37,8	58,4	30	37,8	26,1	51,1
45 a 54	36	37,4	26,8	49,2	23	52,5	37,4	67,1	13	24,6	13,6	40,4
55 a 64	14	32,2	19,6	48,0	8	30,3	17,5	47,0	6	35,1	15,3	61,8
65 e mais	9	30,1	17,0	47,5	6	37,6	18,4	61,7	3	21,4	7,2	48,7
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	108	38,2	32,5	44,2	64	46,9	38,1	55,8	43	29,9	22,7	38,3
9 a 11	45	34,9	24,5	47,0	24	43,4	27,6	60,6	21	28,6	18,3	41,7
12 e mais	64	34,5	27,8	41,9	45	44,4	35,4	53,9	19	22,4	13,2	35,3
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>36,4</b>	<b>32,4</b>	<b>40,4</b>	<b>133</b>	<b>45,4</b>	<b>40,5</b>	<b>50,4</b>	<b>83</b>	<b>27,5</b>	<b>22,2</b>	<b>33,6</b>

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=595 ( foram excluídos os indivíduos que não comem carnes )

Quando inquiridos, 27,1% de homens e 23,4% de mulheres relataram o consumo de refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais dias por semana. (Tabela 16).

De acordo com a Tabela 17, a distribuição entre homens e mulheres que relataram consumir leite com teor integral de gordura foi muito próxima.

Tabela 16. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consomem refrigerantes ou sucos artificiais cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	39	35,5	24,4 48,4	22	38,1	23,1 55,7	17	32,6	19,0 50,0	
25 a 34	52	31,5	23,4 40,8	26	34,6	22,6 49,1	25	28,7	19,2 40,5	
35 a 44	40	24,9	18,4 32,8	20	27,2	18,5 38,1	19	22,9	14,8 33,8	
45 a 54	15	15,6	8,7 26,4	7	15,3	7,3 29,1	8	15,9	6,2 35,0	
55 a 64	5	11,6	4,4 27,4	3	10,2	2,8 30,9	2	13,7	3,2 43,5	
65 e mais	2	6,5	1,9 19,9	2	10,9	2,5 36,4	1	2,4	0,3 16,8	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	71	24,8	19,8 30,6	36	25,6	18,4 34,6	36	24,1	17,1 32,8	
9 a 11	38	28,9	20,4 39,2	17	30,2	18,0 46,0	21	28,0	19,3 38,6	
12 e mais	43	23,3	17,1 30,9	28	27,4	18,7 38,2	15	18,3	10,1 30,7	
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>25,3</b>	<b>21,8 29,0</b>	<b>81</b>	<b>27,1</b>	<b>22,9 31,8</b>	<b>72</b>	<b>23,4</b>	<b>18,7 29,0</b>	

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Tabela 17. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que costumam consumir leite com teor integral de gordura, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	57	84,4	69,2 92,9	26	83,3	59,2 94,5	31	85,3	59,5 95,9	
25 a 34	106	91,0	82,8 95,4	47	89,3	76,5 95,6	59	92,3	81,7 97,0	
35 a 44	86	82,8	73,3 89,1	35	80,2	64,7 90,0	52	84,2	69,6 92,6	
45 a 54	54	82,6	71,5 90,0	22	81,6	62,4 92,2	32	83,3	69,2 91,7	
55 a 64	25	83,0	60,7 93,9	15	83,1	55,4 95,1	10	83,0	57,2 94,7	
65 e mais	19	80,0	57,3 92,2	9	79,8	44,6 95,1	10	80,1	48,0 94,6	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	166	85,1	78,5 90,0	77	84,9	76,0 90,8	90	85,4	76,2 91,4	
9 a 11	75	87,0	76,2 93,3	25	79,4	57,6 91,6	49	91,4	77,7 97,0	
12 e mais	106	84,0	74,6 90,4	51	84,6	67,1 93,6	55	83,5	73,3 90,3	
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>85,2</b>	<b>81,1 88,5</b>	<b>153</b>	<b>83,8</b>	<b>76,6 89,1</b>	<b>193</b>	<b>86,3</b>	<b>81,1 90,2</b>	

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=407 ( foram excluídos os indivíduos que não consumiam leite )

A Tabela 18 demonstra que a proporção de homens que consome alguma bebida alcoólica pelo menos uma vez por mês é 2,5 vezes maior do que a proporção das mulheres. Sendo que cerca de 75,1% (IC95% 63,3 – 84,1)

dos homens e 94,2% (IC95% 80,8 – 98,4) referiram consumir bebidas alcoólicas de 1 a 2 dias na semana pelo menos.

Tabela 18. Frequência de adultos ( $\geq 18$  anos) com consumo de alguma bebida alcoólica e quantos dias por semana consomem alguma bebida alcoólica da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo					
	Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Com que frequência o sr(a) consome alguma bebida alcoólica</b>						
Não bebo nunca	155	2,8	43,4 62,0	232	74,8	68,7 80,0
Menos de uma vez por mês	60	20,3	15,5 26,2	48	15,4	11,8 19,9
Uma vez ou mais por mês	79	26,8	20,4 34,4	31	9,8	6,5 14,5
<b>Quantos dias por semana o sr(a) consome alguma bebida alcoólica</b>						
Nunca	3	3,8	1,2 11,2	1	2,8	0,4 16,3
1 a 2 dias na semana	59	75,1	63,3 84,1	29	94,2	80,8 98,4
3 a 4 dias na semana	8	10,2	5,2 19,1	1	3,0	0,4 19,5
5 a 6 dias na semana	2	2,3	0,6 9,2	-	-	-
Todos os dias	7	8,6	4,1 17,1	-	-	-

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Estimou-se que a proporção de indivíduos do sexo masculino que referiram ter consumido 5 ou mais doses de alguma bebida alcoólica em uma mesma ocasião foi 3,6 vezes maior que os indivíduos do sexo feminino que referiram o consumo de 4 ou mais doses (Tabela 19).

Tabela 19. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que nos últimos 30 dias, consumiram mais que quatro doses (mulher), ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	9	7,8	4,0 14,6	7	11,6	4,8 25,6	2	3,6	0,9 12,9	
25 a 34	20	12,0	6,9 20,1	15	20,2	11,2 33,7	4	4,8	1,4 15,3	
35 a 44	16	10,3	6,2 16,6	12	16,8	10,0 26,9	4	4,6	1,4 14,1	
45 a 54	4	4,1	1,3 12,2	2	5,6	1,7 17,0	1	2,8	0,6 12,0	
55 a 64	2	5,2	1,3 18,9	2	8,6	2,1 29,5	-	-	-	
65 e mais	1	1,3	0,2 9,4	1	2,7	0,4 17,5	-	-	-	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	27	9,1	6,1 13,3	21	15,3	9,8 23,2	5	3,4	1,5 7,5	
9 a 11	13	9,8	5,2 17,8	7	12,4	6,2 23,2	6	7,9	3,0 19,2	
12 e mais	12	6,6	3,1 13,5	12	11,7	5,5 23,4	1	0,4	0,1 3,2	
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>8,5</b>	<b>6,2 11,5</b>	<b>40</b>	<b>13,5</b>	<b>9,6 18,8</b>	<b>12</b>	<b>3,7</b>	<b>1,7 7,7</b>	

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%  
n=605

Foi observado, de acordo com a Tabela 20, que somente indivíduos do sexo masculino (6,4%) relataram o consumo de alguma bebida alcoólica e dirigiram logo em seguida.

Tabela 20. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que consumiram alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias e dirigiram logo em seguida, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	3	3,1	0,4 19,5	3	5,9	0,9 31,5	-	-	-	
25 a 34	6	3,5	1,7 7,2	6	7,6	3,7 15,0	-	-	-	
35 a 44	7	4,1	1,7 9,9	7	8,9	3,8 19,6	-	-	-	
45 a 54	2	1,9	0,5 7,5	2	4,2	1,0 15,5	-	-	-	
55 a 64	1	2,4	0,3 16,3	1	4,0	0,5 24,4	-	-	-	
65 e mais	0	0,0	0,0 0,0	-	-	-	-	-	-	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	9	3,3	1,8 5,9	10	7,0	3,9 12,1	-	-	-	
9 a 11	2	1,4	0,3 5,4	2	3,2	0,7 13,0	-	-	-	
12 e mais	7	4,0	0,9 15,5	7	7,3	1,8 25,2	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>3,1</b>	<b>1,6 5,9</b>	<b>19</b>	<b>6,4</b>	<b>3,4 11,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%  
n =605

Somente 7,9% dos entrevistados relataram praticar atividade física no tempo livre. Estimou-se uma distribuição similar entre homens e mulheres e foi observado uma maior proporção em indivíduos com maior escolaridade (Tabela 21).

Tabela 21. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que praticam atividade física no tempo livre, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	10	9,4	4,5	18,4	8	14,5	6,2	30,3	2	3,9	0,9	15,2
25 a 34	18	11,1	7,2	16,8	8	10,6	4,9	21,5	10	11,6	6,7	19,2
35 a 44	9	5,5	2,8	10,6	5	6,7	2,7	15,3	4	4,5	1,3	14,8
45 a 54	9	9,3	3,7	21,8	1	1,2	0,2	8,4	8	16,2	6,3	35,9
55 a 64	0	0,0	0	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-	-
65 e mais	1	3,9	0,8	16,9	1	5,4	0,7	32,9	1	2,4	0,3	17,5
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	14	5	2,8	8,7	5	3,5	1,3	9,0	9	6,3	3,1	12,5
9 a 11	9	7,1	3,8	12,8	4	7,2	2,7	18,1	5	7,0	2,8	16,3
12 e mais	24	12,8	7,5	21,0	14	13,7	7,3	24,2	10	11,9	5,9	22,3
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>7,9</b>	<b>5,6</b>	<b>11,0</b>	<b>22</b>	<b>7,7</b>	<b>4,7</b>	<b>12,5</b>	<b>25</b>	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>	<b>12,5</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Foi considerado nessa condição os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física, VIGITEL 2010, (ANEXO K).

A proporção de relato para prática de atividade física no tempo livre e ou no deslocamento da população investigada foi de (18,4%). A distribuição foi similar para ambos os sexos (Tabela 22).

Tabela 22. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que praticam atividade física no tempo livre, e ou no deslocamento por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total				Masculino				Feminino			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	19	17,4	10,2	28,1	14	24,7	12,9	42,1	5	9,6	3,4	24,0
25 a 34	36	22,0	15,8	29,9	14	19,3	11,3	31,0	21	24,3	16,7	34,1
35 a 44	31	19,2	13,5	26,7	11	15,0	8,6	24,7	20	23	13,3	36,6
45 a 54	17	17,5	9,7	29,6	4	8,1	2,7	21,8	13	25,5	12,9	44,0
55 a 64	4	9,0	3,9	19,5	3	10,0	3,4	26,1	1	7,5	1,7	27,8
65 e mais	5	15,1	5,7	34,4	4	28,4	10,4	57,5	1	2,4	0,3	17,5
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	46	16,2	11,8	21,9	20	14,5	9,0	22,6	26	17,8	11,9	25,7
9 a 11	24	18,1	11,6	27,2	9	16,9	9,2	29,0	14	19,0	10,3	32,5
12 e mais	41	22,1	14,4	32,4	21	21,1	12,8	32,7	20	23,3	13,6	36,8
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>18,4</b>	<b>14,8</b>	<b>22,7</b>	<b>50</b>	<b>17,2</b>	<b>12,3</b>	<b>23,6</b>	<b>61</b>	<b>19,6</b>	<b>14,9</b>	<b>25,3</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Foi considerado nessa condição os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física no tempo livre, e aqueles que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e despendem pelo menos 30 minutos de percurso de ida e volta, VIGITEL 2010 (AnEXO K).

A proporção de indivíduos fisicamente inativos foi de 22,8%, sendo 20,9 do sexo masculino e 24,7% do sexo feminino (Tabela 23).

Tabela 23. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fisicamente inativos, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total				Masculino				Feminino			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	23	20,8	12,1	33,3	8	13,9	5,9	29,4	15	28,4	15,3	46,5
25 a 34	31	19,3	13,1	27,4	13	17,4	10,9	26,6	18	20,8	11,9	34,0
35 a 44	31	19,5	14,0	26,6	13	17,6	10,7	27,6	18	21,2	13,7	31,4
45 a 54	17	18,1	11,0	28,4	9	21,8	11,1	38,4	8	15,1	7,2	28,9
55 a 64	19	43,1	26,4	61,4	12	46,2	23	71,2	6	38,1	18,8	62,1
65 e mais	16	51	34,2	67,5	5	34,3	14,5	61,7	11	66,9	45,0	83,3
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	69	24,1	17,9	31,7	29	20,9	13,5	31,1	40	27,1	19,2	36,6
9 a 11	27	20,8	13,7	30,1	12	22,8	12,1	38,6	15	19,3	11,3	31,2
12 e mais	41	22,3	15,4	31,3	20	19,9	11,8	31,5	21	25,3	15,6	38,2
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>22,8</b>	<b>18,1</b>	<b>28,4</b>	<b>61</b>	<b>20,9</b>	<b>15,7</b>	<b>27,3</b>	<b>76</b>	<b>24,7</b>	<b>19,0</b>	<b>31,4</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Foi considerado inativo o indivíduo que não praticou qualquer atividade física no tempo livre, ou nos últimos três meses e que não fez esforços físicos intensos no trabalho, ou não se deslocou para o trabalho caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa, conforme VIGITEL 2010 (AnEXO K).

De acordo com a Tabela 24, aproximadamente 61,2% (IC95% 57,4 – 65,0) da população investigada assiste 3 ou mais horas de TV por dia.

A Tabela 25 aponta prevalência de consumo de tabaco e 20,1 % (IC95% 16,9 – 23,8), além disso, observou-se que a proporção de indivíduos fumantes do sexo masculino no conjunto da população investigada é 2,4 vezes maior do que indivíduos fumantes do sexo feminino. Observou-se ainda uma maior proporção de fumantes no grupo de indivíduos com baixa escolaridade.

Tabela 24. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que assistem três ou mais horas de televisão por dia em pelo menos cinco dias da semana, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo								
	Total			Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Idade (anos)</b>									
18 a 24	72	65,2	53,4 75,4	34	58,1	37,7 76,0	39	73,0	62,5 81,5
25 a 34	108	66,1	58,7 72,8	49	63,8	52,0 74,1	60	68,2	59,2 75,9
35 a 44	90	57,3	48,2 65,9	42	57,1	47,4 66,3	49	57,5	45,0 69,1
45 a 54	57	59,7	48,9 69,7	26	60,1	43,7 74,5	31	59,4	45,9 71,6
55 a 64	26	61,0	44,3 75,5	18	69,6	51,7 83,1	8	47,6	23,0 73,5
65 e mais	15	47,2	32,6 62,3	8	48,8	27,5 70,5	8	45,7	26,5 66,3
<b>Anos de escolaridade</b>									
0 a 8	173	60,5	54,9 65,9	79	58,1	50,6 65,3	94	62,7	55,1 69,7
9 a 11	83	63,4	53,0 72,6	36	65,1	49, 78,3	47	62,1	49,0 73,6
12 e mais	113	60,9	53,4 67,9	61	60,2	49,6 69,9	52	61,8	47,5 74,2
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>61,2</b>	<b>57,4 65,0</b>	<b>176</b>	<b>60,2</b>	<b>54,0 66,0</b>	<b>194</b>	<b>62,3</b>	<b>57,6 66,7</b>

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

n=605



Tabela 25. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo								
	Total			Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Idade (anos)</b>									
18 a 24	17	16,0	9,2 26,2	12	21,1	11,3 36,0	5	10,1	4,1 22,9
25 a 34	27	16,8	11,4 24,2	20	28,4	18,4 41,3	6	7,3	2,4 19,9
35 a 44	32	20,9	14,9 28,5	19	26,0	17,3 37,2	13	16,2	10,0 25,2
45 a 54	23	24,3	15,8 35,5	16	36,9	21,9 54,9	7	13,6	5,5 29,6
55 a 64	14	33,7	22,3 47,3	12	46,2	29,7 63,6	2	13,2	2,4 48,0
65 e mais	5	17,0	8,1 32,1	3	19,4	6,9 43,9	2	14,7	4,9 36,6
<b>Anos de escolaridade</b>									
0 a 8	64	22,7	17,7 28,6	46	34,1	26,0 43,2	18	12,3	7,3 20,0
9 a 11	19	14,7	8,8 23,5	11	19,6	9,9 35,2	8	11,0	5,1 22,2
12 e mais	37	20,0	14,7 26,6	27	26,6	18,6 36,5	10	12,1	6,1 22,3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>20,1</b>	<b>16,9 23,8</b>	<b>84</b>	<b>28,8</b>	<b>23,4 34,8</b>	<b>36</b>	<b>11,9</b>	<b>8,1 17,3</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=605

Foi observado que 11,0% da população investigada relatou fumar 20 ou mais cigarros por dia. Observou-se uma maior proporção de homens 13,7% (IC95% 9,6 – 19,2) em relação as mulheres 8,5% (IC95% 5,2 – 13,4) (Tabela 26).

Tabela 26. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo								
	Total			Masculino			Feminino		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>Idade (anos)</b>									
18 a 24	8	7,8	3,0 18,8	7	12,6	4,4 30,9	1	2,7	0,3 18,4
25 a 34	10	6,9	3,5 13,3	3	4,3	1,2 13,6	8	8,9	3,9 19,2
35 a 44	18	12,6	8,0 19,1	11	16,7	9,7 27,2	7	8,9	4,5 16,8
45 a 54	12	14,7	7,0 28,0	7	17,9	9,1 32,1	5	12,0	3,9 31,5
55 a 64	7	19,2	9,1 36,0	6	28,7	12,4 53,4	1	5,3	0,7 31,2
65 e mais	4	13,8	5,0 32,7	2	11,6	2,3 42,3	2	16,2	4,3 45,7
<b>Anos de escolaridade</b>									
0 a 8	33	12,7	8,3 19,0	17	14,4	9,2 21,8	15	11,2	5,7 20,9
9 a 11	10	8,3	4,3 15,6	4	8,0	3,0 19,7	6	8,6	3,4 20,1
12 e mais	17	10,2	5,4 18,3	14	16,1	8,2 29,2	3	3,7	1,4 9,1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>11,0</b>	<b>8,2 14,5</b>	<b>36</b>	<b>13,7</b>	<b>9,6 19,2</b>	<b>24</b>	<b>8,5</b>	<b>5,2 13,4</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=548 ( foram excluídos os indivíduos que relataram fumar menos que 20 cigarros por dia)

Cerca de 22,1% dos indivíduos do sexo masculino relataram ser ex-fumantes, proporção 1,7 maior do que os indivíduos do sexo feminino. Observou-se uma concentração maior de ex-fumantes no grupo de indivíduos com baixa escolaridade (Tabela 27).

Aproximadamente 23,7% dos homens e 19,8% das mulheres investigadas relataram morar com alguém que fuma dentro de casa (Tabela 28).

Tabela 27. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) ex-fumantes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	9	9,8	4,7 19,4	7	13,9	5,5 30,9	3	5,7	1,4 20,8	
25 a 34	15	10,5	6,0 17,8	9	15,0	6,5 30,9	6	7,2	3,5 14,3	
35 a 44	30	23,8	16,9 32,3	19	34,2	22,0 48,8	11	15,4	8,8 25,7	
45 a 54	16	20,6	11,8 33,6	7	21,6	9,9 41,0	10	20,0	10,3 35,2	
55 a 64	10	31,7	14,6 55,6	6	40,8	15,4 72,2	3	21,8	7,7 48,3	
65 e mais	5	17,8	8,2 34,7	1	10,1	2,2 36,2	4	24,6	9,9 49,3	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	51	22,0	15,4 30,3	23	23,8	13,5 38,4	28	20,7	14,1 29,3	
9 a 11	12	10,9	6,0 19,0	9	20,0	9,2 38,2	3	5,0	1,9 12,5	
12 e mais	23	14,3	9,2 21,7	17	21,3	12,5 33,8	5	6,7	3,0 14,5	
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>17,2</b>	<b>12,8 22,4</b>	<b>49</b>	<b>22,1</b>	<b>14,9 31,4</b>	<b>36</b>	<b>13,0</b>	<b>9,3 17,9</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=501 ( foram excluídos os que responderam que nunca fumaram)

Tabela 28. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes passivos no domicílio, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	29	26,6	14,8 43,0	16	28,1	12,0 52,7	13	25,0	12,7 43,3	
25 a 34	34	21,2	15,2 28,9	16	21,5	12,2 35,2	18	21,0	14,1 30,1	
35 a 44	25	16,0	9,7 25,1	14	19,6	11,2 32,2	11	12,7	6,3 23,9	
45 a 54	23	24,9	17,3 34,4	13	29,2	17,5 44,5	10	21,0	11,1 36,2	
55 a 64	8	18,0	8,2 35,1	4	16,1	5,5 38,5	3	20,8	5,9 52,3	
65 e mais	10	31,5	17,9 49,1	5	34,6	13,3 64,7	5	28,6	13,4 50,9	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	72	25,4	20,3 31,2	34	25,3	18,5 33,4	37	25,5	17,8 35,1	
9 a 11	28	21,5	14,7 30,5	12	21,1	11,3 36,0	16	21,8	13,0 34,4	
12 e mais	29	16,1	9,6 26,0	23	22,9	12,7 37,9	7	8,1	3,2 18,8	
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>21,7</b>	<b>18,1 25,7</b>	<b>69</b>	<b>23,7</b>	<b>18,4 29,8</b>	<b>60</b>	<b>19,8</b>	<b>15,1 25,7</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n=595

De acordo com a Tabela 29, 24,6% (IC95% 19,8 – 30,1) da população investigada relatou ter algum colega que fuma em seu ambiente de trabalho ou estudo, sendo esta proporção de 36,2% para homens e 13,6% para mulheres.

Tabela 29. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes passivos no local de trabalho ou local onde estuda, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo									
	Total			Masculino			Feminino			
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	31	28,5	18,5 41,2	24	42,5	26,5 60,2	7	13,6	6,4 26,5	
25 a 34	37	23,2	17,2 30,5	28	37,0	26,2 49,3	9	10,8	5,9 19,0	
35 a 44	40	25,7	17,9 35,4	30	41,1	28,3 55,3	10	12,0	6,7 20,6	
45 a 54	25	26,3	16,2 39,7	14	31,9	18,1 49,9	11	21,5	9,4 41,9	
55 a 64	9	20,3	10,1 36,6	7	28,5	13,6 50,3	1	7,7	1,9 26,6	
65 e mais	4	13,0	4,7 - 31,0	1	7,6	0,9 41,6	3	17,6	5,3 45,0	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	72	25,5	19,7 32,3	56	41,0	31,3 51,5	17	11,3	7,0 17,8	
9 a 11	30	22,9	15,5 32,4	16	29,5	18,1 44,2	14	18,0	10,6 29,0	
12 e mais	45	24,5	15,4 36,6	33	33,4	20,3 49,7	11	13,5	7,0 24,3	
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>24,6</b>	<b>19,8 30,1</b>	<b>105</b>	<b>36,2</b>	<b>29,0 44,0</b>	<b>42</b>	<b>13,6</b>	<b>10,0 18,1</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n= 596

Em relação a proteção a exposição solar, 46,5% referiram usar algum tipo de proteção solar. Os dados estimados revelam uma proporção 1,4 vezes maior de indivíduos do sexo feminino que se protegem quando expostas ao sol em comparação com o sexo masculino. Estimou-se uma distribuição maior nos indivíduos com baixa escolaridade (Tabela 30).

Tabela 30. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem se proteger contra radiação ultravioleta utilizando filtro solar, chapéu, roupa/vestimenta, guarda-sol, sombrinha por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Sexo											
	Total			Masculino			Feminino					
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	49	44,1	31,4	57,6	26	44,8	27,4	63,6	23	43,3	28,5	59,5
25 a 34	69	41,9	33,4	50,8	27	35,6	25,2	47,5	41	47,3	35,9	59,0
35 a 44	74	46,7	37,7	55,9	22	30,0	20,1	42,4	52	61,0	47,4	73,1
45 a 54	59	62,2	50,8	72,3	22	50,8	36,4	65,0	37	71,7	54,6	84,3
55 a 64	15	35,0	22,1	50,5	7	27,9	13,6	48,8	8	46,0	22,5	71,3
65 e mais	16	50,0	32,6	67,4	10	61,9	36,5	82,1	6	38,6	18,9	62,9
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	119	41,6	35,3	48,3	50	36,8	27,8	46,7	69	46,1	38,5	53,9
9 a 11	60	45,6	35,4	56,3	20	36,8	22,7	53,6	40	52,0	38,1	65,6
12 e mais	102	55,2	46,9	63,2	43	43,2	30,7	56,7	59	69,4	58,4	786,
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>46,5</b>	<b>41,9</b>	<b>51,5</b>	<b>113</b>	<b>38,5</b>	<b>31,8</b>	<b>46,7</b>	<b>168</b>	<b>53,9</b>	<b>47,2</b>	<b>60,4</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

n = 605

## 5.4 Morbidade

Em relação a aferição da pressão arterial, da glicemia e de níveis de colesterol, 3,5%, 23,4% e 30,4%, respectivamente, da população, nunca o fizeram (Tabela 31).

Tabela 31. Frequência da aferição de indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico médico de hipertensão, diabéticos, e com a condição de colesterol alto, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, residentes nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

ÚLTIMA AFERIÇÃO	HIPERTENSÃO			DIABETES			COLESTEROL ALTO					
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
Há menos de 6 meses	353	58,3	53,2	63,3	179	29,6	24,6	35,2	145	24,0	19,9	28,7
Entre 6 meses e menos de 1 ano	99	16,4	13,4	20,0	98	16,1	13,8	18,8	95	15,7	12,5	19,6
Entre 1 ano e menos de 2 anos	81	13,3	10,5	16,8	91	15,1	11,8	19,2	80	13,3	10,7	16,4
Entre 2 anos e menos de 3 anos	19	3,2	2,1	4,9	43	7,1	5,0	9,9	38	6,2	4,1	9,4
3 anos ou mais	31	5,1	3,4	7,7	52	8,7	5,9	12,5	62	10,3	7,7	13,6
nunca	21	3,5	2,2	5,5	141	23,4	19,1	28,2	184	30,4	25,8	35,6
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100</b>	-	-	<b>604</b>	<b>100</b>	-	-	<b>604</b>	<b>100</b>	-	-

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

A prevalência de relato para hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi de 17% (IC95% 14,0 – 20,5). A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade, sendo mais freqüente em indivíduos com baixa escolaridade (20%) e mais elevada em mulheres (10,1%) que em homens (6,9%) independentemente da idade e escolaridade. Uma distribuição similar com relação a idade e sexo se observa para a diabetes embora a prevalência de relato seja menor que a de HAS, 3,9% (IC95% 2,3 – 6,5) (Tabela 32).

Tabela 32. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total		Sexo									
			Masculino			Feminino						
	n	%	IC95%		n	%	IC95%		n	%	IC95%	
<b>HIPERTENSÃO</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	6	5,4	2,2	12,7	1	1,2	0,2	9,0	5	4,2	1,5	11,0
25 a 34	6	3,8	1,9	7,7	-	-	-	-	6	3,8	1,9	7,7
35 a 44	19	12,4	8,3	18,2	6	3,9	1,6	9,0	13	8,5	5,1	14,0
45 a 54	31	32,8	23,2	44,1	19	19,8	12,3	30,3	12	13,0	6,8	23,2
55 a 64	16	37,1	21,5	55,8	6	13,1	5,9	26,8	10	24,0	12,6	40,7
65 e mais	21	66,8	52,6	78,5	8	26,3	12,6	47,0	13	40,5	24,2	59,1
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	56	20,2	16,1	25,1	26	9,0	6,1	13,1	31	11,2	7,8	16,0
9 a 11	17	13,1	7,6	21,7	5	4,1	1,9	8,6	12	9,0	4,5	17,2
12 e mais	26	14,8	9,9	21,6	10	5,6	2,7	11,2	16	9,2	5,6	14,7
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>17,0</b>	<b>14,0</b>	<b>20,5</b>	<b>40</b>	<b>6,9</b>	<b>5,0</b>	<b>9,4</b>	<b>59</b>	<b>10,1</b>	<b>7,8</b>	<b>13,1</b>
<b>DIABETES</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 44	6	4,5	2,0	9,6	3	2,3	0,7	7,1	3	2,2	0,7	7,0
45 a 54	6	7,0	2,4	18,7	3	3,4	1,0	10,1	3	3,6	1,0	11,9
55 a 64	2	4,8	1,3	16,3	1	2,5	0,4	15,8	1	2,3	0,3	14,4
65 e mais	5	15,4	6,3	33,2	2	5,2	1,2	19,9	3	10,2	3,2	28,2
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	12	5,9	3,0	11,0	5	2,4	1,0	5,7	7	3,5	1,5	7,8
9 a 11	4	2,7	0,9	7,8	2	1,7	0,4	6,8	1	1,0	0,1	6,6
12 e mais	3	2,2	0,8	5,9	1	1,1	0,2	4,4	2	1,1	0,3	4,7
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>3,9</b>	<b>2,3</b>	<b>6,5</b>	<b>8</b>	<b>1,8</b>	<b>0,9</b>	<b>3,5</b>	<b>11</b>	<b>2,1</b>	<b>1,1</b>	<b>4,0</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

De acordo com a Tabela 33, estimou-se uma prevalência de doenças do coração de 2,4% (IC95% 1,2 - 4,7) sendo duas vezes maior em homens que em mulheres e mais frequente em indivíduos com menos de anos de estudo. Observou-se uma prevalência de depressão de 8,3% (IC95% 6,1 – 11,2), sendo proporção de indivíduos do sexo feminino que referem este estado de 6,9%, e de 1,4% no sexo masculino.

Tabela 33. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de doenças cardíacas e depressão, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total		Sexo							
	n	%	Masculino			Feminino				
			IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
<b>DOENÇAS CARDÍACAS</b>										
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	1	1,6	0,2 10,8	1	1,6	0,2 10,8	-	-	-	
25 a 34	1	0,8	0,1 6,0	-	-	-	1	0,8	0,1 6,0	
35 a 44	4	3,4	0,9 12,0	1	1,1	0,3 4,9	3	2,3	0,7 7,6	
45 a 54	3	3,7	1,2 11,3	3	3,7	1,2 11,3	-	-	-	
55 a 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 e mais	1	4,8	0,6 28,1	1	4,8	0,6 28,1	-	-	-	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	5	2,9	1,0 7,8	2	1,3	0,3 5,1	3	1,6	0,5 5,0	
9 a 11	3	3,0	1,0 8,2	2	2,5	0,7 7,9	1	0,5	0,1 3,7	
12 e mais	2	1,4	0,3 6,1	2	1,4	0,3 6,1	0	0,0	0,0 0,0	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>2,4</b>	<b>1,2 4,7</b>	<b>7</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7 3,3</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3 2,3</b>	
<b>DEPRESSÃO</b>										
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	3	3,1	1,0 9,1	2	2,2	0,6 8,6	1	0,8	0,1 6,0	
25 a 34	11	6,8	3,8 12,0	1	0,9	0,2 4,1	10	5,9	3,1 11,2	
35 a 44	19	11,7	8,1 16,5	5	2,7	1,3 5,7	14	8,9	5,8 13,5	
45 a 54	9	9,9	5,3 17,7	-	-	-	9	9,9	5,3 17,7	
55 a 64	5	10,6	4,2 24,3	-	-	-	5	10,6	4,2 24,3	
65 e mais	3	8,8	2,5 26,2	-	-	-	3	8,8	2,5 26,2	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	29	10,3	7,2 14,5	4	1,6	0,7 3,7	25	8,8	6,2 12,2	
9 a 11	12	8,8	4,0 18,3	2	1,3	0,3 6,1	10	7,5	3,6 15,3	
12 e mais	9	4,6	2,6 8,1	2	1,1	0,3 4,5	7	3,5	1,9 6,5	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>8,3</b>	<b>6,1 11,2</b>	<b>8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7 2,5</b>	<b>42</b>	<b>6,9</b>	<b>4,9 9,5</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

A prevalência de osteoporose na população investigada apresentou prevalência de 19,4% (IC95% 8,2 – 39,2), sendo que a maior concentração estava nos indivíduos com poucos anos de estudo, e maiores de 54 anos de idade. Estimou-se para problema crônico na coluna uma prevalência de 8,7%

para homens e 10,5% para mulheres, observando uma proporção maior de casos nos indivíduos com baixa escolaridade (Tabela 34).

Tabela 34. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de osteoporose e problema crônico de dores na coluna, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total			Sexo								
				Masculino			Feminino					
OSTEOPOROSE	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
25 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35 a 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
45 a 54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
55 a 64	2	16,4	4,9	42,9	2	19,1	5,1	51,0	1	12,1	1,4	57,4
65 e mais	7	20,8	8,0	44,3	3	22,5	5,5	59,4	3	19,1	6,9	43,2
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	7	24,6	7,6	56,5	5	39,7	13,8	73	1	10,2	1,2	50,8
9 a 11	1	17,4	2,2	66,8	-	-	-	-	1	46,9	4,6	94,1
12 e mais	1	9,4	2,5	29,7	-	-	-	-	1	21,4	5,4	56,5
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>19,4</b>	<b>8,2</b>	<b>39,2</b>	<b>5</b>	<b>21,2</b>	<b>7,7</b>	<b>46,5</b>	<b>4</b>	<b>17,3</b>	<b>5,9</b>	<b>40,9</b>
<b>PROBLEMA CRÔNICO COLUNA</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	3	2,6	0,8	8,0	-	-	-	-	3	5,5	1,7	16,6
25 a 34	10	6,1	3,4	11,0	4	5,1	1,9	13,2	6	7,0	3,2	14,6
35 a 44	17	10,9	6,6	17,4	9	12,2	6,6	21,3	8	9,7	4,6	19,4
45 a 54	19	19,8	11,8	31,5	9	20,8	9,4	40,2	10	19	9,4	34,7
55 a 64	4	9,6	3,2	25,6	3	10,2	2,8	30,7	1	8,7	1,2	43,1
65 e mais	5	14,4	6,6	28,6	1	5,1	0,6	31,5	4	23,2	11,2	41,9
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	35	12,2	8,7	16,9	19	14,1	9,1	21,1	16	10,5	6,2	17,3
9 a 11	11	8,7	4,8	15,1	3	6,1	2,2	15,9	8	10,5	5,3	19,8
12 e mais	11	6,2	2,9	12,5	3	2,7	0,8	8,6	9	10,3	4,8	20,7
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>9,6</b>	<b>6,9</b>	<b>13,1</b>	<b>25</b>	<b>8,7</b>	<b>5,7</b>	<b>13,0</b>	<b>33</b>	<b>10,5</b>	<b>6,9</b>	<b>15,4</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Para artrite, de acordo com a Tabela 35, a prevalência foi 10 vezes maior nos indivíduos do sexo feminino do que no sexo masculino (3,2% e 0,3% respectivamente), enquanto que para o colesterol alto a prevalência foi 1,5 vezes maior para os homens do que para as mulheres (10,0% e 5,4% respectivamente).

Tabela 35. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de artrite e colesterol alto, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total			Sexo								
				Masculino			Feminino					
ARTRITE	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
25 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
35 a 44	2	1,4	0,3	5,8	-	-	-	2	2,6	0,6	10,8	
45 a 54	3	3,6	1,3	9,7	-	-	-	3	6,6	2,4	16,9	
55 a 64	4	10,1	2,2	36	1	3,5	0,4	23,3	3	20,4	5,0	55,3
65 e mais	1	2,7	0,7	10,2	-	-	-	-	1	5,3	1,5	17,6
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	6	1,9	0,9	4,0	0	0,0	0,0	0,0	6	3,7	1,7	7,6
9 a 11	2	1,6	0,4	6,6	1	1,7	0,2	11,0	1	1,6	0,2	11,1
12 e mais	3	1,7	0,4	7,6	-	-	-	-	3	3,8	0,8	15,8
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>4,2</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>-</b>	<b>2,4</b>	<b>10</b>	<b>3,2</b>	<b>1,5</b>	<b>6,9</b>
<b>COLESTEROL ALTO</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
25 a 34	2	1,8	0,4	7,0	1	2,6	0,3	17,2	1	1,3	0,2	9,3
35 a 44	8	7,1	3,4	14,4	4	7,2	2,7	17,7	4	7	2,3	19,4
45 a 54	12	14,8	7,2	28,1	6	17,4	7,3	36,1	6	12,8	3,8	35,6
55 a 64	2	6,0	1,9	17,3	1	7,1	1,5	28,1	1	4,7	0,6	29,8
65 e mais	7	23,0	0,7	42,9	6	38,9	16,6	67,0	1	6,6	1	34,2
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	20	10,6	6,5	16,8	13	16,1	9,0	27,0	7	6,4	2,4	16,2
9 a 11	8	8,3	4,2	15,7	3	7,6	2,6	20,6	5	8,7	3,6	19,5
12 e mais	3	7,4	0,8	7,6	2	3,6	0,9	14,0	1	1,5	0,2	10,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>7,4</b>	<b>4,8</b>	<b>11,1</b>	<b>18</b>	<b>10,0</b>	<b>6,3</b>	<b>15,5</b>	<b>13</b>	<b>5,4</b>	<b>2,4</b>	<b>11,5</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Para os relatos de acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame a prevalência entre homens e mulheres foi de 1,1% (IC95% 0,5 – 2,7), sem aparente diferença segundo idade, sexo e escolaridade. Estimou-se uma prevalência 2,2 vezes maior de asma para as mulheres do que nos homens, e uma maior distribuição entre indivíduos com baixa escolaridade.(Tabela 36).



Tabela 36. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame e asma, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total			Sexo								
				Masculino			Feminino					
AVC / DERRAME	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
25 a 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
35 a 44	1	0,8	0,1	5,8	-	-	1	1,5	0,2	10,5		
45 a 54	4	3,7	1,2	11,3	2	4,6	1,1	17,7	2	3,0	0,4	18,4
55 a 64	1	1,8	0,2	12,2	-	-	1	4,5	0,5	28,7		
65 e mais	1	4,2	0,9	17,5	1	2,7	0,4	17,5	1	5,5	0,7	33,3
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	2	0,7	0,2	2,9	-	-	2	1,4	0,3	5,6		
9 a 11	1	1,2	0,2	8,1	-	-	1	2,0	0,3	13,7		
12 e mais	3	1,8	0,6	5,3	2	2,4	0,7	8,4	1	1,1	0,1 - 7,8	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1,1</b>	<b>0,5</b>	<b>2,7</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,2</b>	<b>2,8</b>	<b>4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,4 - 4,8</b>	
<b>ASMA</b>												
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	3	2,8	0,7	10,9	1	2,2	0,3	14,6	2	3,4	0,5	20,9
25 a 34	14	8,4	5,0	13,9	4	5,0	1,8	13,0	10	11	6,6	18,8
35 a 44	9	5,6	2,8	10,9	1	1,7	0,2	12,0	8	9,1	4,4	18,0
45 a 54	1	0,9	0,1	6,7	-	-	-	-	1	1,7	0,2	11,7
55 a 64	1	2,1	0,3	14,5	1	3,5	0,5	22,0	-	-	-	-
65 e mais	2	7,0	1,9	23,2	1	9,1	1,2	46,2	1	5,0	1,3	18,1
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	17	6,0	3,8	9,4	4	2,6	0,8	8,5	14	9,0	5,6	14,4
9 a 11	7	5,0	2,0	11,9	2	3,8	0,8	15,5	5	5,9	2,2	15,0
12 e mais	6	3,3	1,7	6,4	3	3	1,1	8,0	3	3,6	1,3	9,8
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>4,9</b>	<b>3,7</b>	<b>6,6</b>	<b>9</b>	<b>3,0</b>	<b>1,5</b>	<b>5,7</b>	<b>21</b>	<b>6,8</b>	<b>4,8</b>	<b>9,6</b>

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

A frequência referida de hepatite foi 1,5 vezes maior nos homens do que nas mulheres. A prevalência para outras doenças mentais foi de 1,4% (IC95% 0,6 – 2,8), sendo de 1,7% (IC95% 0,5 – 5,0) nos homens e 1,0% (IC95% 0,3 – 3,2) nas mulheres (Tabela 37).

Tabela 37. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de hepatite e outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total			Sexo						
				Masculino			Feminino			
HEPATITE	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	4	4,0	1,1 13,6	4	6,2	1,4 23,5	1	1,5	0,2 10,5	
25 a 34	3	1,6	0,5 4,8	2	2,2	0,6 8,6	1	1,0	0,1 7,7	
35 a 44	7	4,4	2,0 9,5	4	4,8	1,7 13,2	3	4,0	1,0 14,7	
45 a 54	4	4,1	1,6 10	2	4,3	1,0 17	2	3,9	1,2 12,2	
55 a 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 e mais	2	5,1	1,3 18,7	1	5,1	0,6 31,5	1	5,2	0,6 31,8	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	7	2,4	1,2 4,8	5	3,5	1,4 8,3	2	1,5	0,4 4,9	
9 a 11	1	1,1	0,2 4,7	1	1,8	0,2 12,4	1	0,6	0,1 4,4	
12 e mais	11	6,0	3,1 11,2	6	5,7	2,3 13,8	5	6,3	2,4 15,6	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>3,2</b>	<b>2,1 5,0</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>2,0 7,5</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>	<b>1,3 5,2</b>	
<b>DOENÇAS MENTAIS</b>										
<b>Idade (anos)</b>										
18 a 24	2	2,2	0,3 15	2	4,3	0,5 26,6	-	-	-	
25 a 34	2	1,0	0,2 4,1	1	1,1	0,1 7,9	1	0,9	0,1 6,7	
35 a 44	2	1,4	0,3 5,7	1	1,2	0,2 8,2	1	1,6	0,2 11,4	
45 a 54	1	1,4	0,3 5,8	1	1,0	0,1 7,9	1	1,7	0,2 10,5	
55 a 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 e mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Anos de escolaridade</b>										
0 a 8	1	0,5	0,1 3,4	-	-	-	1	0,9	0,1 6,6	
9 a 11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12 e mais	6	3,4	1,4 8,1	5	4,5	1,4 13,9	2	2,0	0,5 7,4	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6 2,8</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5 5,0</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3 3,2</b>	

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Aproximadamente 2,3% (IC95% 1,2 – 4,4) da população investigada relatou ter outra doença crônica, a distribuição foi aproximada entre ambos os sexos (Tabela 38).

Tabela 38. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de outra doença crônica de longa duração 6 meses ou mais, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	Total			Sexo								
				Masculino			Feminino					
DOENÇA CRÔNICA LONGA DURAÇÃO	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%			
<b>Idade (anos)</b>												
18 a 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
25 a 34	3	1,8	0,5 5,7	2	2,7	0,6 11,4	1	0,9	0,1 6,7			
35 a 44	3	1,9	0,7 5,1	2	2,4	0,6 9,6	1	1,5	0,3 6,8			
45 a 54	5	5,3	1,8 14,6	1	3,0	0,7 11,8	4	7,2	1,7 26,3			
55 a 64	3	7,3	1,6 27,8	1	3,3	0,4 20,4	2	13,5	1,8 57,1			
65 e mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8	5	1,8	0,6 5,4	1	0,7	0,1 5,0	4	2,8	0,7 10,1			
9 a 11	2	1,3	0,3 6,2	1	2,3	0,3 15,6	1	0,6	0,1 4,4			
12 e mais	7	4,0	1,5 10,3	4	3,8	0,9 14,8	3	4,2	1,0 15,4			
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>2,3</b>	<b>1,2 4,4</b>	<b>6</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7 5,9</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>	<b>1,1 6,3</b>			

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Os dados estimados na Tabela 39, demonstram frequência de 55,7% de indivíduos que relataram diagnóstico para hipertensão, 77,3% para diabetes, 21,4% para depressão, e 59,3% para outras doenças mentais procuram serviço de saúde regularmente.

Tabela 39. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão e doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO			DIABETES			DEPRESSÃO			DOENÇA MENTAL		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
<b>Procura o serviço de saúde regularmente</b>												
Sempre	55	55,7	44,4 66,4	14	77,3	52,4 91,4	11	21,4	13,8 31,8	4	59,3	20,4 89,2
Se tem algum problema nunca	38	38,8	29,8 48,7	2	12,1	3,1 37,3	24	48,3	33,0 64,0	1	18,1	2,2 68,2
5	5,5	2 14,2	2	10,5	2,3 36,8	15	30,3	18,0 46,2	2	22,6	4,6 63,8	
<b>Motivo de não procurar regularmente</b>												
O serviço de saúde é muito distante	8	18,4	9,2 33,6	1	20,8	2,4 73,8	6	15,1	6,0 33,1	-	-	-
O tempo de espera é muito grande	8	18,6	8,3 36,6	-	-	-	1	2,2	0,3 15,7	-	-	-
não acha necessário	24	54,6	35,9 72,0	3	79,2	26,2 97,6	-	-	-	3	100	100
O horário do serviço de saúde é incompatível	3	6,3	2 18,3	-	-	-	1	2,1	0,5 8,2	-	-	-
não sabe quem procurar ou aonde ir	-	-	-	-	-	-	4	9,4	2,9 26,3	-	-	-
Tem dificuldades financeiras	-	-	-	-	-	-	3	6,9	1,5 26,1	-	-	-
não está deprimido	-	-	-	-	-	-	23	59	39,6 76,0	-	-	-
Outro	1	2,1	0,3 14,8	-	-	-	2	5,3	1,3 19,0	-	-	-
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>		<b>18</b>	<b>100</b>		<b>50</b>	<b>100</b>		<b>8</b>	<b>100</b>	

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

Foi observado que 74,9%, 67,3% e 40,9% dos indivíduos que relataram diagnóstico médico para hipertensão, diabetes e depressão, respectivamente receberam assistência médica entre menos de 6 meses e menos de 1 ano, enquanto de 5,0%, 11,0% e 14,8% nunca receberam assistência médica (Tabela 40).

Tabela 40. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES				DEPRESSÃO			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Última assistência médica</b>												
Há menos de 6 meses	60	60,4	49,8	70,0	10	55,5	27,8	80,1	10	19,8	10,6	34,0
Entre 6 meses e menos de 1 ano	14	14,5	8,6	23,2	2	11,8	2,6	40,3	11	21,1	11,5	35,4
Entre 1 ano e menos de 2 anos	13	12,7	7,0	22,0	2	10,4	2,3	36,4	2	3,4	1,0	11,1
Entre 2 anos e menos de 3 anos	4	3,9	1,3	11,0	1	5,4	0,7	32,7	5	10,3	5,3	19,1
3 anos ou mais atrás	4	3,6	1,2	9,9	1	5,8	0,7	34,5	15	30,6	20,9	42,3
nunca recebeu	5	5,0	1,4	15,7	2	11,0	2,4	38,1	7	14,8	7,1	28,6
<b>Encaminhamento para especialista</b>												
Foi a todas as consultas	38	87,7	74,3	94,6	6	93,1	70,5	98,7	11	68,3	45,1	85,0
<b>Principal motivo de não ter ido a todas as consultas</b>												
A consulta marcada, mas ainda não foi	1	9,8	1,1	51,8	-	-	-	-	-	-	-	-
não conseguiu marcar	4	82,8	43,3	96,8	-	-	-	-	1	17,0	2,0	67,1
Espera no serviço de saúde era muito grande	1	7,5	43,3	49,3	-	-	-	-	3	58,2	17,3	90,3
O serviço de saúde era muito distante	-	-	-	-	1	5,7	0,9	28,6	-	-	-	-
não achou necessário	-	-	-	-	-	-	-	-	1	24,8	3,2	76,6
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	-	-	<b>18</b>	<b>100</b>	-	-	<b>50</b>	<b>100</b>	-	-

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

A proporção de indivíduos que referiram ter buscado serviços de saúde foi de 45,7%, 75,7% e 35,9% para hipertensão, diabetes e depressão, respectivamente. Procuraram a rede pública de serviço, mais especificamente o posto ou centro de saúde. Observou-se ainda uma proporção de 26,5%, 5,7% e 34,5% para indivíduos com hipertensão, diabetes e depressão que procuraram atenção na rede privada de saúde (Tabela 41).

Tabela 41. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde segundo tipo de estabelecimento para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES				DEPRESSÃO			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Onde foi atendido</b>												
Unidade de saúde pública- posto ou centro	43	45,7	33,3	58,7	12	75,7	48,8	91,0	15	35,9	24,9	48,6
Unidade de Pronto Atendimento	1	0,4	0,1	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,0	0,1	7,2
Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	2	2,5	0,7	7,8	2	10,8	2,3	38,4	2	3,9	0,9	15,4
Pronto-socorro ou emergência de hospital público	13	13,9	7,3	24,9	1	5,3	0,6	32,7	5	11,2	4,2	26,6
Ambulatório de hospital público	10	10,4	4,3	23,1	1	2,5	0,3	18,1	6	13,6	5,6	29,2
Consultório particular ou consultório de estabelecimento	20	21,1	12,0	34,3	1	5,7	0,9	28,6	14	32,4	20,5	47,2
Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	5	5,4	2,0	13,6	-	-	-	-	1	2,1	0,3	13,3
Outro	1	0,6	0,1	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	-	-	<b>18</b>	<b>100</b>	-	-	<b>50</b>	<b>100</b>	-	-

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

Aproximadamente cerca de 72,2% dos hipertensos, 94,3% dos diabéticos e 65,5% dos indivíduos com depressão investigados neste estudo relataram ter recebido atendimento no SUS (Tabela 42).

Tabela 42. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que buscam por serviços de saúde segundo forma de pagamento para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, depressão, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES				DEPRESSÃO			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Atendimento</b>												
Pago sem reembolso	15	16,2	8,2	29,3	1	5,7	0,9	28,6	9	22,0	11,2	38,5
Reembolso total através do plano de saúde	3	3,3	0,7	13,2	-	-	-	-	1	3,6	0,9	13,0
Reembolso parcial através do plano de saúde	2	2,0	0,4	9,2	-	-	-	-	2	4,9	1,3	17,2
Plano de saúde cobriu totalmente	6	6,4	2,6	15,0	-	-	-	-	2	4,1	0,8	17,6
SUS	68	72,2	58,8	82,5	15	94,3	71,4	99,1	27	65,5	50,0	78,3
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	-	-	<b>18</b>	<b>100</b>	-	-	<b>50</b>	<b>100</b>	-	-

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

De acordo com a Tabela 43, 48,3% dos indivíduos com hipertensão seguem alguma dieta e 16,6% praticam atividade física, enquanto que os indivíduos com diabetes, 89,9% relataram ter em seus hábitos atuais dieta incorporada a sua rotina e 26,9% a prática de atividade física. Para os indivíduos com colesterol alto que seguem dieta a proporção foi de 64,9% e 46,2% praticam alguma atividade física.

Foi observado ainda que, 47,6% dos hipertensos e 56,8% dos diabéticos referiram alguma limitação para o desempenho de suas atividades atuais por conta da doença. Não houve nenhum relato relacionado aos indivíduos que tem colesterol alto (Tabela 43).

Tabela 43. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, e colesterol alto, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES				COLESTEROL ALTO			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Hábitos atuais</b>												
Dieta	48	48,3	37,4	59,5	16	89,9	64,4	97,8	20	64,9	44,9	80,7
Prática de atividade física	16	16,6	9,6	27,1	5	26,9	13,2	47,0	14	46,2	27,5	66,0
Já fazia antes do diagnóstico	4	4,1	1,3	12,5	1	4,5	0,5	28,4	4	15,0	9,2	27,9
Toma medicamento	77	78,0	69,0	85,0	14	76,1	47,3	91,8	11	37,7	24,2	53,5
Insulina	-	-	-	-	3	16,7	5,5	41,0	-	-	-	-
Fisioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras terapias de reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Limita as atividades atuais</b>												
não limita	52	52,4	41,0	63,5	8	43,3	22,5	66,8	-	-	-	-
Um pouco	22	21,7	13,9	32,3	3	16,2	5,3	39,8	-	-	-	-
Moderadamente	13	13,1	8,1	20,6	6	33,0	16,4	55,3	-	-	-	-
Intensamente	8	8,1	4,1	15,4	1	7,6	1,1	36,8	-	-	-	-
Muito intensamente	5	4,7	1,7	12,3	-	-	-	-	-	-	-	-

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

Estimou-se para os indivíduos com diagnóstico médico de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, proporção de 51,2% e 81,5% que seguem dieta. Foi observado que enquanto de 15,3% dos indivíduos com doenças cardíacas relataram ter alguma limitação para o desempenho de suas atividades atuais, para os indivíduos com acidente vascular cerebral a proporção foi de 88,4% (Tabela 44).

Tabela 44. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: doenças cardíacas e AVC, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	DOENÇAS CARDÍACAS				AVC / DERRAME			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Hábitos atuais</b>								
Dieta	5	51,2	20,7	80,9	6	81,5	30,5	97,8
Prática de atividade física	1	14,3	1,8	60,0	-	-	-	-
Já fazia antes do diagnóstico	-	-	-	-	-	-	-	-
Toma medicamento	5	52,5	20	83,0	5	75,3	29,8	95,6
Insulina	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisioterapia	-	-	-	-	3	45,6	17,2	77,2
Outras terapias de reabilitação	-	-	-	-	2	22,0	3,9	66,3
<b>Limita as atividades atuais</b>								
não limita	37	84,7	70,9	92,6	1	11,6	1,3	56,5
Um pouco	7	15,3	7,4	29,1	2	28,2	7,2	66,5
Moderadamente	-	-	-	-	2	31,7	6,6	75,5
Intensamente	-	-	-	-	2	28,5	8,3	63,5
Muito intensamente	-	-	-	-	-	-	-	-

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

Em relação aos hábitos atuais dos indivíduos que relataram fazer uso de medicamento, a saber: asma (n=12) a proporção foi de 40,8%, artrite (n=7) a proporção foi de 66,5%, problema crônico de coluna (n=23) a proporção foi de 39,85% (Tabela 45).

Foi observado que 87,8%, 80,0% e 45,8% dos respondentes com artrite, problema crônico de coluna e asma, respectivamente, referiram que a doença oferece alguma limitação para o desempenho de suas atividades atuais (Tabela 45).

Tabela 45. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: asma, artrite, problema crônico de coluna, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	ASMA				ARTRITE				PROBLEMA CRÔNICO DE COLUNA			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Hábitos atuais</b>												
Toma medicamento	12	40,8	23,8	60,3	7	66,5	41,7	84,7	23	39,8	28,9	51,8
Fisioterapia	-	-	-	-	4	31,4	11,9	60,7	11	19,1	9,9	33,5
Acupuntura	-	-	-	-	1	12,2	1,4	57,2	2	2,6	0,4	16,1
Psicoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7,5	3,5	15,5
<b>Limita as atividades atuais</b>												
não limita	16	54,2	33,7	73,3	1	12,2	1,4	57,2	6	10,1	4,2	22,3
Um pouco	4	12,9	5,4	27,5	2	15,0	5,9	33,4	10	16,9	9,6	27,9
Moderadamente	5	17,7	7,4	36,6	1	7,6	0,9	44	21	35,8	22,4	51,8
Intensamente	4	15,2	5,5	35,9	7	65,1	33,3	87,5	16	27,3	17,4	39,9
Muito intensamente	-	-	-	-	-	-	-	-	6	10,1	4,4	21,2

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%

A proporção de indivíduos com alguma doença mental que referiram fazer uso de medicamentos foi 2,5 vezes maior que os indivíduos com depressão. No que diz respeito a proporção de indivíduos com alguma doença mental que referiu ter alguma limitação para desempenho de suas atividades atuais, a proporção foi 1,8 vezes maior do que os indivíduos com depressão (Tabela 46).

Tabela 46. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem hábitos atuais e limitações para atividades atuais relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: depressão, doença mental, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	DEPRESSÃO				DOENÇA MENTAL			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Hábitos atuais</b>								
Toma medicamento	15	30,3	19,1	44,5	6	77,4	36,2	95,4
Fisioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-
Acupuntura	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicoterapia	-	-	-	-	1	6,0	0,7	37,9
<b>Limita as atividades atuais</b>								
não limita	27	54,1	38,5	69,0	2	22,6	4,6	63,8
Um pouco	6	12,7	5,6	26,4	2	24,1	4,4	68,6
Moderadamente	9	18,8	10,0	32,5	1	10,6	1,2	53,4
Intensamente	5	10,2	4,6	21,3	3	42,6	10,1	83,0
Muito intensamente	2	4,1	0,9	16,4	-	-	-	-

IC95%=Intervalo de Confiança de 95%



De acordo com a Tabela 47, a proporção de respondentes que relataram manter uma alimentação saudável foi de 89,2% (IC95% 82,4 – 93,6) para hipertensão e 93,5% para diabéticos, sendo que 92,6% (IC95% 85,0 – 96,5) de hipertensos relataram ingestão diminuída de sal, e 85,5% de diabéticos o consumo diminuído de carboidratos.

Tabela 47. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem recomendações médicas recebidas relacionadas com o diagnóstico médico para as seguintes doenças: hipertensão arterial e diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Recomendações</b>								
Manter alimentação saudável com frutas e vegetais	84	89,2	82,4	93,6	15	93,5	62,2	99,2
Manter o peso adequado	79	84,0	75,0	90,2	14	85,5	53,7	96,8
Praticar atividade física regular	72	77,6	68,3	84,8	14	85,5	53,7	96,8
não fumar	70	74,3	64,3	82,2	13	79,4	48,4	94,1
não beber em excesso	75	79,7	69,8	87,0	13	79,4	48,4	94,1
Fazer o acompanhamento regular	79	83,6	74,2	90,0	-	-	-	-
Diminuir o consumo de carboidratos	-	-	-	-	14	85,5	53,7	96,8
Ingerir menos sal	87	92,6	85	96,5	-	-	-	-
Outro	6	6,5	2,9	14,1	1	2,8	0,5	15,5
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	-	-	<b>18</b>	<b>100</b>	-	-

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%

Estimou-se proporção de (74,2% e 82,0%) de hipertensos e diabéticos respectivamente, que fizeram exame de sangue solicitado (colesterol, glicemia, triglicerídeos) (Tabela 48).

Tabela 48. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes que referem ter feito exames solicitados conforme solicitação médica da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Exames solicitados</b>								
Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicédeos)	70	74,2	61,7	83,6	13	82,0	51,4	95,2
Exame de urina	66	70,6	57,9	80,7	12	71,3	49,9	86,2
Eletrocardiograma	58	61,5	50,6	71,4	-	-	-	-
Teste de esforço	36	37,9	27,4	49,8	-	-	-	-
Hemoglobina glicada	-	-	-	-	7	44,8	28,0	62,9
Curva glicêmica	-	-	-	-	8	51,7	31,2	71,6
Outro	4	4,0	1,2	12,6	-	-	-	-
nenhum	11	12,4	6,6	22,1	-	-	-	-

IC95% = Intervalo de Confiança

Foi observado de acordo com a Tabela 49, que 83,0% (IC95% 70,5 – 90,8) e 93,5% (IC95% 62,4 – 99,2) dos indivíduos com hipertensão e diabéticos fizeram todos os exames solicitados. Cerca de 32,1% e 5,0% de hipertensos e diabéticos não fizeram os exames porque não conseguiram marcar.

Tabela 49. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes que referem ter feito exames solicitados conforme orientação médica, motivo pelo qual não fizeram os exames solicitados e as complicações associadas para as doenças acima referidas, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Fez todos os exames solicitados</b>	68	83,0	70,5	90,8	12	93,5	62,4	99,2
<b>Principal motivo de não ter feito os exames</b>								
O exame está marcado, mas ainda não fez	2	13,4	2,9	44,5	-	-	-	-
não achou necessário	3	25,0	11,1	47,1	-	-	-	-
não conseguiu marcar	4	32,1	13,7	58,4	1	5,0	0,8	26,4
O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande	1	6,7	1,2	29,9	-	-	-	-
Estava com dificuldades financeiras	2	19,7	4,6	55,3	-	-	-	-
Aparelho quebrado	1	6,7	1,2	29,9	-	-	-	-
<b>Complicações</b>								
Angina	4	3,6	1,1	10,8	-	-	-	-
Infarto	2	1,8	0,4	7,3	1	5	0,8	26,4
Acidente Vascular Cerebral ou derrame	4	4,3	1,7	10,2	1	5	0,8	26,4
Insuficiência cardíaca	2	2,5	0,8	7,8	-	-	-	-
Outro problema circulatório	6	6,4	2,4	15,7	3	14,5	4,4	38,3
Problema nos rins	4	4,3	1,4	12,4	1	5,0	0,8	26,4
Edema nos membros inferiores	1	1,3	0,2	9,7	-	-	-	-
Parada cardíaca	1	1,3	0,2	9,7	-	-	-	-
Problemas nas pernas e desmaios	1	1,3	0,2	9,7	-	-	-	-
Problemas na vista	-	-	-	-	6	31,1	15,8	52,1
Úlcera nos pés	-	-	-	-	1	7,6	1,1	36,8
Amputação	-	-	-	-	1	5,0	0,8	26,4
Coma diabético	-	-	-	-	1	5,0	0,8	26,4
<b>não teve complicação</b>	1	1,3	0,2	9,7	2	9,3	1,4	42,6

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Cerca de 22,5% de hipertensos e 19,0% de diabéticos, relataram internação por causa da doença ou de alguma complicação. Sendo que 27,6% destas internações para hipertensos e 13,3% para indivíduos com depressão ocorreram a menos de ano (Tabela 50).

Tabela 50. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem internação médica relacionada com complicação para as seguintes doenças: hipertensão arterial e diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HIPERTENSÃO				DIABETES			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
<b>Internação por causa da doença ou de complicação</b>	22	22,5	14,8	32,7	4	19,8	7,3	41,0
<b>Quando foi a última internação</b>								
Há menos de 6 meses	4	17,2	5,8	40,9	1	13,3	2,8	44,6
Entre 6 meses e menos de 1 ano	2	10,4	2,3	36,9	-	-	-	-
Entre 1 ano e menos de 2 anos	6	25,9	11,1	49,4	-	-	-	-
Entre 2 anos e menos de 3 anos	2	7,7	1,7	28,6	1	11,7	1,2	59,0
3 anos ou mais atrás	9	38,9	18,8	63,5	3	75,0	42,8	92,3
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	-	-	<b>18</b>	<b>100</b>	-	-

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

De acordo com a Tabela 51, 42,7% de indivíduos que relataram ter diagnóstico médico de diabetes nunca tiveram seus pés examinados para verificar alguma anormalidade, enquanto que 41,8% fizeram exame de fundo de olho em menos de um ano.

Tabela 51. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem realização de exames de cuidados voltados para diabetes, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	DIABETES		
	n	%	IC 95%
<b>Último exame de vista ou fundo de olho</b>			
Há menos de 6 meses	5	30,7	9,8 64,4
Entre 6 meses e menos de 1 ano	2	11,1	2,4 38,6
Entre 1 ano e menos de 2 anos	2	11,1	2,6 36,9
Entre 2 anos e menos de 3 anos	1	2,5	0,3 18,1
3 anos ou mais atrás	3	17,0	4,2 49,1
Nunca fez	4	27,7	11,2 53,6
<b>Último exame dos seus pés para verificar feridas ou irritações</b>			
Há menos de 6 meses	4	23,2	10,7 43,2
Entre 1 ano e menos de 2 anos	3	21,0	8,1 44,4
Entre 2 anos e menos de 3 anos	1	2,5	0,3 18,1
3 anos ou mais atrás	2	10,7	2,5 35,8
Nunca teve os pés examinados	7	42,7	21,1 67,4
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	-

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Aproximadamente 71,0% dos respondentes relataram já ter recebido vacina para hepatite, enquanto que 14,3% não sabe ou não lembra. Observou-se que 39,6% dos indivíduos com diagnóstico médico de hepatite referiu não saber o tipo (Tabela 52).

Tabela 52. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem cuidados e diagnóstico de hepatite, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	HEPATITE		
	n	%	IC 95%
<b>Recebeu vacina</b>			
Sim	428	71,0	66,4 – 75,2
Não	89	14,7	11,5 – 18,6
Não sabe ou não lembra	86	14,3	11,4 – 17,9
<b>Diagnóstico</b>			
A	8	43,6	21,5 – 68,5
B	3	14,3	4,7 – 36,2
C	1	2,5	0,3 – 17,7
Não sabe o tipo	8	39,6	18,9 – 64,9
<b>Idade do 1º diagnóstico</b>			
10 – 17	1	16,9	3,8 – 51,1
18 – 24	1	15,3	1,8 – 64
25 – 34	-	-	-
35 – 44	-	-	-
45 – 54	1	18,9	2,3 – 69,7
55 – 64	-	-	-
65 e mais	3	48,9	15,0 – 83,8
Faz uso de medicamentos por causa da hepatite	1	17,1	1,9 – 69,4
Não limita as atividades habituais	3	14,3	4,7 – 36,2
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	-

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Estimou-se diagnóstico médico de tuberculose em 0,8% (IC95% 0,3 – 2,0) dos participantes deste estudo. Observou-se que foram feitos exames nas pessoas que moravam na casa em 69,1% dos indivíduos com diagnóstico positivo (Tabela 53).

Tabela 53. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem cuidados e diagnóstico de tuberculose, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	TUBERCULOSE			
	n	%	IC 95%	
<b>Diagnóstico</b>	5	0,8	0,3	2,0
<b>Idade do 1º diagnóstico</b>				
10 – 17	1	16,2	1,9	66,2
18 – 24	3	52,9	14,4	88,3
25 – 34	-	-	-	-
35 – 44	1	30,9	6,1	75,3
<b>Exame nas pessoas que moravam na casa</b>	3	69,1	24,7	93,9
<b>Tratamento supervisionado</b>	5	100	-	-
<b>Orientações no tratamento</b>				
Seguir corretamente o tratamento prescrito	5	100	-	-
Não interromper o tratamento	5	100	-	-
Não faltar às consultas agendadas	4	83,8	33,8	98,1
Não fumar	4	83,8	33,8	98,1
Não consumir bebida alcoólica	4	83,8	33,8	98,1
Completo o tratamento até receber alta	5	100	-	-
<b>Total do diagnóstico</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	-	-

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Observou-se na Tabela 54, que 70,3% dos indivíduos relataram alguma outra doença crônica, física ou mental de 6 meses ou mais de duração. Estimou-se que a maior proporção se dá nas faixas etárias que compreendem os indivíduos dos 25 aos 44 anos de idade. Dentre esses indivíduos observou-se frequência alta de relato para alguma limitação para o desempenho de suas atividades atuais.

Tabela 54. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem doença crônica, física ou mental de longa duração (de 6 meses a mais de duração), da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	n	%	IC 95%	
<b>DOENÇA CRÔNICA, FÍSICA OU MENTAL, OU DOENÇA DE LONGA DURAÇÃO</b>	15	2,5	1,2	4,4
<b>Faixas etárias</b>				
9 ou menos	2	11,7	3,1	35,8
10 – 17	-	-	-	-
18 – 24	1	8,7	1,7	34,3
25 – 34	4	30,5	10,7	61,7
35 – 44	6	39,8	14,3	72,4
45 – 54	1	6	1	30,1
55 – 64	-	-	-	-
65 e mais	1	3,2	0,4	20,4
<b>INCAPACIDADE OU DEFICIÊNCIA FÍSICA</b>	19	3,2	1,9	5,3
<b>Limita as atividades habituais</b>				
Não limita	5	24,6	8,2	54,5
Um pouco	4	20,7	7,1	47,3
Moderadamente	1	2,3	0,3	16,8
Intensamente	4	18,5	6,1	44,3
Muito intensamente	7	33,8	13,5	62,5

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

De acordo com a Tabela 55, 4,9% (IC95% 1,3 – 16,6) dos indivíduos investigados referiram diagnóstico para doenças pulmonares. Estimou-se proporção de 19,4% de indivíduos com diagnóstico de osteoporose, sendo que 59,6% dos indivíduos com osteoporose relataram ter alguma limitação para o desempenho de suas atividades habituais.



Tabela 55. Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico de doença pulmonar e osteoporose, da população residente nos municípios do Entorno Sul do DF, 2010/2011.

VARIÁVEIS	n	%	IC 95%	
<b>DIAGNÓSTICO DOENÇA PULMONAR</b>	3	4,9	1,3	16,6
<b>Faixas etárias</b>				
10 – 17	1	18,4	1,6	75,6
18 – 24	-	-	-	-
25 – 34	-	-	-	-
35 – 44	-	-	-	-
45 – 54	-	-	-	-
55 – 64	1	19,6	1,7	77,2
65 e mais	1	62,0	11,7	95,2
<b>Usa medicamento</b>	2	81,6	24,4	98,4
<b>Usa oxigênio</b>	1	62,0	11,7	95,2
<b>Faz fisioterapia respiratória</b>	1	62,0	11,7	95,2
<b>Limita as atividades habituais moderadamente</b>	1	19,6	1,7	77,2
<b>DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE</b>	9	19,4	8,2	39,2
<b>Faixas etárias</b>				
45 – 54	-	-	-	-
55 – 64	2	23,0	15,4	78,4
65 e mais	7	80,0	68,8	90,1
<b>Diagnóstico depois de fratura</b>	3	29,5	10,3	45,3
<b>Faz exercícios ou fisioterapia</b>	1	9,0	4,5	30,6
<b>Usa medicamentos ou injeções</b>	5	50,5	18,3	82,3
<b>Limita as atividades habituais</b>				
Não limita	4	40,4	14,1	73,7
Um pouco	1	5,7	0,9	28,5
Moderadamente	3	29,8	10,0	61,9
Intensamente	1	4,4	0,5	30,6
Muito intensamente	2	19,7	2,4	71,1

IC95%= Intervalo de Confiança

## 6 DISCUSSÃO

O inquérito de saúde de base populacional, objeto deste estudo, realizado na região do Entorno do Sul da RIDE-DF, são úteis para ordenar problemas da gestão em saúde de uma maneira mais racional, pois o objetivo da provisão de serviços de saúde não é quantos serviços são oferecidos nem quantas visitas ou imunizações são realizadas, mas sim, ao final do dia, ter sido resolutivo, ter atendido os problemas e queixas das pessoas e reduzido o risco de doença e sofrimento, conseqüentemente promover a qualidade de vida desta população.<sup>(5)</sup>

Ademais, os inquéritos podem facilitar comparações ao longo do tempo ou após mudanças de políticas de saúde, ou sobre o impacto de uma intervenção, ou entre áreas, sejam locais, regionais ou internacionais.

Conhecer as características socioeconômicas e demográficas da população pode contribuir para uma abordagem de saúde integral e significativa, uma vez que, mesmo que o comportamento e o processo da doença sejam semelhantes, cada pessoa está inserida em seu contexto social, que influi de modo particularizado na maneira de manifestar e de enfrentar a doença.<sup>(16)</sup>

Os dados deste estudo, demonstram em relação ao perfil sociodemográfico da população investigada, que trata-se de uma população predominantemente jovem, que se auto refere parda e possui baixo índice de escolaridade. Além disso, verificou-se que a maioria possui emprego e está em atividade atualmente.

Contudo, verificou-se que a grande massa da população estudada concentra-se entre as classes C e D, que vivem com uma renda média familiar bruta de R\$ 875,96 conforme classificação do Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>90</sup> e dados do último censo demográfico.<sup>(19)</sup>

Nesta faixa de renda a falta de recursos pode gerar dificuldades para o suprimento das necessidades diárias de sobrevivência, o acesso ou não aos serviços sociais e de saúde, à informação, à escolaridade, à capacitação para

exercer uma profissão e se inserir no mercado de trabalho, à habitação, ao apoio de redes sociais e/ou de grupos de convivência.

Os dados deste estudo indicam também que a população convive com precárias condições de infraestrutura urbana, como coleta e destinação do lixo, barulhos, falta de segurança pública, carência de transporte público eficiente e de qualidade, entre outros.

Foi estimado para este estudo que a população investigada gasta em média 50 minutos para cada trecho ao trabalho (ida/volta), somando esse tempo a jornada de trabalho diária o indivíduo fica supostamente sem tempo para incorporar a sua rotina diária aspectos de uma vida mais saudável para si próprio e para sua família, como atividade física, atividades de lazer por exemplo.

Parte desses problemas, especialmente de deslocamento longo, é decorrente do processo de urbanização desordenada do Distrito Federal e de sua periferia, que vem sendo feita ao longo de cinco décadas, que expulsa a população para lugares cada vez mais distantes devido a especulação imobiliária. Muitas das cidades da Região deste estudo foram criadas a partir desse fenômeno, e são chamadas inclusive de cidades dormitórios. A falta de equipamentos urbanos e empregos nas cidades que compõem a região do Entorno do Distrito Federal, gera um movimento pendular cada vez maior em direção à Capital Federal, onde essa população desassistida busca por empregos, serviços hospitalares e educação.<sup>(16)</sup>

Alguns municípios do Entorno Sul do DF, região do estudo, são considerados área metropolitana de Brasília e por isso exercem relações comerciais forte com a Capital Federal fortalecendo ainda mais essa dependência com o DF.<sup>(16)</sup>

Os resultados apontaram maior prevalência de doenças crônicas para os respondentes com baixa escolaridade, o que corrobora com os dados nacionais do país que indica avanços de propagação da epidemia de doenças crônicas nos segmentos mais desfavorecidos da sociedade.<sup>(91)</sup>

Estudos apontam que pessoas com menor escolaridade tendem possuir menor conhecimento sobre a prevenção de doenças, pois a baixa

escolaridade contribui para a dificuldade de compreensão das orientações de profissionais de saúde e ou agentes comunitários de saúde, orientações estas relacionadas a questões sobre autocuidado e à importância da adesão e permanência ao tratamento.<sup>(62)</sup>

Grande parte dos indivíduos investigados referira ter próximo a seu domicílio um local para comprar frutas e legumes, condição esta que favorece adesão a hábitos de vida mais saudáveis, contribuindo de forma positiva para promoção de saúde da comunidade como um todo.<sup>(73)</sup>

Em relação a auto avaliação do estado de saúde, que é um indicador que procura mensurar o estado de saúde através de um critério subjetivo a frequência de adultos que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim no DF segundo a pesquisa do Vigitel 2010 <sup>(93)</sup> foi de (1,5%), sendo (0,7%) de homens e (2,3%) de mulheres. Os dados achados neste estudo foi de (7,4%) de indivíduos entrevistados que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, sendo que ligeiramente maior para as mulheres do que para os homens. O resultado demonstrado para a população do Entorno pode ser comparado com os resultados encontrados em Belém (6,6%), Macapá (6,8%) e outras capitais brasileiras que seguem tendências similares.

Ressalta-se, que essa variável é frequentemente avaliada na literatura como uma importante medida de necessidade em saúde, uma vez que pode ser vista como uma escala de bem-estar geral do indivíduo. Ao avaliar seu estado de saúde, o indivíduo não apenas responde com base na simples presença ou não de uma doença, mas procura ponderar a sua resposta a características que extrapolam o significado *stricto* de saúde (vitalidade, ansiedade, preocupação etc.).<sup>(92)</sup>

De acordo com Vigitel <sup>(93)</sup>, esse indicador tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores.

Dado que “cerca de seis milhões de pessoas vivem com algum tipo de incapacidade física ou mental de diversos tipos”, que há um “rápido aumento na quantidade de pessoas com deficiência” (WHA) e que “os

investimentos atuais na pesquisa de reabilitação são investimentos na melhora do cuidado de reabilitação no futuro”<sup>(94)</sup>, existe uma necessidade urgente de ampliar a capacidade de pesquisa em reabilitação. A reabilitação dentro de uma compreensão abrangente estrutura-se sobre um conhecimento fundamental das dimensões biológica, psicológica e social, bem como dos determinantes da funcionalidade humana e incapacidade.<sup>(95)</sup>

Entender a complexidade dos limites da funcionalidade justifica a necessidade que emerge nas pesquisas que Uma política de incapacidade de caráter universal talvez possa focar na equidade na distribuição de recursos e oportunidades. Retirar o foco das chamadas necessidades especiais, que requerem atenção especial para o entendimento de que todas as pessoas têm necessidades que variam ao longo da vida. Sendo assim, a política de incapacidade não deve se dirigir a um grupo especial, mas a todo universo social.<sup>(96)</sup>

Não está claro como a normalidade pode ser definida quando se trata de estruturas, funções, atividades e desempenho de papéis que “normalmente” apresentam grande variabilidade. A noção de ser humano normal pode ter sua origem na abordagem médica ou no tratamento racional para condições iguais, mas é também um sistema normativo de graduar pessoas.<sup>(97)</sup>

No caso específico da funcionalidade humana, a linguagem que usamos para falar sobre doença, lesão, deficiência e incapacidade pode influenciar nossas decisões clínicas e a maneira como interagimos com nossos pacientes e com outros profissionais de saúde.<sup>(98)</sup>

Prover uma base para o entendimento da funcionalidade humana e seus determinantes para posteriormente dar início a um tratamento racional e ao planejamento de cuidados em saúde é o primeiro passo, contudo é preciso considerar o paciente, o contexto social em que ele vive e o sistema de saúde planejado pela sociedade para dar conta dos efeitos danosos da doença/incapacidade.<sup>(96)</sup>

Os aspectos subjetivos inerentes a experiência da incapacidade é uma dimensão independente de função e incapacidade, e isso pode nos ajudar a entender o indivíduo incapacitado enquanto pessoa.<sup>(98)</sup> Pode não ser suficiente

registrar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância dos fatores pessoais, ainda que esses não possam ser classificados por causa da influência cultural. Talvez o desafio maior seja: como os fatores intrínsecos ao indivíduo interagem com os fatores do ambiente social em que ele está inserido para produzir a incapacidade?

O Brasil enfrenta atualmente um de seus grandes desafios, que é a epidemia de obesidade, que pode levar a incapacidades. É crescente a preocupação com o excesso de peso e a obesidade. A proporção de adultos com excesso de peso vem aumentando de forma progressiva.

De acordo com dados revelados neste estudo, 48,3% da população investigada está com excesso de peso e 12,7% obesa. Desta proporção a distribuição se dá de forma semelhante em homens e mulheres com excesso de peso, e proporções 1,5 vezes maior de mulheres obesas do que homens.

Se comparados aos dados do Vigitel <sup>(93)</sup>, estes resultados são muito parecidos com os encontrados entre os adultos entrevistados do Entorno Sul do DF, seguindo a mesma tendência no resto do país. O excesso de peso nos adultos no conjunto das capitais brasileiras revelados foi de 48,1% (52,1% em homens e 44,3% em mulheres), enquanto que a obesidade passou de 11% em 2006 para 15% em 2010. <sup>(93)</sup>

O aumento da obesidade e do excesso de peso atinge tanto a população masculina quanto a feminina. Em 2006, 47,2% dos homens e 38,5% das mulheres estavam acima do peso, enquanto em 2011 as proporções passaram para 52,6% e 44,7%, respectivamente. <sup>(32)</sup>

Entre os homens, o problema do excesso de peso começa cedo e atinge 29,4% dos que têm entre 18 e 24 anos. Entre homens de 25 a 34 anos, o índice quase dobra, chegando a 55%. Dos 35 aos 45 anos, o percentual é 63%. <sup>(32)</sup>

Dados do Ministério da Saúde indicam que o excesso de peso na população brasileira também está ligado a fatores como idade. O envelhecimento, segundo o MS, tem forte influência nos indicativos – sobretudo femininos. O estudo aponta que 25,4% das mulheres entre 18 e 24 anos está

acima do peso. A proporção aumenta para 39,9% entre mulheres de 25 a 34 anos e chega a 55,9% dos 45 aos 54 anos.<sup>(32)</sup>

A obesidade vem se tornando uma doença cada vez mais comum na população mundial, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Uma grande preocupação médica é o risco elevado de doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres. É importante o conhecimento das co-morbidades mais frequentes para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento destas condições, e para identificar os pacientes que podem se beneficiar com a perda de peso. Isso permitirá a identificação precoce e avaliação de risco, de forma que as intervenções adequadas possam ser realizadas para reduzir a mortalidade associada.<sup>(32)</sup>

Vários estudos têm demonstrado que a obesidade está fortemente associada a um risco maior de desfechos, sejam cardiovasculares, câncer ou mortalidade.

No estudo *National Health and Nutrition Examination Survey III* (NHANES III, 1994), que envolveu mais de 16 mil participantes, a obesidade foi associada a um aumento da prevalência de diabetes tipo 2 (DM2), doença da vesícula biliar, doença arterial coronariana (DAC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), osteoartrose e de dislipidemia. Resultados de outros estudos, entre eles o *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* e o *Swedish Obese Study*, apontam para uma forte associação entre obesidade e a prevalência de doenças associadas e queixas de saúde física.<sup>(99)</sup>

A obesidade é causa de incapacidade funcional, de redução da qualidade de vida, redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade. Condições crônicas, como doença renal, osteoartrose, câncer, DM2, apneia do sono, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, mais importante, doença cerebral vascular (DCV), estão diretamente relacionadas com incapacidade funcional e com a obesidade.<sup>(100)</sup>

Além disso, muitas dessas co-morbidades também estão diretamente associadas à DCV. Muitos estudos epidemiológicos têm confirmado que a

perda de peso leva à melhora dessas doenças, reduzindo os fatores de risco e a mortalidade, devolvendo ao indivíduo mais qualidade de vida.

A alimentação é uma preocupação constante na rotina das pessoas. Seja para obter um estilo de vida saudável, seja para perder peso, melhorar a saúde ou, simplesmente, satisfazer uma necessidade fisiológica, comer é sempre muito bom. Contudo, uma nutrição adequada se preocupa com algumas questões importantes: o que, quando, quanto e como consumir os alimentos.

Este estudo revelou que 81,6% da população do Entorno Sul do DF consome feijão cinco ou mais dias da semana. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira <sup>(84)</sup> recomenda a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja) pelo alto teor de fibras e ferro encontrado nesses alimentos além de sua baixa densidade energética. A combinação de uma parte de feijão para duas de arroz, típica da culinária brasileira, garante proteínas de alta qualidade.

Os achados deste estudo para consumo de feijão são similares aos dados revelados do Vigitel <sup>(93)</sup>, para o conjunto das capitais brasileiras seguindo a média nacional de consumo. O DF apresentou uma proporção de consumo de feijão de 74,7%, Goiânia 78,8%, nas demais capitais brasileiras esse consumo variou de 33,8% em Macapá e 81,3% em Belo Horizonte.

O grande avanço da ciência na área da nutrição transformou o simples ato de comer em uma ferramenta poderosa na promoção da saúde. A cada dia são descobertos novos nutrientes aptos a atuar diretamente no organismo. O desenvolvimento de alergias alimentares, manifestação de doenças articulares, existência de quadros recorrentes de doenças respiratórias e manifestações autoimunes podem ser um alerta de que sua alimentação não está apropriada.<sup>(101)</sup> Além disso, as necessidades da vida moderna, associadas a uma alimentação inadequada, levam ao aumento excessivo de peso e ao consequente surgimento de doenças crônicas, como problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial.<sup>(101)</sup>



A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças <sup>(83)</sup>, o que seria equivalente, aproximadamente ao consumo diário de cinco porções desses alimentos.

Mais da metade dos entrevistados neste estudo referiram o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, sendo esta proporção 10% maior entre as mulheres. Os dados apresentados para as capitais brasileiras investigadas pelo Vigitel <sup>(93)</sup>, foi que (24,8%) da população do DF consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana, enquanto que esta proporção de consumo variou de 9,2% em Macapá e 24,8% em Florianópolis. Entretanto a proporção maior de consumo entre as mulheres se apresentou da mesma forma que no Entorno Sul do DF, apontando que as mulheres consomem se preocupam mais com alimentação saudável do que os homens.

De acordo com BRASIL <sup>(101)</sup> uma nutrição adequada é capaz de diminuir o estresse, ansiedade e a irritabilidade, além de facilitar o controle de peso e do humor. Auxilia também no combate a diversas doenças, torna seu tratamento mais eficaz e favorece o indivíduo com uma recuperação mais rápida. Igualmente, pode promover melhora no rendimento de esportistas, potencializar o desenvolvimento físico e cognitivo de crianças e adolescentes, contribuir para uma gestação plena e saudável e lidar com as alterações naturais do envelhecimento. A alimentação saudável promove saúde e bem-estar em qualquer estágio de vida.

A Organização Mundial da Saúde - OMS estabelece que a ingestão diária máxima de gordura trans não deve ser superior a 1% das calorias diárias ingeridas. Numa dieta de 2.000 calorias, por exemplo, isso equivale a 2,2g de gordura trans. No Brasil, o consumo médio desse tipo de gordura chega a 3% do total calórico diário (6,6g de gordura trans), o equivalente a 1 porção grande de batata frita de “fast-food” ou 4 biscoitos recheados de chocolate.

Os dados apontados neste estudo para consumo de carnes em geral com gordura aparente seguem o mesmo comportamento do conjunto da população das capitais brasileiras, de acordo com Vigitel <sup>(93)</sup>, sendo o consumo quase duas vezes maior nos homens que nas mulheres de todas as capitais

investigadas. A proporção do consumo no Entorno Sul do DF foi de 36,4% no conjunto dos adultos entrevistados, seguindo a média de consumo nacional, sendo 45,4% entre os homens e 27,5% entre as mulheres . No DF esse consumo foi de 25,9%, entretanto esta proporção variou no conjunto da população das capitais brasileiras de 25,9% no DF e 46,5% em Palmas.

O consumo de leite no Brasil ainda é considerado baixo de acordo com o Ministério da Saúde <sup>(101)</sup>, entretanto dados deste estudo revelam que 85,2% dos entrevistados referiram o consumo do leite, porém com teor integral de gordura, estas estimativas são sugestivas de relação com a baixa condição socioeconômica.

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio.<sup>(102)</sup>

Esses dados ratificam as informações disponíveis sobre o consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação disponibilizadas pelos inquéritos nacionais. No Vigitel <sup>(93)</sup>, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão em cinco ou mais dias da semana foram relatados por 29,9% e 66,7%, respectivamente, da população com 18 anos ou mais. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consomem gordura na carne (34,2%) e no leite (56,4%).<sup>(32)</sup>

Dados verificados neste estudo para o Entorno Sul do DF, apontaram para uma proporção 4,5 vezes maior de homens do que de mulheres que consumiram 5 ou mais doses de alguma bebida alcoólica numa mesma ocasião nos últimos 30 dias, e destes homens que referiram o consumo 6,4% relataram dirigir em seguida.

O Vigitel <sup>(93)</sup>, estimou para o DF proporção de 2,5 vezes maior de homens do que de mulheres que consumiram 5 ou mais doses numa mesma ocasião e uma proporção 3 vezes maior destes homens do que de mulheres que consumiram e dirigiram em seguida.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre álcool, mostra o Brasil entre os países com aumento do uso excessivo de bebida alcoólica, que pode levar à consequências graves, como lesões e risco de acidentes.<sup>(79)</sup>

No Brasil, o consumo de álcool também é associado às mortes por causas violentas e aos acidentes de trânsito. A mortalidade ajustada por idade causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool (CID 10 código F10) subiu 21% em onze anos, de 4,26 por 100 mil pessoas em 1996 para 5,17 por 100 mil pessoas em 2007.<sup>(73)</sup>

O consumo nocivo de bebidas alcoólicas (quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) foi relatado por 18% dos adultos brasileiros no Vigitel <sup>(93)</sup>, sendo superior em homens mais jovens e de maior escolaridade. Foi verificado aumento desse percentual de 2006 para 2010, especialmente para as mulheres.<sup>(93)</sup>

A exposição ao álcool tem início precoce: 71% dos estudantes de 9º ano avaliados na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar relataram que já haviam experimentado álcool e 27% haviam consumido bebidas alcoólicas nos trinta dias anteriores. Quase 25% desses alunos disseram que haviam se embriagado pelo menos uma vez na vida.<sup>(76)</sup>

A OMS considera consumo abusivo quem bebe 60 g ou mais de álcool puro, pelo menos uma vez por semana. De acordo com levantamento da OMS, em 2003, dos brasileiros que bebiam, 32,4% dos homens e 10,1% das mulheres abusaram da bebida alcoólica. Nos dois sexos, a faixa etária analisada é a partir de 15 anos.

No mundo, 11,5% dos consumidores de álcool bebem em excesso em situações semanais. A proporção é de quatro homens para uma mulher. "Homens praticam constantemente um consumo de risco em níveis muito mais elevados do que as mulheres em todas as regiões do mundo", diz o relatório.<sup>(11)</sup>

De acordo com o documento, o consumo de álcool puro no Brasil foi de 6,2 l por pessoa, em 2008. A média mundial, no mesmo ano, foi de 6,13 l de

álcool per capita. A cerveja é a bebida mais consumida pelos brasileiros, seguida por destilados e vinhos.<sup>(11)</sup>

O relatório da OMS cita a Lei Seca, que tornou mais rigorosa a punição para quem dirige embriagado, como exemplo de política pública para reduzir o uso abusivo de álcool.

No Brasil, a legislação prevê algumas punições, para o motorista que consumir uma lata de cerveja ou uma taça de vinho antes de pegar a direção de um veículo a lei prevê multa, perda da carteira de habilitação e apreensão do carro. Se a pessoa ingerir quantidade superior, como duas ou três doses, responde a crime de trânsito, com pena de prisão de seis meses a três anos.

Para o motorista que consumir uma lata de cerveja ou uma taça de vinho antes de pegar a direção de um veículo a lei prevê multa, perda da carteira de habilitação e apreensão do carro. Se a pessoa ingerir quantidade superior, como duas ou três doses, responde a crime de trânsito, com pena de prisão de seis meses a três anos.

Ainda segundo o Relatório da OMS, o Brasil tem o quarto maior consumo de álcool das Américas. Pelo menos 2,5 milhões de pessoas morrem por ano, em todo o mundo, por causa do consumo inadequado de álcool, segundo o estudo da OMS, que avaliou a ingestão de álcool em 100 países.

No ano passado, uma pesquisa do Ministério da Saúde revelou que aumentou de 16,2% para 18,9% o percentual de brasileiros que declararam ter abusado do álcool, entre 2006 e 2010.<sup>(101)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde é preocupante o crescente consumo de refrigerantes pela população brasileira, o consumo de refrigerantes e ou sucos artificiais cresceu de 13,6% em 2006 para 27,4% em 2010.<sup>(93)</sup>

No DF a proporção de consumo de refrigerantes e sucos artificiais segundo estimativas do Vigitel <sup>(93)</sup>, foi de 19,9%, entretanto esta proporção chegou a índices alarmantes de 41,0% em Porto Alegre.

Refrigerantes e sucos artificiais estão muito associados à obesidade. A bebida, além de alto teor de açúcar, apresenta altas taxas de sódio - o que

aumenta o risco para hipertensão e para pacientes com problemas renais. Independentemente da bebida ser light ou não ela faz mal a saúde.

A saúde e a qualidade de vida das pessoas não se resumem ao seu estado de saúde, identificado pelos resultados de exames laboratoriais (níveis de glicose e colesterol no sangue, por exemplo), pela sua pressão arterial ou pela necessidade ou não de tratamentos ou uso de medicamentos. Trata-se de um conceito bem mais amplo, que envolve a sensação de bem-estar das pessoas em seu ambiente familiar, na escola e no trabalho e no seu contexto socioeconômico e cultural.

Muitos autores acreditam que a qualidade de vida possui várias dimensões, que podem ser resumidas nas esferas física, social, emocional e espiritual. Essas dimensões são igualmente importantes e devem ser desenvolvidas com harmonia, integração e equilíbrio. Assim, torna-se muito difícil que uma pessoa opte, por exemplo, por desenvolver unicamente a esfera profissional, relegando para segundo plano o cuidado com o corpo, as relações com a família e os amigos, e não se preocupe com os valores pessoais. Provavelmente, também não conseguirá sucesso na área profissional, pois isso depende do equilíbrio harmônico de todas as dimensões.<sup>(73)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde o sedentarismo mata mais atualmente que o tabagismo. A atividade física sempre foi defendida para se manter saudável e retardar o aparecimento de doenças. Uma recente pesquisa americana, realizada em 122 países, foi muito além dessa verdade incontestável, trazendo um forte alerta: a inatividade física mata, ela é mais letal do que o tabagismo.<sup>(32)</sup>

De acordo com o estudo, o tabaco causou 5,1 milhões de vítimas fatais no mundo em 2008. Já o sedentarismo respondeu por 5,3 milhões de mortes. A inatividade seria responsável por 6% das doenças coronarianas, 7% das diabetes tipo 2 e 10% dos cânceres de mama e de pulmão. Os números levaram os cientistas a considerar o sedentarismo uma pandemia.

O Ministério da Saúde tem buscado investir não somente no tratamento de doenças, mas no cuidado de toda a saúde do brasileiro, da prevenção à cura.

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, incentiva a prática da atividade física e prevê a implantação de 4 mil pólos em todo o país até 2014.<sup>(32)</sup>

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, há, em construção atualmente, 1.568 unidades. Todas terão infraestrutura, com equipamentos e profissionais para a orientação nutricional, de práticas corporais e de atividades físicas. Além disso, esses pólos funcionam articulados com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendendo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.<sup>(32)</sup>

A iniciativa reforça nosso empenho em assegurar a melhoria da qualidade de vida da população, sobretudo a mais vulnerável, ao mesmo tempo em que evita mortes prematuras e reduz custos com medicamentos e internações. A disponibilidade de espaços públicos para exercícios eleva em até 30% a frequência de atividades físicas.<sup>(32)</sup>

Para promover hábitos saudáveis em crianças e jovens, os Ministérios da Saúde e da Educação trabalham em parceria para fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE), que leva médicos e profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) à rede pública de ensino para aconselhamento nutricional e orientação de saúde. Já foram atendidos 12 milhões de estudantes em 56 mil escolas de 2.495 municípios.<sup>(32)</sup>

O sedentarismo pode ser tão mortal quando o tabagismo, de acordo com a pesquisa “O efeito do sedentarismo sobre as doenças não transmissíveis e seu potencial de efeito sobre a expectativa de vida” publicado no periódico “The Lancet”. Pesquisadores americanos e finlandeses concluíram que cerca de uma em cada 10 mortes no mundo são causadas pela falta de atividade física. Em 2008 – o ano analisado pela pesquisa, cerca de 5,3 milhões de pessoas morreram em casos relacionados ao sedentarismo.<sup>(103)</sup>

De acordo com a referida pesquisa, a expectativa de vida da população mundial aumentaria em 0,7 anos caso o sedentarismo fosse completamente eliminado – a taxa é comparável à estabelecida para o fim do tabagismo e da obesidade.<sup>(103)</sup>

Como a eliminação completa da inatividade é praticamente impossível, eles estimaram que, se o sedentarismo caísse 10%, 533 mil mortes poderiam ser evitadas. Se caísse 25%, seriam evitados 1,3 milhão de óbitos.

No entanto, o estudo também traz a boa notícia da redução da inatividade entre os homens, de 16% para 14,1%, uma redução de 0,7% ao ano, dados que corroboram com os achados para este estudo que estimou uma proporção de 20,9% de homens fisicamente inativos para 24,7% de mulheres.<sup>(103)</sup>

Neste estudo a proporção de indivíduos que praticavam atividade física no tempo livre foi de 7,9% para a população investigada, enquanto que para o DF foi estimada proporção de 22,4% e 15,9% em Goiânia, O DF apresentou a maior proporção de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre dentre as capitais brasileiras investigadas pelo Vigitel 2010<sup>(93)</sup>.

Algumas estratégias para superar o sedentarismo, tem sido estimuladas. Exemplos da vida cotidiana, diminuir o tempo diário em frente da TV. Neste estudo, estimou-se que 61,2% dos entrevistados assistem 3 ou mais horas de TV por dia. Outra estratégia seria estacionar o carro um pouco distante do local a que se destina e finalizar o trajeto a pé, subir pequenos lances de escada ou mesmo brincar com os filhos ou passear com o cachorro ajudam a combater a inatividade. As Academias da Saúde são mais um incentivo para que todos abracem essa idéia.

Um grande estudo, envolvendo mais de 250.000 americanos, demonstrou que as pessoas que praticam atividade física moderada (cinco ou mais dias na semana) reduzem em 27% o risco de morte em comparação com os sedentários. Os que praticam atividade física mais intensa (sessões de 20 minutos, por três dias na semana) têm uma redução de 32%. As pessoas que preenchem os dois critérios (atividade física em cinco ou mais dias na semana, com três dias de atividade vigorosa) apresentam uma redução de 50% na mortalidade. Essa informação demonstra como o estímulo para a prática da atividade física pode ser estratégico para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Muitas pessoas não conseguem parar de fumar ou praticar atividades físicas, pois estão pouco motivadas, tristes ou solitárias, ou não acreditam que vale a pena cuidar da própria saúde, ou muitas vezes não dispõem de tempo suficiente no seu dia a dia para adotar hábitos de vida mais saudáveis. Estimulá-las a mudarem seus comportamentos para um estilo de vida saudável constitui-se num desafio para todos envolvidos nesse processo, algo que envolverá novos conhecimentos e habilidades e a busca de metodologias e técnicas que sejam eficazes para diferentes públicos.

As mortes relacionadas ao tabagismo praticamente triplicaram na década passada.<sup>(32)</sup>

No relatório, que marca o décimo aniversário do primeiro Atlas do Tabaco, a WLF (sigla em inglês para fundação mundial do pulmão) e a Sociedade Americana de Câncer afirmaram que, se a tendência atual continuar, um bilhão de pessoas morrerão pelo uso do tabaco e pela exposição ao cigarro neste século - uma pessoa a cada seis segundos.<sup>(104)</sup>

O tabaco matou 50 milhões de pessoas nos últimos 10 anos e é responsável por mais de 15 por cento de todas as mortes de indivíduos do sexo masculino e por 7 por cento das mortes de indivíduos do sexo feminino, indicou o novo Atlas do Tabaco.<sup>(104)</sup>

Na China, o tabaco já é a principal causa de morte - responsável por 1,2 milhão de mortes por ano - e o número deve subir para 3,5 milhões por ano até 2030, disse o relatório.<sup>(104)</sup>

Isso faz parte de uma mudança mais ampla, dentro da qual os índices de tabagismo no mundo desenvolvido estão decaindo, mas os números aumentam nas regiões mais pobres, disse Michael Eriksen, um dos autores do relatório e diretor do Instituto de Saúde Pública da Georgia State University.

Quase 80% das pessoas que morrem de doenças relacionadas ao tabagismo agora vêm de países de renda baixa e média. Na Turquia, 38% das mortes de homens são decorrentes de doenças relacionadas ao tabagismo, embora o cigarro permaneça a principal causa de morte de mulheres norteamericanas também.<sup>(104)</sup>



O Brasil tem-se destacado como o país que vem reduzindo progressivamente a prevalência de tabagismo nas Américas. Em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8% (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN) (INAN, 1990); em 2003, foi de 22,4% segundo a Pesquisa Mundial de Saúde.<sup>(105-106)</sup>

Os dados mais recentes com representatividade nacional, levantados pela Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab 2008), mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% (21,6% em homens e 13,1% em mulheres 0,6 (pp)).<sup>(19)</sup>

O Vigitel <sup>(93)</sup> encontrou, para o conjunto das capitais, uma proporção de 16,2% em 2006 e 15,1% de fumantes em 2010 <sup>(93)</sup>, com destaque para a redução significativa para o sexo masculino. Entre 2007 e 2010, a frequência de homens fumantes diminuiu, em média, 1,1 ponto percentual (pp) ao ano. No mesmo período, o consumo de 20 cigarros por dia entre homens reduziu, em média, 0,4 (pp) ao ano. Em 2010, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi maior entre as mulheres (13,3% versus 9,8%), ao passo que, entre os homens, foi maior a frequência de fumantes passivos no local de trabalho (16,7% versus 6,9%).

Estimou-se para este estudo uma frequência de 20,1%, ressaltando que a proporção de homens fumantes foi 2,5 vezes maior que de mulheres, com concentrações maiores nos grupos com baixa escolaridade.

Atualmente, no Brasil, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou derrames cerebrais, diabetes tipo II e câncer) são as principais causas de morte em adultos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 80% dos casos de doenças cardiovasculares e diabetes e 40% dos casos de câncer são evitáveis através da mudança do estilo de vida, baseada principalmente por meio da atividade física, alimentação saudável (cinco porções diárias de frutas e vegetais, evitar gorduras e sal em excesso), eliminação do hábito de fumar e a adoção de comportamentos preventivos (como realizar exames preventivos, não dirigir quando ingerir bebidas alcoólicas e não fumar).<sup>(77)</sup>

Alguns dados merecem ser destacados, com relação à saúde do brasileiro. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) está projetando, para 2013, aumento considerável no número de casos de câncer de pele, pulmão, próstata, mama e intestino, que, somados, podem atingir 300.000 pessoas em todo o Brasil. A Sociedade Americana de Câncer estima que o tabagismo é responsável por um terço de todos os cânceres e a alimentação inadequada e o sedentarismo respondem por outro terço. Assim, estes fatores respondem por dois terços de todas as mortes por câncer.<sup>(101)</sup>

Segundo levantamentos do IBGE, a expectativa de vida dos brasileiros tem aumentado consideravelmente, chegando a 76,8 anos para as mulheres e 69,5 anos para os homens.<sup>(19)</sup>

Deste modo, o desafio não é “como viver mais”, e sim “como viver melhor”. Sabemos que a qualidade de vida das pessoas cai muito quando elas ficam doentes, incapacitadas ou dependentes de medicamentos e tratamentos e suas limitações. Além disso, o máximo desempenho pessoal, na execução de suas atividades de vida diária, em seu ambiente de trabalho, na escola e nos negócios, somente é atingido por níveis excelentes de saúde através da busca do estilo de vida saudável.

A globalização, o uso intensivo da tecnologia e a maior competição na sociedade moderna exigem que as pessoas possam ter o máximo desempenho em suas funções. Sabe-se que o fator humano é hoje um elemento de competitividade. Indivíduos motivados, saudáveis e felizes desempenham melhor suas atividades diárias, faltam menos ao trabalho, sofrem menos acidentes e têm menos doenças graves ao longo da vida.<sup>(6)</sup>

Estudos internacionais que analisam o absenteísmo (faltas ao trabalho), o presenteísmo (estar presente no trabalho, mas não ser produtivo), custos com assistência médica, acidentes no trabalho e aposentadorias precoces por problemas ocupacionais mostram que as intervenções de educação em saúde são eficazes e melhoram todos esses indicadores, fortalecendo a necessidade de promover a educação e promoção em saúde em todos os ambientes da sociedade. Os fatores de risco para doenças crônicas, como obesidade, sedentarismo, tabagismo, maus hábitos alimentares e estresse têm uma

relação direta com a produtividade do indivíduo, assim como com a escolaridade da população.<sup>(100)</sup>

A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, doenças crônicas não transmissíveis, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação da comunidade e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco, contribuíram para uma queda substancialmente importante na mortalidade em geral, em quase todos os países desenvolvidos.<sup>(107)</sup>

Dados representativos para adultos do conjunto das capitais brasileiras obtidos no Vigitel <sup>(93)</sup> estimam que 25,5% (IC 95% 24,3-26,7) das mulheres e 20,7% (19,1-22,2) dos homens com idade  $\geq 18$  anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade  $\geq 55$  anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão.<sup>(93)</sup> Essa prevalência é maior em indivíduos de menor escolaridade (proxy de renda). A prevalência auto relatada tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano. A prevalência ajustada por idade dessa condição em uma população de baixa renda em São Paulo foi de 6,5% (IC 95% 5,5-7,5) em mulheres e 4,6% (IC95% 3,5-5,7) em homens.<sup>(93)</sup>

No conjunto da população adulta estudada a prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes alcançou (17,0% e 3,9%) respectivamente, sendo ligeiramente maior em mulheres do que em homens. Em ambos os sexos indivíduos com até 8 anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, a mesma condição foi observada em ambos os sexos para indivíduos com 12 anos ou mais de estudos, foi observado também que existe um comportamento diferente para hipertensão arterial e diabetes entre faixa etária. Os dados são sugestivos que as DCNT são um problema de saúde pública.

Em relação a prevalência de outras doenças crônicas, as doenças da coluna, 10,3%, seguida da asma, 5,1% e da hepatite, 3,3% foram as mais significativas. Destes, chama atenção a prevalência das doenças da coluna, que podem ser resultantes da exposição exaustiva e constante a trabalhos com o intenso uso corpo, coloquialmente denominadas de trabalhos braçais, que frequentemente exige o uso de posturas incorretas.

Com relação à asma observa-se uma maior frequência de diagnóstico médico entre as mulheres (6,8%) enquanto que nos homens esta frequência é de (3,0%), seguindo o mesmo comportamento dos dados obtidos na última pesquisa realizada pelo Vigitel <sup>(93)</sup> em 2010, no Distrito Federal apresentando frequência de (8,9%) para mulheres e ( 5,9%) para homens, o comportamento se repetiu nas demais capitais brasileiras investigadas, assim como em diversos estudos internacionais.

De acordo com o último documento divulgado pelo NCHS (National Center for Health Statistics) a incidência da asma aumentou de 7,3% em 2001 para 8,4% em 2010, totalizando 25,7 milhões de pessoas asmáticas.<sup>(108)</sup>

No Brasil, foi realizado estudo entre adolescentes onde ficou caracterizada também uma alta prevalência da doença, em torno de 23%

A maior prevalência da asma é entre crianças e mulheres e existem algumas diferenças entre grupos raciais, sendo os asiáticos os menos acometidos e os negros e mestiços o grupo racial onde a asma é mais prevalente. Não se sabe exatamente o porque dessa diferença. É possível que fatores genéticos e modo de vida tenham grande influência.<sup>(109)</sup>

A asma é mais prevalente em pessoas do sexo masculino antes da adolescência, e mais comum entre mulheres adultas, informações que corroboram os achados neste estudo.

Os pesquisadores avaliaram dados do Detroit Childhood Allergy Study, com 565 pessoas (53% eram mulheres) com idades entre seis e 20 anos. Foram considerados relatos dos pais e diagnósticos médicos para definir asma; e foi definido como atopia uma imunoglobulina (IgE) específica maior ou igual a 0,35 para, pelo menos, um de sete alérgenos comuns. Os especialistas realizaram teste para determinar a associação do tempo de asma entre homens e mulheres atópicos e não atópicos, e uma regressão de Cox com homens não atópicos.

E as análises mostraram que as mulheres teriam 73% mais chances de desenvolver asma após os seis anos de idade, comparadas aos homens; com a proporção de atopia sendo de 69% para as mulheres asmáticas e de 70% para os homens com a doença. Além disso, segundo os autores, as mulheres

atópicas seriam duas vezes mais propensas a desenvolver asma, comparadas às aquelas não atópicas.<sup>(110)</sup>

“Entre as idades de seis e 20 anos, as mulheres desenvolvem asma em uma maior taxa do que os homens, e atopias associadas são mais comuns em novo início de asma nas mulheres”, destacaram os pesquisadores. “Em jovens adultos, a asma atópica foi similarmente prevalente em homens e mulheres, e mais de duas vezes mais comum do que asma não atópica”, concluíram.<sup>(110)</sup>

Apesar do aumento de incidência, a mortalidade por asma caiu nos últimos anos e situa-se na faixa de 0,15 para cada 1000 asmáticos, de um modo geral. Entretanto, a mortalidade não é uniforme: mulheres morrem 30% a mais de asma do que homens, negros 75% a mais do que brancos e adultos sete vezes mais que crianças. A taxa de morte por asma acima de 65 anos também chama a atenção, pois nessa faixa etária é de 0,58 para 1000 asmáticos. Desta forma, mulheres negras maiores de 65 anos são o grupo de maior risco para morte por asma.<sup>(108)</sup>

A Organização Mundial de Saúde divulgou relatório recente com estimativas de que uma em cada três pessoas no mundo sofre de hipertensão arterial. A organização considera o dado alarmante, já que a doença é responsável por mais da metade dos casos de AVC (acidente vascular cerebral) e de ataques cardíacos.<sup>(79)</sup>

Esse relatório é uma nova prova do aumento espetacular de doenças que desencadeiam cardiopatias e outras doenças crônicas, especialmente nos países com poder aquisitivo médio ou baixo, pois segundo o estudo, em alguns países africanos, como o Níger, mais da metade da população sofre de hipertensão. No Canadá e nos Estados Unidos, a taxa de hipertensos é de 20%.<sup>(79)</sup>

Pela primeira vez, o relatório "Estatísticas Sanitárias Mundiais" também traz dados sobre pessoas que sofrem com taxas elevadas de açúcar no sangue. Em média, uma a cada dez pessoas no mundo sofre de diabetes. Em certas ilhas do Oceano Pacífico, essa proporção é de 30%, uma taxa excessiva e perigosa. Sem tratamento adequado, o diabetes pode provocar doenças vasculares e insuficiência renal.

Segundo os especialistas, a esperança de vida mais longa da população mundial é uma das causas do aumento de casos de doenças crônicas. “Conseguimos ter sucesso na redução de doenças infecciosas e na redução da mortalidade infantil. Isso significa que mais pessoas viverão até uma idade avançada e, nesse período, aparecerão mais doenças crônicas”, avaliou Colin Mathers, um dos coordenadores da OMS.<sup>(79)</sup>

Para além da longevidade da população, o tabagismo e a obesidade também são apontados como uma das causas para o aumento da hipertensão no mundo.

A América é o continente mais afetado com 26% da população adulta acima do peso ideal. No sudeste asiático, ela é de apenas 3%, mas em todas as regiões do planeta a proporção de obesos aumentou nos últimos anos. As mulheres, em geral, são as mais atingidas, revela a OMS, reforçando os dados estimados onde a prevalência de algumas DCNT são mais freqüentes nas mulheres.

Dados obtidos neste estudo chamam a atenção para alta prevalência de depressão, principalmente nas mulheres (6,9%) e nos homens (1,4%). Segundo estimativas mundiais depressão será a segunda causa de morbidade. Alguns estudos nos centros urbanos mostram que quanto menor renda e menor escolaridade principalmente entre as mulheres a população possuir, maior prevalência de depressão ela vai apresentar.

Entre 18 países, o Brasil é o que tem maior incidência de depressão, diz um estudo da Organização Mundial de Saúde. É uma preocupação considerável para a saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligação com as condições sociais em alguns dos países avaliados.

A Organização Mundial de Saúde estima que em pouco mais de 10 anos a depressão será a segunda doença mais comum no mundo, devendo atingir o primeiro lugar no ranking em 2030. Ela também será a maior responsável por mortes prematuras e anos produtivos perdidos dado seu potencial incapacitante.<sup>(11)</sup>

Essa é a principal conclusão de um estudo que reuniu dados epidemiológicos provenientes de 18 países, incluindo o Brasil, que apresenta a maior taxa de incidência da doença.

A depressão é uma doença caracterizada por um conjunto de sintomas psicológicos e físicos, associada a altos índices de co-morbidades médicas, incapacitação e mortalidade prematura, e segundo a pesquisa a população de baixa renda sofre mais de depressão do que os de classe socioeconômica mais favorecida.<sup>(41)</sup>

Os países foram divididos em dois grupos: alta renda (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos) e baixa e média renda (Brasil – com dados exclusivamente de São Paulo –, Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia).<sup>(11)</sup>

De acordo com o relatório, nos dez países de alta renda incluídos na pesquisa, 14,6% das pessoas, em média, já tiveram MDE. Nos 12 meses anteriores, a prevalência foi de 5,5%. Nos oito países de baixa ou média renda considerados no estudo, 11,1% da população teve episódio alguma vez na vida e 5,9% nos 12 meses anteriores. A maior prevalência nos últimos 12 meses foi registrada no Brasil, com 10,4%. A menor foi a do Japão, com 2,2%.<sup>(11)</sup>

O trabalho faz parte da Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental, iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) que integra e analisa pesquisas epidemiológicas sobre abuso de substâncias e distúrbios mentais e comportamentais. O estudo é coordenado globalmente por Ronald Kessler, da Universidade de Harvard (Estados Unidos).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta cerca de 340 milhões de pessoas e causa 850 mil suicídios por ano em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 13 milhões de depressivos, a depressão e ansiedade são responsáveis pela metade (740 milhões de pessoas) das doenças mentais existentes no mundo.<sup>(79)</sup>

De acordo com pesquisa desenvolvida no Brasil a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD 2009 <sup>(111)</sup>, aponta que de 2% a 5% das crianças sofrem de transtornos depressivos. Quem já teve um episódio de depressão no passado corre 50% de risco de repeti-lo. Caso tenha tido dois

casos, a probabilidade de voltar a ter a doença pode chegar a 90%, sendo essa porcentagem superior em caso de três episódios.<sup>(111)</sup>

A síndrome do pânico atinge de 2% a 4% da população mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.<sup>(79)</sup>

Estudo realizado nos EUA “ The National Research of Mental Health (NRMH) e publicado em 2002 mostra que 68% das mulheres e 60% dos homens pesquisados que tinham transtorno do pânico estavam desempregados na época. Revela ainda que pessoas com este distúrbio procuram atendimento médico sete vezes mais do que a população comum, e que cerca de 15% das mulheres relatam sintomas de depressão nos seis meses que se seguem ao nascimento de um filho.

A depressão é apontada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como a quinta maior questão de saúde pública e até 2020 deverá estar em segundo lugar, cerca de 10% da população mundial já tiveram depressão, 60% não fazem tratamento e apenas 50% são diagnosticados corretamente.

Apesar de atingir uma grande parte da população - 17 milhões apenas no Brasil -, a depressão, muitas vezes, não é diagnosticada nem tratada de maneira adequada. Hoje a doença é a quarta causa global de incapacidade e deve se tornar a segunda até o ano de 2021.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 75% das pessoas com depressão não recebem tratamento adequado, daí a importância do diagnóstico médico correto e acompanhamento médico adequado.

Foi estimado para este estudo que cerca de 65,5% dos respondentes que afirmaram diagnóstico médico de depressão buscaram atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número de crianças e adolescentes norte-americanas com transtorno bipolar aumentou 40 vezes, de 1994 a 2003.

Pesquisadores de New York (EUA), Maryland (EUA) e Madri (Espanha) analisaram um Centro Nacional para Estatística de Saúde, calcularam o número de visitas nas quais os médicos registraram o diagnóstico de transtorno



bipolar e encontraram um aumento de 20 mil, em 1994, para 80 mil, em 2003, sobre 1% da população com menos de 20 anos de idade.

Foi observado neste estudo que aproximadamente 40% da população não trabalha e aqueles que estão em atividade, a baixa renda não permite a essa população contratar cobertura de plano de saúde privada, para garantir mais efetividade e resolubilidade quando buscam por serviços de saúde, haja visto que apenas 20,4% dos domicílios da região são cadastrados no Programa de Saúde da Família, dados que vão na contra mão da média de cobertura nacional estimada do PSF que fica em torno de 53,9%.<sup>(100)</sup>

É importante entender que, “já se sabe há muito tempo que as condições sociais influenciam decisivamente a saúde e que, portanto, é preciso implementar ações em todos os setores para promoção do bem-estar. A maior parte da carga das doenças, assim como as desigualdades de saúde, que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, o que se chama de “determinantes sociais da saúde”. Muitos fatores sociais influenciam a saúde das pessoas e os mais importantes são aqueles que geram estratificação social, os determinantes “estruturais”, tais como a distribuição de renda ou o preconceito de gênero ou étnico”. “Esses determinantes estabelecem posições socioeconômicas que geram hierarquias de poder, prestígio e de acesso a recursos. Entre os mecanismos que produzem e mantêm essa estratificação estão a governança; os sistemas de educação; as estruturas do mercado de trabalho; e a presença ou ausência de políticas de distribuição de renda”. “Esses mecanismos, que moldam as diferentes posições sociais ocupadas pelos indivíduos, são a causa última das desigualdades de saúde. São essas diferenças que dão forma às condições de saúde do indivíduo através do seu impacto em determinantes intermediários, como as condições de vida e a relação com o ambiente, as circunstâncias psicológicas, os fatores comportamentais e/ou biológicos, assim como o próprio sistema de saúde. As desigualdades de saúde são, portanto, um claro indicador da coerência das políticas de uma sociedade”.

Como relatado anteriormente, diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde podem potencializar os problemas nos cuidados e tratamento de pessoas que vivem com as DCNT tais como: pobreza, baixo nível educacional, alimentação, habitação inadequadas, falta de recursos para custear as despesas com transporte para acesso aos serviços de saúde, discriminação, falta de segurança, entre outras coisas.

Rendimentos menores limitam os gastos relacionados a uma vida saudável, como alimentação rica em nutrientes e condições adequadas de moradia. Da mesma forma, indivíduos inseridos em contextos sociais menos favorecidos tendem a apresentar hábitos mais nocivos à saúde, como fumo e alcoolismo, e maior incidência de comportamentos violentos, além de apresentarem menor participação cívica e coesão social na comunidade em que vivem. Esses comportamentos e privações são fonte de frustrações, estresse e sintomas depressivos, que prejudicam a saúde de indivíduos e seus familiares. Em geral, as evidências sobre a relação entre saúde e status socioeconômico focam a associação entre rendimentos e estado de saúde, pois muitas vezes essa grande massa da sociedade sequer possuem rendimentos suficiente para se deslocar em busca de serviços de saúde.<sup>(56)</sup>

Esse último grupo representa o consumo de serviços de saúde, e não necessariamente se traduz na demanda por saúde, uma vez que existem fatores que restringem o seu acesso (distância, períodos de espera, tempo, custo privado do tratamento). O consumo ou uso dos serviços também não necessariamente equivale às necessidades de cuidados com a saúde, pois com ou sem necessidade a pessoa pode consumir os serviços de saúde. Por sua vez, a posse de seguro saúde e a gratuidade dos serviços na rede pública, podem induzir o uso desnecessário de alguns serviços. Outro fato importante a considerar é que as variáveis de necessidade de cuidados com a saúde dos indivíduos com base na presença de morbidades representam o perfil epidemiológico e, conseqüentemente, as necessidades de financiamento do setor das necessidades de recursos para saúde são frequentemente realizados com base em dados de mortalidade, que têm o inconveniente de não refletir a ampla gama de morbidades que um indivíduo pode apresentar no transcurso

de sua vida. Apesar de serem incipientes no Brasil, os estudos que avaliam as necessidades de saúde das pessoas baseados nas medidas de morbidade, têm a vantagem de captar as diferenças na qualidade de vida dos indivíduos, em vez de considerar apenas a causa de morte. Entretanto, no caso da PNAD 98, há limitações desse tipo de análise, uma vez que as doenças listadas no questionário não contemplam o universo das doenças crônicas que acometem toda população brasileira.

Estudos demonstraram que o Brasil, por ser um país de dimensões continentais com grande extensão geográfica, características socioeconômicas e culturais diferenciadas, ainda apresenta problemas quanto a infraestrutura e déficit do número de serviços de saúde e profissionais de saúde dificultando o acesso e a oferta de serviços de qualidade prevenção e redução das DCNT no cenário da saúde pública nacional.<sup>(100)</sup>

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo determinado por uma grande variedade de fatores.<sup>(112)</sup> A relação entre o uso e seus determinantes pode ser mais bem compreendida por meio de modelos teóricos explicativos. Segundo o Modelo Comportamental de Andersen, que tem sido o mais aplicado, o uso de serviços seria função dos fatores de predisposição, de capacitação e da necessidade em saúde.<sup>(32)</sup> Os fatores de predisposição estariam ligados à susceptibilidade do indivíduo para utilizar os serviços de saúde (por exemplo, características demográficas escolaridade); os de capacitação estariam relacionados à possibilidade de acesso a esses serviços (por exemplo, renda, plano de saúde); e a necessidade, o determinante mais proximal do uso, seria o próprio estado de saúde do indivíduo.

A desigualdade social no uso de serviços pode ser observada quando marcadores ligados à posição socioeconômica como escolaridade, renda e ocupação – determinam variações no uso, e não apenas características demográficas e a necessidade de saúde dos indivíduos, dependendo do tipo de serviço de saúde e de aspectos contextuais do local.

Estudos de avaliação da desigualdade social no uso de serviços de saúde auxiliam a formulação de políticas visando à manutenção da saúde dos indivíduos, porém são escassos esses estudos.

Alguns autores acreditam que as diferenças de gêneros no risco de adoecer estão amplamente relacionadas não somente a fatores hormonais ou genéticos, mas também a fatores socioeconômicos, estilos de vida, qualidade e acesso a serviços de saúde.<sup>(113)</sup>

A complexidade biológica é geralmente ressaltada para explicar uma grande mortalidade entre os homens.<sup>(114)</sup> Enquanto que nas mulheres outros fatores associados como a obesidade, a pressão familiar, condições socioeconômicas da família, papéis exercidos socialmente por elas contribuem significativamente para o aumento do risco de desenvolvimento de algumas doenças a curto prazo, já no grupo dos homens o tabagismo, ingestão de álcool, e situações de desvantagens em relação ao ofício exercido contribuem significativamente para o aumento do risco de desenvolvimento de algumas doenças a longo prazo.<sup>(115)</sup>

Com o desenvolvimento científico, as intervenções médicas, o saneamento básico e a conscientização ecológica, tem sido possível uma maior longevidade populacional. A expectativa de vida que, em 1950, era de 60 anos e 40 anos, em países ricos e pobres, respectivamente, situa-se hoje acima de 70 e 60 anos. Há tendências que convirjam ricos e pobres para os 80 anos, em 2050.<sup>(116)</sup>

Paralelamente ou como consequência desta maior longevidade evidencia-se declínio da prevalência da população jovem até 14 anos a partir de 1970. Esses jovens que atingiam 54,3% em 1950, atingiram estimativas de 19,6% em 2050 enquanto que, nesse período, os idosos acima de 60 anos que eram 8,10% em 1950 atingirão 22,1%, ou seja, 1,97 bilhões de pessoas no ano de 2050, por isso devemos estar atentos a estes números e repensar políticas públicas de saúde, implementar programas já existentes de forma mais efetiva e abrangente, que possam intervir agora nessa população relativamente jovem, para que de alguma forma seja possível controlar essa epidemia de DCNT.<sup>(116)</sup>

As pesquisas demonstram que o estilo de vida saudável é muito importante para as pessoas, para as cidades e para o nosso país. Infelizmente, os dados da pesquisa Vigitel <sup>(93)</sup> mostram que ainda há um longo caminho a percorrer, para que as pessoas sejam mais ativas, se alimentem melhor e tenham bons hábitos.

Por outro lado, demonstra-se o imenso campo de trabalho que se descortina para os profissionais da atividade física, da nutrição e do bem-estar.

Surge então o desafio da capacitação para que possam oferecer programas, produtos e sistemas que efetivamente ajudem as pessoas a mudarem seus comportamentos.

Ressaltando, finalmente, que a qualidade de vida tem caráter multidimensional. As pessoas não são máquinas e somente aderem às orientações dos profissionais quando encontram sentido em suas vidas, se sentem motivadas e percebem que o bem-estar é atingido através do desenvolvimento harmônico das facetas física, emocional, social e espiritual da qualidade de vida.

Podem-se apontar algumas limitações para a realização deste estudo. No entanto, a principal limitação, refere-se às inúmeras variáveis que envolvem a análise de cada conjunto do instrumento proposto, e pela complexidade e abrangência das variáveis abordadas.

Estudos epidemiológicos são comumente baseados em informação autorreferida, pois é um relativamente simples e de baixo custo abordagem para coleta de dados. No entanto, a qualidade da informação varia dependendo da condição estudada, algumas doenças crônicas não transmissíveis parecem ser devidamente registradas no Brasil, devido à sua universal cobertura de saúde.

Apesar de apresentar limitações por tratar-se da versão piloto do instrumento proposto para a PNS 2013, o estudo piloto serviu de subsídio para melhor adaptação do questionário em vários aspectos, como variáveis a serem incluídas/excluídas, tempo gasto na entrevista, abordagens, dentre outras adaptações. Porém, os resultados obtidos poderão oferecer importantes

subsídios para futuros estudos, admitindo a possibilidade de alcançar índices de correlação próximos servindo de comparação para futuras investigações.

Por tratar-se de inquérito de base populacional onde o respondente em algumas variáveis investigadas auto refere seu estado de saúde, assim como diagnóstico médico para algumas morbidades, pode ocorrer vieses de recordação da informação, diagnóstico não detectado, preenchimento errado do questionário por parte do entrevistador, assim como digitação no banco de dados, pois para este estudo não foi adotado o procedimento de dupla digitação para averiguação de inconsistências das informações analisadas.

Para se calcular o Índice Critério de Classificação Econômica Brasil <sup>(90)</sup> utiliza-se a escolaridade do chefe da família, para este estudo foi feita uma adaptação sendo utilizado como referência a escolaridade do respondente do módulo individual.

Optou-se por categorizar algumas variáveis segundo o padrão Vigitel <sup>(93)</sup> para efeitos de comparabilidade dos resultados, mesmo sabendo que o tamanho amostral deste estudo não permite divisão em muitos subgrupos, tornando assim os intervalos de confiança mais amplos <sup>(93)</sup>.

Para a variável indivíduos que consumiram bebida alcoólica em uma mesma ocasião, homem (5 doses ou mais) e mulher (4 doses ou mais), de acordo com o Vigitel <sup>(93)</sup> está especificado nos últimos 3 meses. No questionário esta variável está especificada nos últimos 30 dias e não foi feita a pergunta para quem bebia essas mesmas doses menos de 1 vez por mês.

Para estimar o percentual de indivíduos que, em pelo menos uma ocasião, conduziram veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica, no Vigitel <sup>(93)</sup> está especificado nos últimos 3 meses. No questionário utilizado esta pergunta não foi feita para as pessoas que bebiam menos de 1 vez por mês.

Neste estudo, as morbidades foram auto referidas; desta forma, podem estar subestimadas em decorrência do desconhecimento por parte da população investigada, constituindo-se em uma limitação deste estudo.

Observou-se outra limitação deste instrumento para a variável “O atendimento foi feito pelo SUS?” as doenças cardíacas, AVC, asma, artrite,

problemas crônico de coluna, tuberculose, doença mental, outras doenças crônicas de longa duração (6 meses ou mais) não foram investigadas.

O estudo limitou-se à análise dos módulos A, B, C, D do instrumento piloto a ser utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, sem fazer relações mais abrangentes as muitas variáveis contidas em cada módulo.

A ausência de estudos anteriores da região dificultam comparações das variáveis estudadas na população, por este estudo se tratar do primeiro inquérito de saúde da Região do Entorno do Distrito Federal.

Os resultados deste estudo poderão servir de linha de base para que futuros inquéritos nesta região possam mensurar os impactos de políticas implantadas, programas e intervenções em saúde e auxiliem no avanço da prática de uma saúde coletiva, baseada em evidências, para engrandecimento do Sistema Único de Saúde, pois a literatura loco regional é bastante escassa.

## 7 CONCLUSÕES

Com base nos dados estimados para este estudo a população investigada do Entorno Sul do DF trata-se de uma população predominantemente jovem, parda, com baixo índice de escolaridade. Os achados sugerem uma possível associação de que pessoas com menor escolaridade tendem possuir menor conhecimento sobre prevenção de doenças, podendo a baixa escolaridade contribuir de forma negativa para a compreensão das orientações dos profissionais de saúde e ou agentes comunitários de saúde, orientações estas relacionadas a questões de auto cuidado, prevenção e à importância da adesão ao tratamento quando necessário, conseqüentemente levando esta população a piores condições de vida que se expressariam através de uma maior prevalência de determinadas morbidades.

Além disso, verificou-se que a maioria possui emprego e está em atividade. Entretanto, estimou-se que aproximadamente 40% da população não trabalha e aqueles que estão em atividade, por conta da baixa renda, sofrem uma série de limitações no que diz respeito a acesso à serviços de saúde e educação, pois em algumas situações até mesmo o dinheiro para o traslado para usufruir dos serviços oferecidos muitas vezes não pode ser retirado do pequeno orçamento familiar.

Os resultados apontam ainda que a grande massa da população estudada concentra-se entre as classes C e D, que vivem com uma renda média familiar bruta de R\$ 875,96 conforme classificação do Critério de Classificação Econômica Brasil.

Nesta faixa de renda encontrada a falta de recursos pode gerar dificuldades para o suprimento das necessidades diárias de sobrevivência, o acesso ou não aos serviços sociais e de saúde, à informação, à escolaridade, à capacitação para exercer uma profissão e se inserir no mercado de trabalho, à habitação, ao apoio de redes sociais e/ou de grupos de convivência.



Os achados deste estudo indicam também que a população convive com precárias condições de infraestrutura urbana, como coleta e destinação do lixo, barulhos, entre outros.

No que diz respeito às DCNT investigadas neste estudo, observou-se uma maior prevalência de morbidade referida em geral entre indivíduos do sexo feminino, ressaltando a depressão como a doença crônica não transmissível mais referida entre elas, ou seja, os achados sugerem que sexo e escolaridade desempenham um papel importante no risco e fatores de proteção para DCNT. Os achados são sugestivos de que menor nível educacional esteja mais fortemente relacionado à presença de transtornos depressivos em mulheres que em homens, porém a associação com as diversas variáveis que podem estar relacionadas com a maior prevalência de depressão nas mulheres não foi objeto deste estudo, sugere-se futuras investigações.

Neste estudo, as morbidades foram autorreferidas; desta forma, podem estar subestimadas em decorrência do desconhecimento por parte da população investigada, constituindo-se em uma limitação deste estudo.

Verificou-se uma baixa cobertura dos domicílios da região que são cadastrados no Programa de Saúde da Família (20,4%), dados que vão na contra mão da média de cobertura nacional estimada para o PSF que está em torno de 53%.

Os achados sugerem a importância de ações de promoção da saúde junto a população, que também precisa de cuidados integrais. É importante desenvolver ações de prevenção de doenças e exposição da população aos fatores de risco, e uma vez instalada a doença, a oferta do tratamento adequado aos portadores daquela doença. A prática da promoção da saúde envolve um espectro de ações que deve ser exercida por todos os atores participantes desse processo de construção da saúde, gestores, pesquisadores, profissionais de saúde das áreas, agentes comunitários de saúde, assim como a comunidade como um todo.

Os resultados deste estudo sugerem que é importante analisar as características sociodemográficas e de saúde da população do Entorno do DF,

tendo em vista as especificidades deste grupo populacional considerando a variabilidade das condições de saúde e qualidade de vida nas diversas faixas etárias.

Pode-se ressaltar que os achados deste inquérito de saúde apontam que é necessário que os serviços e os profissionais de saúde considerem a multi dimensionalidade e peculiaridades do contexto de vida, condições sociodemográficas, condições de saúde desta população, com foco também na manutenção da independência do indivíduo, inserção social e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

Faz-se necessário compreender as necessidades de saúde desta população de maneira mais ampla, ou seja, como parte de um conjunto de necessidades sociais e econômicas, com propostas e execuções destas ações de saúde não somente para a satisfação dessas necessidades, mas também para o plano no qual elas são produzidas. A saúde deve ser aceita como um fenômeno bem mais amplo que a doença e o desafio para as políticas públicas na localidade de estudo se passa pela elevação da qualidade de vida das pessoas, envolvendo ações para a geração da renda, educação, habitação e saneamento básico.

Portanto, em conclusão, é importante garantir os direitos básicos à serviços de saúde para esta população, de forma integral que atenda as diretrizes da constituição. O presente estudo aponta ainda que a implantação de políticas públicas de saúde e políticas públicas sociais voltadas à necessidade loco regional, no sentido de reduzir as desigualdades e a pobreza destas regiões se faz necessário.

## 8 REFERÊNCIAS

1. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl 1):98-112.
2. Castro SS, César, Chester LG, Carandina L. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base. *Cad. Saúde Pública = Rep. public health*. 2008; 24(8):1773-82.
3. Adams PF, Dey NA, Vickerie JL. Summary health statistics for the US population: National Health Interview Survey, 2005. *Vital Health Stat*; 2007.
4. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral risk factor surveillance system. Atlanta; 1999.
5. Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de informações em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):863-9.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. A vigilância e o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
7. PNS. Projeto de Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2010. [acesso em 02 de ago. 2012]. Disponível em: <<http://www.pns.icict.fiocruz.br/>>.
8. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col*. 2002; 7(4):607-21.
9. Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciências Saúde Coletiva*. Dez 2004; 9(4):931-43.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
11. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011a.
12. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e

das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS. 2000; 9(1):23-41.

13. Barros MBA, Carvalheiro J da R. Entrevistas domiciliares e o ensino e pesquisa em epidemiologia. Rev. Saúde Públ., S.Paulo. 1984; 18:411-7.

14. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(supl 1):58-66.

15. BRASIL. Lei Complementar nº 94, de 12 de fevereiro de 1998. Autoriza o poder executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE - e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 94, 20 fev. 1998.

16. CODEPLAN. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Relatório do Seminário Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal e seu Entorno, Brasília – DF. (mimeo e [www.codeplan.df.gov.br/publicações](http://www.codeplan.df.gov.br/publicações)), 2010.

17. BRASIL. Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011. Regulamenta a Lei Complementar 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o poder executivo a criar a Região integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE - e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, n. 7469, 5 maio 2011c.

18. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad Saúde Pública. 2005; 21(Supl):S43-S53.

19. IBGE. Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. [acesso em 15 jan. 2012]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php).

20. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011; publicado online em 09 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

21. Nossikov A, Gudex C. Overview of the implementation of EUROHIS. Joint ECE/WHO Expert Meeting on Health Statistics Measurements. Working Paper n 5. Ottawa, Canadá; 2000.

22. Rice J. Health Statistics: past, present and future, pp. 7-30. Apresentado em National Research Council: toward a health statistics system for the 21st

century: summary of a workshop. National Academy Press, Washington DC. DP; 2001.

23. Sturgis P, Thomas R, Purdon S, Bridgwood A, Dodd T. Comparative review and assessment of key health state measures of the general population. , Londres: Department of Health; 2001.

24. CIHI. Canadian Institute for Health Information (CIHI) 2011. Health care in Canada. [Acesso em 20 de maio de 2012] Disponível em: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Home/home/cihi000001>.

25. Aday LA. Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide. São Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers; 1989. 398p.

26. ICICT. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica. Fundação Oswaldo Cruz. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. [acesso em 16 maio 2012]. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>.

27. César CLG et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. Perspectivas.{online}. 2005; 19(4): 64-77.

28. Szwarcwald CL, Souza-Júnior, P.R, ESTEVES, M.A, Damacena GN, Viacava, F. Determinantes sociodemográficos da auto-avaliação da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2005a; 23(supl):54-64.

29. Vasconcelos AM et al. Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social; 2006.

30. POF. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010. [acesso em 16 jun. 2012]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1699&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1).

31. Viacava F et. al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(3):711-24.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM de 25 de agosto de 2010. Boletim de Serviço, Brasília, ano 25, 36:1, 6 set. 2010d. [Acesso em: 02 de ago. 2012]. Disponível em: <<http://www.pns.iciet.fiocruz.br/arquivos/Portaria.pdf>>.
34. BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – COARIDE – Decreto n. 2710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto n. 3.445, de 04 de maio de 2000.
35. Caiado MCS. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação sócio-espacial na metrópole brasiliense. São Paulo: Perspec. {online}; 2010.
36. Queiroz EP. A migração intrametropolitana no Distrito Federal e Entorno: o conseqüente fluxo pendular e o uso dos equipamentos urbanos de saúde e educação. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu – MG, ABEP; 2006.
37. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2008. [acesso em 20 jul. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>
38. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Balança Comercial Brasileira por Município. Brasília; 2011d.
39. SEPRE. Secretaria Especial de Políticas Regionais. Ministério do Planejamento e Orçamento. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Brasília-DF; novembro/2006. 119p.
40. Ferreira ICB. Gestão do Território e novas territorialidades. In: Paviani A (org). Brasília. gestão urbana: conflitos e cidadania. Brasília: Editora UnB; 2005. p. 137-9.
41. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003a.
42. Motta J. O processo saúde/doença. In: Teixeira P (org.) Curso de aperfeiçoamento em biossegurança on-line. Rio de Janeiro: Educação a Distância EAD/ENSP; 2000. Unidade II. Módulo 7.
43. Cesse E. Epidemiologia e determinantes sociais das DCNT no Brasil [tese de doutorado]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2007.
44. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007.

45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 6v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
46. Coutinho CN. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil. In: Fávero O, Semeraro G. (Orgs.) Democracia e construção do público no pensamento educacional brasileiro. Petrópolis: Vozes; 2006.
47. Costa JLA. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Ciência Saúde Coletiva*. 2006; 11:927-40.
48. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010<sup>a</sup>. 15(supl. 2):3009-19.
49. Borges CC. Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.
50. Tarlov A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: 92 Blane D, Brunner, E, Wilkinson R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge. 1996; p.71-93.
51. CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório 2008. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica CNDSS/Fiocruz; 2008.
52. BRASIL. Decreto Presidencial de 13 de março de 2006. Institui, cria no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Ministério da Saúde. 2006a.
53. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
54. CMDSS. Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde. Documento de discussão. 2011. Rio de Janeiro; 2011.

55. WHO. World Health Organization. The World Health Report 2006 - Working Together for Health, WHO Press; 2006.
56. Alves LF. Impactos do estado de saúde sobre os rendimentos individuais no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.
57. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Geneva: World Health Organization (WHO Regional Publications, European Series, 58); 1996.
58. Sundquist J, Johanson SE. Self reported poor health and low education level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51(1):35-40.
59. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55(4):364-70.
60. Ofstedal MB, Zimmer Z, Cruz G, Chan A, Lin YH. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center; 2002. (Research Reports/Population Studies Center 03–60).
61. Grossman M. The human capital model. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier; 2007. p. 347-408.
62. Katzman R. Seducidos y abandonados: El aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de La Cepal*. 2001; 75:172.
63. Pellegrini Filho, A. *Ciencia en pro de la Salud*. Publicación científica y técnica n. 578. Washington DC: OPS/OMS; 2000.
64. Costa JSD & Victora CG. O que é “um problema de saúde pública”? *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006; 9(1):144-6.
65. Finkelstein V. Representing disability. In: Swain J, Finkelstein V, French S, Oliver M, editors. *Disabling barriers: enabling environments*. London: Sage Publications/Open University; 2008. p. 21-7.
66. Imrie, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol Health Illn*. 2004; 26:287-305.
67. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10 rev. São



Paulo: Centro de Documentação da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1995. v.1.

68. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9:129-36.

69. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 8:187-93.

70. Reimer BO. "Youth and modern lifestyles". In: Fornäs, Johan. & Bolin, Göran (editors.). *Youth culture in late modernity.* London: Sage; 2002. p.120-41

71. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cien Saude Colet.* 2009; 12(2):319-24.

72. Shephard R. Habitual physical activity, fitness and health: the current consensus. *Quest.* 2006; 47:288-303.

73. Carvalho GS. Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa: Editora Lidel; 2006. p.19-37.

74. Shepard R. TRUDEAU, F.. The legacy of physical education: influences on adult lifestyle. *Pediatric Exercise Science.* 2008; 12:34-50.

75. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior Surveillance – United States, 2007. Atlanta: U.S. Department for Disease Control and Prevention; 2008. v.47 (SS-3).

76. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu).* 2010b; 14:593-605. [acesso em 20 jun. 2012]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010ahead/aop0510.pdf>>.

77. WHO. World Health Organization. Smoking cessation. Geneva; 2011b.

78. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine.* 2006; 3, p. e442.

79. WHO. World Health Organization. Non communicable Diseases Country Profiles, WHO Press; 2011.

80. WHO. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2009.
81. Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*. 2003; 5:492-9.
82. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*. 2009; 38:791-813.
83. WHO. World Health Organization. Interventions on diet and physical activity: what works? Summary report. Geneva: World Health Organization; 2009c.
84. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica – Série A. Normas e manuais Técnicos. DF, MS; 2005.
85. Kliksberg B. Desigualdade na América Latina: o debate adiado. São Paulo: Cortez/ Brasília (DF): UNESCO; 2000.
86. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. 2008; 22(2):19-29.
87. Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*. 2010; 376:1861-68.
88. WHO. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010b.
89. Starfield B. The Hidden Inequity in Health Care [editorial]. *Int J Equity Health*; 2011. 20:10-15
90. BRASIL. Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 - IBOPE. ABEP. 2010a [acesso em 08/05/2012]. Disponível em:<<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>
91. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2010. Edição do 20º Aniversário. Washington D.C.; 2010. 237p.
92. Almeida Filho N et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003; 93:2037-43.

93. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
94. Reinhardt JD, Hofer P, Arenz S, Stucki G. Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part III: Scientific journals. *J Rehabil Med*. 2007; 39(4):308-22.
95. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r. Geneva: WHO; 2000.
96. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustun TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*. 2006; 48:1173-87.
97. Williams SJ. Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate. *Social Health Illness*. 2005; 21:797-819.
98. Levack K. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): applications to physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2004; 32:1-2.
99. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey III – United States, 1994. Atlanta:U.S. Division of Health and Nutrition Examination Surveys. National Center for Health Statistics; 1994.
100. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3 ed. – Brasília : Ministério da Saúde; 2010b.
101. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010c.
102. Levy RB, Claro RM, Monteiro CA. Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. *Public Health Nutrition*. 2009; 12:2084-91.
103. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 13(3):212-22.n. 377.

104. WLF. World Lung Foundation. 2012 World Cancer Takeaways: the good, the bad and the ugly. [acesso em 13 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.worldlungfoundation.org/>.

105. WHO. World Health Organization. 58th World Health Assembly, Resolution R114: Disability, including prevention, management and rehabilitation. Adopted May 2005. Geneva; 2005.

106. WHO. World Health Organization. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva; 2010a.

107. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. *Circulation*. 1998; 97:596-601.

108. Akinbami, LJ, Moorman JE, Bailey C, et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States, 2001-2010. NCHS data brief, no 94. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2012.

109. Isaac Steering Committee. The International Study of Asthma and Allergies in Children Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*. 2006; 351:1225-32.

110. WAO International Scientific Conference. Abstract 1254. [acesso em 06 dez. 2011] Disponível em: <http://www.worldallergy.org/2010dubai/>.

111. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. 2012. 21(1):7-19.

112. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988.

116. Burinyi RC. The Meaning of Muscle Mass for Health, Disease, and Strength Exercises. Boston, MA: Publisher: Springe US; 2012. p.157-169.

113. Verbrugge LM. The Twain Meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1989; 30:282-304.

114. Macintyre S, Ford G & Hund K. Do women “overreport” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*. 1999; 48:89-98.

115. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health*. 1987; 12(2):103-45.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO (TCLE)**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como o seu anonimato. Os dados e entrevistas ficarão sob a guarda do NESP/CEAM/UnB e os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de boletins informativos em diferentes meios de comunicação local e oficinas com participação das autoridades de saúde, o

conselho de saúde e representantes da comunidade. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde e você tem o direito de deixar de responder as questões em que não se sentir confortável, podendo parar a qualquer momento se desejar. É possível que precisemos retornar para verificar dados ou informações faltantes.

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

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

**Assinatura do responsável pelo domicílio:** \_\_\_\_\_

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

**Assinatura do participante maior de 18 anos:** \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
(Nome legível e assinatura)

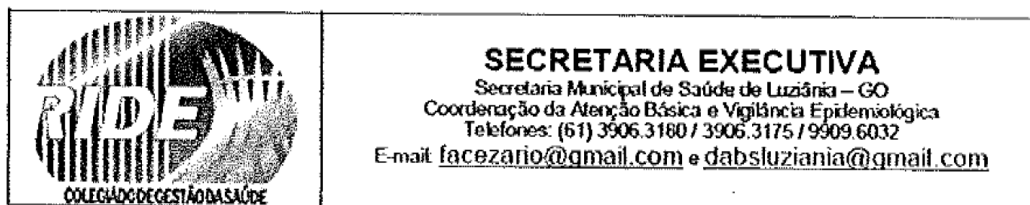
Supervisor: \_\_\_\_\_  
(Nome legível e assinatura)

Coordenador de Campo: \_\_\_\_\_  
(Nome legível e assinatura)

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
(Município/Região)

## **ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA DA SECRETARIA EXECUTIVA**





Luziânia – GO, 25 de maio de 2010

#### Termo de Ciência

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

Atenciosamente,



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

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO RIDE-DF - MÓDULO  
DOMICILIAR**



Informações para futuros contatos						
É possível que um supervisor lhe telefone ou visite novamente para fazer uma checagem de entrevista ou pegar informações adicionais no futuro. Por isso, eu gostaria de anotar seu nome, telefones e endereço de contato.						
P12	Qual é seu nome?	_____				
P13	Qual é o seu endereço?	Rua	_____			
		Cidade	_____			
		CEP	_____			
P14	Poderia me informar seus telefones de contato?	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Não tem telefone		_____	_____	_____
_____	_____	_____				
P15	Se nós não pudermos entrar em contato consigo por qualquer razão, poderia nos dizer com quem nós poderíamos entrar em contato, que saberia como encontrá-lo(a)?	1. Sim	2. Não			
P16	Poderia me informar o nome, o endereço e os telefones de contato dessa pessoa?	Nome	_____			
		Endereço	_____			
		Telefones	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Não tem telefone	_____	_____	_____
_____	_____	_____				
P17	Qual a relação dessa pessoa consigo?	_____				
P18	Quem é o responsável por esse domicílio?	_____				

Se 2: Ir para P18

## Lista de Moradores do Domicílio

HOMENS							
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Idade	Situação Conjugal	Pessoa elegível	Número da pessoa elegível	Selecionado
M1	h01						
M2	h02						
M3	h03						
M4	h04						
M5	h05						
M6	h06						
M7	h07						
M8	h08						
M9	h09						
M10	h10						
MULHERES							
M11	m01						
M12	m02						
M13	m03						
M14	m04						
M15	m05						
M16	m06						
M17	m07						
M18	m08						
M19	m09						
M20	m10						

Instruções para preenchimento das colunas:						
A	Preencher com o primeiro e o último nome do(a) morador(a), em ordem decrescente de idade, isto é, do(a) mais idoso(a) para o(a) mais novo(a).					
B	Preencher com a idade em anos. Caso seja criança menor de 1 ano, preencha com zero.					
C	1. Nunca foi casado(a)	2. Atualmente casado(a)	3. Vive com companheiro(a)	4. Separado(a)	5. Divorciado(a)	6. Viúvo(a)
D	Marque com "X" todos os moradores elegíveis para a pesquisa, isto é, moradores com 18 anos ou mais. [Não inclua empregado(a) doméstico(a).]					
E	Enumere, mantendo a mesma ordem da lista de moradores, todos os moradores elegíveis.					
F	Verifique na Folha de Informações sobre Setores (FIS) qual o adulto a ser entrevistado e marque com "X".					

### Lista de Moradores do Domicílio

M21	Há algum membro da família que tenha morado neste domicílio e que atualmente não more mais porque é residente permanente de uma casa de repouso, asilo ou instituição de longa permanência (ILPI)?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para M26
-----	--	--------	--------	-------------------

Por favor, liste essas pessoas.

Questão	A	B	C	D	E
	Nome	Idade	Sexo	Tipo de instituição	Há quanto tempo é residente da instituição?
M22					___ meses ___ anos
M23					___ meses ___ anos
M24					___ meses ___ anos
M25					___ meses ___ anos

Instruções para preenchimento das colunas:		
A	Preencher com o primeiro e o último nome das pessoas que são residentes em asilos ou ILPI.	
B	Preencher com a idade em anos.	
C	1. Masculino	2. Feminino
D	1. Pública	2. Privada
E	Preencher com o tempo que a pessoa reside na instituição.	



## Relação de Parentesco entre os Moradores

HOMENS						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Relação do morador do domicílio com o entrevistado	ID do cônjuge ou companheiro(a)	ID da mãe	ID do pai
M31	h01					
M32	h02					
M33	h03					
M34	h04					
M35	h05					
M36	h06					
M37	h07					
M38	h08					
M39	h09					
M40	h10					
MULHERES						
M41	m01					
M42	m02					
M43	m03					
M44	m04					
M45	m05					
M46	m06					
M47	m07					
M48	m08					
M49	m09					
M50	m10					

## Instruções para preenchimento das colunas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).				
B	1. O próprio(a)	2. Cônjuge	3. Companheiro(a)	4. Filho(a)	5. Genro ou nora
	6. Neto(a)	7. Pai/mãe	8. Sogro(a)	9. Irmão(ã)	10. Primo(a)
	11. Enteado(a)	12. Avô/avó	13. Outro parente	14. Não é parente	15. Empregado(a) doméstico(a)
C	Se o cônjuge ou companheiro(a) mora no domicílio, marque o ID do cônjuge ou companheiro(a). Caso contrário, marque zero.				
D	Se mãe mora no domicílio, marque o ID da mãe. Caso contrário, marque zero.				
E	Se o pai mora no domicílio, marque o ID do pai. Caso contrário, marque zero.				





**Situação Socioeconômica** [As questões do bloco Situação Socioeconômica M51 a M90 devem ser preenchidas para todos os moradores do domicílio com 6 anos ou mais, exceto para o morador selecionado para a entrevista individual]

HOMENS							
Questão	ID	A		B	C	D	
		Nome		Grau de Instrução	Situação de trabalho	Razão de não estar trabalhando	
M51	h01						
M52	h02						
M53	h03						
M54	h04						
M55	h05						
M56	h06						
M57	h07						
M58	h08						
M59	h09						
M60	h10						
MULHERES							
M61	m01						
M62	m02						
M63	m03						
M64	m04						
M65	m05						
M66	m06						
M67	m07						
M68	m08						
M69	m09						
M70	m10						
<b>Instruções para preenchimento das colunas:</b>							
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).						
B	1. Analfabeto(a) ou menos de um ano de instrução	2. Elementar incompleto	3. Elementar completo e fundamental incompleto	4. Fundamental completo e ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo e superior incompleto	6. Superior completo e mais	888. Não sabe
C	1. Servidor(a) público(a)	2. Empregado(a) assalariado(a) com carteira de trabalho		3. Empregado(a) assalariado(a) sem carteira de trabalho	4. Empregado(a) familiar não remunerado(a)	5. Conta própria ou autônomo(a) com estabelecimento	
	6. Conta própria ou autônomo(a) sem estabelecimento	7. Empregador(a) com até 5 funcionários fixos		8. Empregador(a) com 5 ou mais funcionários fixos	9. Não trabalha atualmente	Se diferente de 9, ir para a próxima pessoa.	
D	1. Dona de casa/se dedica aos afazeres domésticos	2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho (desempregado)		3. Estudos/treinamento	4. Aposentado(a) por tempo de trabalho/idade	5. Aposentado(a) por doença/invalidez	
	6. Afastado(a) por doença	7. Afastado(a) por outro motivo		8. Outra razão			

## Rendimentos (Homens)

O(a) sr(a) pode me dizer o rendimento mensal por fonte de rendimento?		HOMENS									
		M71 h01	M72 h02	M73 h03	M74 h04	M75 h05	M76 h06	M77 h07	M78 h08	M79 h09	M80 h10
A	Nome										
B	Recusou										
C	Trabalho (R\$)										
D	Seguro desemprego (R\$)										
E	Aposentadoria (R\$)										
F	Pensão (R\$)										
G	Renda Mensal Vitalícia (R\$)										
H	Venda de produtos (R\$)										
I	Aluguel (R\$)										
J	Doação de não-morador do domicílio (R\$)										
K	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas (R\$)										
L	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança (R\$)										
M	Bolsa Família (R\$)										
N	Benefício de Prestação Continuada - BPC (R\$)										
O	Cartão alimentação (R\$)										
P	Outra fonte (R\$)										
Q	Não tem rendimento										

## Instruções para preenchimento das linhas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador.
B	Marque com "X" caso o(a) entrevistado(a) tenha se recusado a dar informações sobre o rendimento do determinado morador.
C a P	Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado e com "0" quando não tiver rendimento no item.
Q	Marque com "X" caso o morador não tenha rendimento.

## Rendimentos (Mulheres)

		MULHERES									
O(a) sr(a) pode me dizer o rendimento mensal por fonte de rendimento?		M81	M82	M83	M84	M85	M86	M87	M88	M89	M90
		m01	m02	m03	m04	m05	m06	m07	m08	m09	m10
A	Nome										
B	Recusou										
C	Trabalho (R\$)										
D	Seguro desemprego (R\$)										
E	Aposentadoria (R\$)										
F	Pensão (R\$)										
G	Renda Mensal Vitalícia (R\$)										
H	Venda de produtos (R\$)										
I	Aluguel (R\$)										
J	Doação de não-morador do domicílio (R\$)										
K	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas (R\$)										
L	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança (R\$)										
M	Bolsa Família (R\$)										
N	Benefício de Prestação Continuada - BPC (R\$)										
O	Cartão alimentação (R\$)										
P	Outra fonte (R\$)										
Q	Não tem rendimento										

## Instruções para preenchimento das linhas:

A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do morador.
B	Marque com "X" caso o(a) entrevistado(a) tenha se recusado a dar informações sobre o rendimento do determinado morador.
C a P	Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado e com "0" quando não tiver rendimento no item.
Q	Marque com "X" caso o morador não tenha rendimento.



## Informações do Domicílio

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio.

M91	Qual o número de cômodos no seu domicílio? <i>(São considerados cômodos os quartos e salas do seu domicílio)</i>	_____	
M92	E de banheiros?	_____	0. Nenhum
M93	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	1. Alvenaria	
		2. Madeira aparelhada	
		3. Taipa não revestida ou barro	
		4. Madeira aproveitada	
		5. Palha	
		6. Outro <i>(especifique)</i> : _____	
M94	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	1. Sim	2. Não
M95	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	1. Rede geral de distribuição	
		2. Poço ou nascente	
		3. Outro <i>(especifique)</i> : _____	
M96	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	1. Elétrica (de rede, gerador, solar)	
		2. Óleo, querosene ou gás de botijão	
		3. Outra forma <i>(especifique)</i> : _____	
M97	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	1. É coletado regularmente	
		2. É queimado ou enterrado	
		3. Jogado no rio, mar, terreno, etc.	
		4. Outro <i>(especifique)</i> : _____	
M98	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?	1. Rede coletora de esgoto ou pluvial	
		2. Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		3. Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		4. Fossa rudimentar	
		5. Vala	
		6. Direto para rio, lago ou mar	
		7. Outra <i>(especifique)</i> : _____	

Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:

M99	Televisão a cores?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M100	Geladeira?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M101	Freezer? <i>(independente ou segunda porta da geladeira)</i>	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M102	Rádio? <i>(sem contar o do carro)</i>	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M103	Video/DVD?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M104	Máquina de lavar roupa?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M105	Linha de telefone fixo?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M106	Linha de telefone celular?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M107	Computador?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M108	Forno micro-ondas?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M109	Carro?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M110	Motocicleta?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
M111	Em sua casa, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	1. Sim, _____ empregados(as)	2. Não





### Características Contextuais (Vizinhança)

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre como é a sua vizinhança. Entendemos como vizinhança uma área próxima à sua casa onde o(a) sr(a) faz tarefas rotineiras, tais como compras, leva às crianças ao parque ou visita vizinhos.

M112	Em relação às condições de moradia:		
	a. Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	b. Há muito barulho na sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	c. Há alguma área de lazer, para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?	1. Sim	2. Não
	d. Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	1. Sim	2. Não
	e. O(a) sr(a) se sente seguro(a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?	1. Sim	2. Não

M113	Em relação à violência, durante os últimos seis meses, com que frequência aconteceu:				
	a. Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma tenha sido usada?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	b. Uma briga entre gangues(bandos de malfeitores, bandidos) na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	c. Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	d. Um roubo ou furto na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca



### Características de Saúde dos Moradores do Domicílio

Nesta parte do questionário domiciliar, irei lhe fazer perguntas sobre cobertura do programa de saúde da família, cobertura de plano de saúde, gastos do domicílio com saúde, estado de saúde dos moradores do domicílio e acesso e utilização dos serviços de saúde.

#### Programa de Saúde da Família

M114	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	1. Sim	2. Não	3. Não sei	Se 2: Ir para M117
M115	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	1. Mensalmente			Se 5 ou 6: Ir M117
		2. A cada dois meses			
		3. Duas a quatro vezes por ano			
		4. Uma vez por ano			
		5. O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses.			
		6. Nunca recebeu			
M116	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família:				
	a. Fizeram perguntas sobre problemas de saúde dos moradores?	1. Sim	2. Não		
	b. Deram orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)?	1. Sim	2. Não		
	c. Deram orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas?	1. Sim	2. Não		
	d. Deram orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)	
	e. Fizeram acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)	
	f. Verificaram o cartão de vacinação das crianças do domicílio?	1. Sim	2. Não	999. NSA (*)	

(\*) Não há crianças menores de 2 anos no domicílio

#### Controle de Endemias

M117	Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias ( <i>agente de combate às endemias, como dengue</i> )?	1. Mensalmente
		2. A cada dois meses
		3. Duas a quatro vezes por ano
		4. Uma vez por ano
		5. Nunca recebeu

### Cobertura de Plano de Saúde

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde. Quando falamos que uma pessoa está coberta com plano de saúde significa que esta pessoa está filiada a uma organização que cobre seus gastos com assistência de saúde, caso ela fique doente ou sofra algum acidente.

HOMENS							
Questão	ID	A	B	C	D	E	F
		Nome	Esta pessoa está coberta por algum plano de saúde?	Esta pessoa é titular ou dependente do plano de saúde?	Quem é o titular do plano de saúde desta pessoa?	Como é o pagamento do plano de saúde do titular?	Gasto mensal do titular com o plano de saúde (R\$)
<i>[Somente para o titular]</i>							
M118	h01						
M119	h02						
M120	h03						
M121	h04						
M122	h05						
M123	h06						
M124	h07						
M125	h08						
M126	h09						
M127	h10						
MULHERES							
M128	m01						
M129	m02						
M130	m03						
M131	m04						
M132	m05						
M133	m06						
M134	m07						
M135	m08						
M136	m09						
M137	m10						
Instruções para preenchimento das colunas:							
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).						
B	1. Sim, plano obrigatório de servidor municipal, estadual, das forças armadas	2. Sim, plano de saúde privado	3. Não	Se 3: Ir para a próxima pessoa			
C	1. Titular	2. Dependente					
D	Preencher com o ID do morador que é o titular do plano de saúde.	999. O titular não mora no domicílio					
E+	1. Pago integralmente pelo empregador	2. Pago parcialmente pelo empregador, parte pelo titular, incluindo desconto em folha	3. Pago pelo titular, incluindo desconto em folha	4. Pago por outra pessoa	888. Não sabe		
F	Preencher com o valor desembolsado por mês para pagar o plano de saúde.		888. Não sabe				

*[\*No caso de plano de saúde obrigatório, coluna E deve ser preenchida com 1]*



## Gastos com Saúde

Agora vou lhe fazer perguntas sobre como foram pagas as despesas de saúde dos moradores do domicílio no último ano.

M138	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar as despesas com saúde dos moradores deste domicílio?		
	a. Renda atual de algum morador do domicílio	1. Sim	2. Não
	b. Economias (poupança, aplicações)	1. Sim	2. Não
	c. Venda de objetos ou bens	1. Sim	2. Não
	d. Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	1. Sim	2. Não
	e. Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc.)	1. Sim	2. Não
	f. Plano de saúde	1. Sim	2. Não
	g. Outra ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não

**Atenção:** A parte que se segue do questionário domiciliar deve ser preenchida para todos os moradores do domicílio, exceto para o morador selecionado para responder ao questionário individual.

### Utilização de Serviços de Saúde

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde dos moradores do domicílio.

HOMENS						
Questão	ID	A	B	C	D	E
		Nome	Em geral, como é o estado de saúde de ____?	Nos últimos 15 dias, ____ deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	____ costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	Onde costuma procurar atendimento?
M139	h01					
M140	h02					
M141	h03					
M142	h04					
M143	h05					
M144	h06					
M145	h07					
M146	h08					
M147	h09					
M148	h10					
MULHERES						
M149	m01					
M150	m02					
M151	m03					
M152	m04					
M153	m05					
M154	m06					
M155	m07					
M156	m08					
M157	m09					
M158	m10					
Instruções para preenchimento das colunas:						
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).					
B	1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim	5. Muito ruim	
C	1. Sim	2. Não				
D	1. Sim	2. Não	Se 2: vá para a próxima pessoa			
E	1. Unidade de saúde pública (Posto ou centro de saúde ou PAM)	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	5. Ambulatório de hospital público	
	6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	8. Farmácia	9. Outro		

HOMENS						
Questão	ID	A Nome	B Quando _____ consultou um médico pela última vez?	C Quantas vezes _____ consultou o médico nos últimos 12 meses?	D Quando _____ consultou um dentista pela última vez?	E Nos últimos 15 dias, _____ procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais? (consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial).
M159	h01			----- vezes		
M160	h02			----- vezes		
M161	h03			----- vezes		
M162	h04			----- vezes		
M163	h05			----- vezes		
M164	h06			----- vezes		
M165	h07			----- vezes		
M166	h08			----- vezes		
M167	h09			----- vezes		
M168	h10			----- vezes		
MULHERES						
M169	m01			----- vezes		
M170	m02			----- vezes		
M171	m03			----- vezes		
M172	m04			----- vezes		
M173	m05			----- vezes		
M174	m06			----- vezes		
M175	m07			----- vezes		
M176	m08			----- vezes		
M177	m09			----- vezes		
M178	m10			----- vezes		

Instruções para preenchimento das colunas:						
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).					
B	1. Há menos de um ano	2. Entre 1 e menos de dois anos	3. Entre 2 e menos de 3 anos	4. 3 anos ou mais	5. Nunca consultou	Se 2, 3, 4 ou 5: Ir para D
C	Preencher com o número de vezes que a pessoa consultou um médico no último ano.					
D	1. Há menos de um ano	2. Entre 1 e menos de dois anos	3. Entre 2 e menos de 3 anos	4. 3 anos ou mais	5. Nunca consultou	
E	1. Sim		2. Não		Se 2: Ir para próxima pessoa	

*Atenção: As colunas F a J da próxima tabela devem ser preenchidas apenas para os moradores do domicílio que responderam que procuraram atendimento ambulatorial nos últimos 15 dias, "1" na coluna E.*



HOMENS							
Questão	ID	A	F	G	H	I	J
		Nome	Qual destes motivos explica melhor porque _____ procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	_____ conseguiu ser atendido?	Onde _____ conseguiu atendimento?	O atendimento foi feito pelo SUS?	_____ pagou pelo atendimento?
M179	h01						
M180	h02						
M181	h03						
M182	h04						
M183	h05						
M184	h06						
M185	h07						
M186	h08						
M187	h09						
M188	h10						
MULHERES							
M189	m01						
M190	m02						
M191	m03						
M192	m04						
M193	m05						
M194	m06						
M195	m07						
M196	m08						
M197	m09						
M198	m10						
<b>Instruções para preenchimento das colunas:</b>							
A	Copiar os nomes dos moradores que tiveram atendimento ambulatorial nos últimos 15 dias, isto é, responderam "1" na coluna E da tabela anterior.						
F	1. Doença /Problema saúde	2. Acidente ou lesão	3. Consulta odontológica	4. Continuação de tratamento, terapia, reabilitação	5. Pré-natal	6. Puericultura	
	7. Vacinação	8. Exames médicos periódicos	9. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico	10. Outros atendimentos preventivos	11. Atestado de saúde	12. Outro	
G	1. Sim		2. Não		Se 2: vá para a próxima pessoa		
H	1. Unidade de saúde pública (Posto ou centro de saúde ou PAM)		2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		5. Ambulatório de hospital público
	6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	8. Farmácia		9. Outro
I	1. Sim		2. Não				
J	1. Sim, diretamente sem reembolso	2. Sim, diretamente com reembolso total	3. Sim, diretamente com reembolso parcial	4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ou ONG	

HOMENS								
Questão	ID	A	B	C	D	E	F	G
		Nome	Nos últimos 12 meses, _____ precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	A internação foi de emergência?	Qual o principal motivo da última internação?	Quanto tempo ficou internado(a) na última vez?	A internação foi feita pelo SUS?	_____ pagou pela internação?
M199	h01					----dias ----meses		
M200	h02					----dias ----meses		
M201	h03					----dias ----meses		
M202	h04					----dias ----meses		
M203	h05					----dias ----meses		
M204	h06					----dias ----meses		
M205	h07					----dias ----meses		
M206	h08					----dias ----meses		
M207	h09					----dias ----meses		
M208	h10					----dias ----meses		
MULHERES								
M209	m01					----dias ----meses		
M210	m02					----dias ----meses		
M211	m03					----dias ----meses		
M212	m04					----dias ----meses		
M213	m05					----dias ----meses		
M214	m06					----dias ----meses		
M215	m07					----dias ----meses		
M216	m08					----dias ----meses		
M217	m09					----dias ----meses		
M218	m10					----dias ----meses		
<b>Instruções para preenchimento das colunas:</b>								
A	Copiar da lista de moradores, na mesma ordem, o primeiro e último nome do(a) morador(a).							
B	1. Sim		2. Não			Se 2: Ir para a próxima pessoa.		
C	1. Sim		2. Não					
D	1. Tratamento clínico	2. Parto vaginal	3. Parto cesáreo		4. Cirurgia	5. Tratamento psiquiátrico	6. Exames	9. Outro
E	Preencher com o tempo que ficou internado.							
F	1. Sim		2. Não					
G	1. Sim, diretamente sem reembolso.		2. Sim, diretamente com reembolso total	3. Sim, diretamente com reembolso parcial	4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS.	5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço.	6. Não, porque o atendimento foi pago por instituição filantrópica, igreja, ONG.	

Horário de Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO RIDE-DF - MÓDULO  
INDIVIDUAL A**

## A. Características Sócio-Demográficas e Apoio Social

Horário de Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

A20	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?	1. Mais de uma vez por semana
		2. Uma vez por semana
		3. De 2 a 3 vezes por mês
		4. Algumas vezes no ano
		5. Uma vez no ano
		6. Nenhuma vez
A21	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?	1. Mais de uma vez por semana
		2. Uma vez por semana
		3. De 2 a 3 vezes por mês
		4. Algumas vezes no ano
		5. Uma vez no ano
		6. Nenhuma vez
A22	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	1. Mais de uma vez por semana
		2. Uma vez por semana
		3. De 2 a 3 vezes por mês
		4. Algumas vezes no ano
		5. Uma vez no ano
		6. Nenhuma vez
A23	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? <i>(sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)</i>	1. Mais de uma vez por semana
		2. Uma vez por semana
		3. De 2 a 3 vezes por mês
		4. Algumas vezes no ano
		5. Uma vez no ano
		6. Nenhuma vez

Horário de Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_



**ANEXO E – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO RIDE-DF - MÓDULO  
INDIVIDUAL B**

**B. Auto-Avaliação do Estado de Saúde**

Horário de Início \_\_\_ : \_\_\_

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

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

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

B3	O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar na locomoção?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para B5
B4	Qual ou quais destes equipamentos o(a) sr(a) faz uso?			
	a. Bengala	1. Sim	2. Não	
	b. Muleta	1. Sim	2. Não	
	c. Cadeira de Rodas	1. Sim	2. Não	
	d. Andador	1. Sim	2. Não	
	e. Calçado ortopédico	1. Sim	2. Não	
f. Outro (especifique): _____	1. Sim	2. Não		

B5	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar mais do que um quilômetro?	1. Nenhum	Se 1 ou 2: Ir para B7
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B6	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar cerca de 100 metros?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B7	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para subir uma ladeira ou um lance de escadas?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B8	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se cuidar, como se lavar, tomar banho ou se vestir?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B9	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se abaixar ou se curvar?	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	

B10	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar objetos pesados?	1. Nenhum
		2. Leve
		3. Médio
		4. Intenso
		5. Muito intenso
B11	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para empurrar uma mesa ou algum móvel pesado?	1. Nenhum
		2. Leve
		3. Médio
		4. Intenso
		5. Muito intenso
B12	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para aprender uma nova tarefa? (como aprender como chegar a um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)	1. Nenhum
		2. Leve
		3. Médio
		4. Intenso
		5. Muito intenso

B13	O(a) sr(a) usa óculos ou lente de contato?	1. Sim	2. Não
<i>Ao responder as duas próximas perguntas, leve em conta os óculos ou lente de contato, se usar.</i>			
B14	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de longe? (reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	
B15	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de perto? (reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)	1. Nenhum	
		2. Leve	
		3. Médio	
		4. Intenso	
		5. Muito intenso	

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

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias.

B21	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar freqüentemente à noite ou dormir mais do que de costume?	_____ dias	0. Nenhum dia
B22	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?	_____ dias	0. Nenhum dia
B23	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?	_____ dias	0. Nenhum dia
B24	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?	_____ dias	0. Nenhum dia
B25	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?	_____ dias	0. Nenhum dia
B26	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a), andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?	_____ dias	0. Nenhum dia
B27	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?	_____ dias	0. Nenhum dia
B28	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?	_____ dias	0. Nenhum dia
B29	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?	_____ dias	0. Nenhum dia

Se 0: Ir para o próximo módulo

Horário de Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**ANEXO F – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO RIDE-DF- MÓDULO  
INDIVIDUAL C**

## C. Estilo de Vida

Horário de Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_

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

C1	Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez?	1. Menos de 1 semana	Se 5: Ir para C4
		2. Entre 1 semana e menos de 1 mês	
		3. Entre 1 mês a menos de 6 meses	
		4. 6 meses ou mais atrás	
		5. Nunca se pesou	
C2	O(a) sr(a) sabe seu peso? ( <i>mesmo que seja valor aproximado</i> )	____ , ____ kg	888. Não sabe
C3	O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? ( <i>somente para pessoas com 30 anos ou mais</i> )	Sim, qual? ____ , ____ kg	888. Não lembra/Não sabe
C4	O(a) sr(a) sabe sua altura? ( <i>mesmo que seja valor aproximado</i> )	____ m ____ cm	888. Não sabe

[Entrevistador: Se homem, vá para C6]

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

Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação.

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



C10	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido?	1. 1 vez por dia		
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
C11	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C13
C12	Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o sr(a) costuma:	1. Tirar o excesso de gordura visível	2. Comer com a gordura	
C13	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C15
C14	Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma:	1. Tirar a pele	2. Comer com a pele	
C15	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C17
C16	Em geral, quantas copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?	1. 1 copo		
		2. 2 copos		
		3. 3 copos ou mais		
C17	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C19
C18	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas?	1. 1 vez por dia		
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
C19	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C22
C20	Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar?	1. Normal		
		2. Diet/Light/Zero		
		3. Ambos		
C21	Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia?	1. 1 copo		
		2. 2 copos		
		3. 3 copos ou mais		

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

Agora vou lhe fazer questões sobre o consumo de bebidas alcoólicas

C25	Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1. Não bebo nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês			Se 1 ou 2: Ir para C31
C26	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_____ dias por semana ( <i>preencher de 1 a 7 dias</i> )			
C27	Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? ( <i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i> )	_____ doses por dia			
C28	Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?	1. Sim	2. Não	9. Não dirige (NSA)	
C29	Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?	_____ anos			

## Para homens

C30	Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C31
-----	---	--------	--------	-------------------

## Para mulheres

C30	Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C31
-----	--	--------	--------	-------------------

## Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.

C31	Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? ( <i>não considere fisioterapia</i> )	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para C35
C32	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	_____ dias por semana ( <i>preencher de 1 a 7 dias</i> )	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para C35

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

C40	Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	1. Sim, todo o trajeto		Se 3: Ir para C42
		2. Sim, parte do trajeto		
		3. Não		
C41	Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?	_____ horas _____ minutos <i>(de ida e de volta)</i>		
C42	No desempenho das suas atividades de rotina, quantos dias por semana o(a) sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta? <i>(tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém em algum curso, escola ou clube)</i>	_____ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7 dias)</i>	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para C44
C43	No dia que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o sr(a) gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta?	_____ horas _____ minutos		
C44	No desempenho das suas atividades de rotina, em quantos dias da semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso?	_____ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7 dias)</i>	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C46
C45	Em geral, no dia que o sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho das suas atividades de rotina, quanto tempo dura esta atividade?	_____ horas _____ minutos		
C46	Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão fora do trabalho?	_____ horas por dia	0. Não assisto televisão todo dia ou menos de uma hora por dia	
C47	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho?	9. Não uso computador		Se 9 ou 0: Ir para C49
		0. Menos do que um dia por semana		
		_____ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7 dias)</i>		
C48	Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho?	_____ horas por dia	0. Menos de uma hora	

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

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

C56	O tratamento para parar de fumar foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
C57	O(a) sr(a) pagou pelo tratamento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o tratamento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		6. Não, porque o tratamento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
C58	Em geral, qual a quantidade de cigarros, charutos, cachimbo e outros produtos do tabaco o(a) sr(a) fuma ou fumava por dia?		
	a. Cigarros?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia
	b. Charutos?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia
	c. Cachimbo?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia
	d. Outro? ( <i>especifique</i> ): _____	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia
C59	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar cigarro regularmente?	_____ anos	
C60	Alguma das pessoas que mora com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?	1. Sim	2. Não
C61	Com que frequência alguém fuma dentro da sua casa?	1. Nunca	
		2. Menos que diariamente	
		3. Diariamente	
C62	Algum colega costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha ou estuda?	1. Sim	2. Não

Se 2: Ir para C62

Agora vamos falar sobre exposição solar.

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

Horário de Término \_\_\_\_: \_\_\_\_



**ANEXO G – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO RIDE-DF- MÓDULO  
INDIVIDUAL D**

## D. Morbidade

Horário de Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_

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

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

D6	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da hipertensão?			
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não	
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
D7	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão arterial?	1. Há menos de 6 meses		
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais atrás		
		6. Nunca recebeu		
D8	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)		
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)		
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
		5. Ambulatório de hospital público		
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato		
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado		
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
D9	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
D10	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso		
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde		
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde		
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço		
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG		
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS		

Se 6: Ir para D18

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

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

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

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

D29	Na última vez que recebeu assistência de saúde para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		5. Ambulatório de hospital público	
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	
D30	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
D31	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	
D32	Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?		
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não
	c. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não
	d. Não fumar	1. Sim	2. Não
	e. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não
	f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães, etc.)	1. Sim	2. Não
	g. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não



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

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

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

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

D51	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?				
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico	
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico	
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não		
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não		
D52	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?	1. Sim		2. Não	
D53	Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D54	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame?	1. Sim		2. Não	Se 2: Ir para D58
D55	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do AVC?	_____ anos			
D56	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do AVC?				
	a. Dieta	1. Sim	2. Não	3. Já fazia antes do diagnóstico	
	b. Fisioterapia	1. Sim	2. Não		
	c. Outras terapias de reabilitação	1. Sim	2. Não		
	d. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não		
e. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não			
D57	Em geral, em que grau o AVC limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			

D58	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D63
D59	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma?	_____ anos		
D60	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve algum ataque de asma?	1. Sim	2. Não	
D61	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?			
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	1. Sim	2. Não	
	b. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
D62	Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
D63	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D68
D64	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite?	_____ anos		
D65	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite?			
	a. Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não	
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não	
	c. Faz acupuntura	1. Sim	2. Não	
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não	
D66	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite?	1. Sim	2. Não	
D67	Em geral, em que grau a artrite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		
		2. Um pouco		
		3. Moderadamente		
		4. Intensamente		
		5. Muito intensamente		
D68	O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D73

D69	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna?	_____ anos			
D70	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?				
	a. Exercício ou fisioterapia	1. Sim	2. Não		
	b. Usa medicamentos ou injeções	1. Sim	2. Não		
	c. Faz acupuntura	1. Sim	2. Não		
	d. Outro ( <i>especifique</i> ): _____	1. Sim	2. Não		
D71	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa do problema na coluna?	1. Sim	2. Não		
D72	Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D73	O(a) sr(a) já recebeu a vacina contra hepatite?	1. Sim	2. Não	888. Não sabe/Não lembra	
D74	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hepatite?	1. Sim	2. Não		Se 2: Ir para D79
D75	Que tipo de hepatite? [ Se o entrevistado responder que teve hepatite B e C, escolher a mais antiga].				Se 1 ou 9: Ir para D79
	1. A				
	2. B				
	3. C				
	9. Não sei o tipo				

D76	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?	_____ anos			
D77	Atualmente, o(a) sr(a) faz uso de medicamentos por causa da hepatite?	1. Sim	2. Não		
D78	Em que grau a hepatite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D79	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de tuberculose?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D88	
D80	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de tuberculose?	_____ anos			
D81	Quando o(a) sr(a) foi diagnosticado com tuberculose, o médico ou enfermeiro examinou as pessoas que moravam em sua casa para ver se alguma delas precisava de tratamento?	1. Sim	2. Não		
D82	O(a) sr(a) se tratou ou se trata por causa da tuberculose?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para D84	
D83	Porque o(a) sr(a) não se tratou?	1. O serviço de saúde era muito distante			Ir para D88
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		3. Teve dificuldades financeiras			
		4. Não achou necessário			
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento			
		7. Não sabia a quem procurar ou aonde ir			
		8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
D84	O(a) sr(a) fez ou faz tratamento supervisionado?	1. Sim	2. Não		



D85	Durante o tratamento, recebeu algumas das orientações?				
	a. Seguir corretamente o tratamento prescrito	1. Sim	2. Não		
	b. Não interromper o tratamento	1. Sim	2. Não		
	c. Não faltar às consultas agendadas	1. Sim	2. Não		
	d. Não fumar	1. Sim	2. Não		
	e. Não consumir bebida alcoólica	1. Sim	2. Não		
	f. Outro ( <i>especifique</i> ): _____				
D86	O(a) sr(a) completou o tratamento até receber alta?	1. Sim	2. Ainda está em tratamento	3. Não, abandonou	Se 1 ou 2: Ir para D88
D87	Quando o(a) sr(a) abandonou o tratamento, recebeu algum telefonema, carta ou comunicado do serviço de saúde ou visita de agente ou algum profissional da equipe de saúde da família?	1. Sim	2. Não		
D88	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	1. Sim	2. Não		Se 2: Ir para D101
D89	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão?	_____ anos			
D90	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não			Se 3: Ir para D92
		2. Não, só quando tem algum problema			
		3. Sim			
D91	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não está mais deprimido			
		2. O serviço de saúde é muito distante			
		3. Não tem ânimo			
		4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande			
		5. Tem dificuldades financeiras			
		6. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		7. O plano de saúde não cobre as consultas			
		8. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		9. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			

D92	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão?		
	a. Faz psicoterapia	1. Sim	2. Não
	b. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	c. Outro ( <i>especifique</i> ): _____		
D93	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da depressão?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca recebeu	
D94	Na última vez que recebeu assistência de saúde para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	
		3. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		6. Ambulatório de hospital público	
		7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
8. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
D95	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
D96	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Sim, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
		4. Não, porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
		5. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
		6. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	

Se 6: Ir para D100

D97	Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para alguma consulta com profissional especialista de saúde mental, como o psiquiatra ou psicólogo?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D100	
D98	O(a) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para D100	
D99	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi 2. Não conseguiu marcar 3. Não achou necessário 4. Não teve ânimo 5. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 6. Não sabia quem procurar ou aonde ir 7. Estava com dificuldades financeiras 8. O plano de saúde não cobria a consulta 9. O serviço de saúde era muito distante 10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas 11. Outro ( <i>especifique</i> ): _____			
D100	Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente			
D101	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)?	1. Sim, qual? _____ CID [ ][ ][ ][ ]	2. Não	Se 2: Ir para D107	
D102	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?	_____ anos	0. Menos de um ano		
D103	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental?	1. Não 2. Não, só quando tenho algum problema 3. Sim			Se 3: Ir para D105

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

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

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

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

D117	O(a) sr(a) pode me dizer qual ou quais?	CID <i>[Preencha com o número da CID relativo à doença relatada]</i>	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico?	Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais? 1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente
	a.	____	____ anos	
	b.	____	____ anos	
	c.	____	____ anos	

D118	O(a) sr(a) tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração ( <i>de mais de 6 meses de duração</i> )?	1. Sim, especifique _____	2. Não	Se 2: Ir para D120
D119	Em geral, em que grau essa incapacidade limita as suas atividades habituais?	1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente		

Agora vamos falar sobre os medicamentos de uso contínuo.

D120	Nos últimos 15 dias, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para D123
D121	Nos últimos 15 dias, por quantos dias usou o medicamento para dormir?	_____ dias ( <i>preencher de 1 a 15</i> )		
D122	O medicamento que o(a) sr(a) usa para dormir foi prescrito por médico?	1. Sim	2. Não	

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

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

Horário de Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**ANEXO H – FOLHA DE INFORMAÇÃO SOBRE SETORES,  
DOMICÍLIOS E PESSOAS A ENTREVISTAR-FIS**



**FOLHA DE INFORMAÇÕES SOBRE SETORES, DOMICÍLIOS E PESSOAS A ENTREVISTAR**  
Entrevistador nº 1

- 1 - IDENTIFICAÇÃO DO SETOR:  
Código do setor para o IBGE: 521523105000008
- 2 - DADOS DO SETOR:  
UF: 52 - Goiás  
Município: 15231 - NOVO GAMA  
Distrito: 5 - NOVO GAMA  
Subdistrito: 0 -  
Bairro: NOVO GAMA - (todos os setores)  
Situação: 5  
Setor: 8  
Tipo: 0
- Número de domicílios no setor: 241  
Pulo: 13  
Primeiro domicílio a ser selecionado: 1
- 3 - PONTO INICIAL E FINAL DO SETOR:  
RUA DE SERVICIO COM "RUA 25"
- 4 - PERÍMETRO DO SETOR:  
DO PONTO INICIAL PELA "RUA 25" ATE SEU FINAL DAI EM RUMO CERTO A "RUA 209"  
ATE ALTURA DA "AVENIDA PERIMETRAL 1" ATE "RUA DO SERVICIO" ATE O PONTO  
INICIAL.
- 5 - SETORES INTERNOS A EXCLUIR:  
NADA A REGISTRAR.
- 6 - AGLOMERADOS RURAIS IDENTIFICADOS:  
NADA A REGISTRAR.
- 7 - SELEÇÃO DO ADULTO A ENTREVISTAR:  
A coluna 01 indica o número da pessoa a entrevistar no 1º domicílio selecionado; a coluna 02  
indica o número da pessoa a entrevistar no 2º domicílio selecionado; e assim sucessivamente  
até chegar a coluna 09, que indicará o número da pessoa a entrevistar no 9º domicílio.

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

**FOLHA DE INFORMAÇÕES SOBRE SETORES, DOMICÍLIOS E PESSOAS A ENTREVISTAR**  
Entrevistador nº 2

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO SETOR:**

Código do setor para o IBGE: 521523105000008

**2 - DADOS DO SETOR:**

UF: 52 - Goiás  
Município: 15231 - NOVO GAMA  
Distrito: 5 - NOVO GAMA  
Subdistrito: 0 -  
Bairro: NOVO GAMA - (todos os setores)  
Situação: 5  
Setor: 8  
Tipo: 0

Número de domicílios no setor: 241  
Pulo: 13  
Primeiro domicílio a ser selecionado: 1

**3 - PONTO INICIAL E FINAL DO SETOR:**  
RUA DE SERVICIO COM "RUA 25"

**4 - PERÍMETRO DO SETOR:**

DO PONTO INICIAL PELA "RUA 25" ATE SEU FINAL DAI EM RUMO CERTO A "RUA 209"  
ATE ALTURA DA "AVENIDA PERIMETRAL 1" ATE "RUA DO SERVICIO" ATE O PONTO  
INICIAL.

**5 - SETORES INTERNOS A EXCLUIR:**  
NADA A REGISTRAR.

**6 - AGLOMERADOS RURAIS IDENTIFICADOS:**  
NADA A REGISTRAR.

**7 - SELEÇÃO DO ADULTO A ENTREVISTAR:**

A coluna 10 indica o número da pessoa a entrevistar no 10º domicílio selecionado; a coluna 11 indica o número da pessoa a entrevistar no 11º domicílio selecionado; e assim sucessivamente até chegar a coluna 18, que indicará o número da pessoa a entrevistar no 18º domicílio.

Total de adultos no domicílio	Número do(a) adulto(a) a entrevistar no domicílio									
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	
3	3	1	3	2	1	2	2	1	2	
4	3	3	①	2	4	4	4	3	1	
5	2	3	4	5	5	5	4	5	5	
6	5	3	1	1	6	3	6	2	1	
7	3	2	2	4	7	5	4	2	6	
8	7	6	3	5	1	6	6	3	1	
9	6	3	8	7	4	1	6	2	5	
10	9	8	4	4	7	10	2	6	6	
11	1	2	1	8	4	2	8	10	2	
12+	7	3	5	11	5	8	12	12	2	



MUNICÍPIO: 15231 - NOVO GAMA  
DISTRITO: 05 - NOVO GAMA

ESTADO DE GOIÁS  
MAPA DE SETOR URBANO - MSU



## **ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



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

### **PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

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

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

Pesquisadora Responsável: Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez

Data de Entrada: 31/05/10

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

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

Brasília, 18 de junho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB

## **ANEXO J – ORIENTAÇÕES GERAIS**

## ***INQUERITO DE SAÚDE RIDE – DF 2010***

### **1 ORIENTAÇÕES GERAIS.**

#### **1.1 Procedimentos gerais de conduta no campo**

- Para todos os fins, incluindo nas sedes das Secretarias Municipais de Saúde, na comunidade, nos domicílios o entrevistador deve se apresentar como “entrevistador” do Ministério da Saúde.
- Não cabe ao entrevistador emitir julgamento ou opiniões dos costumes, praticas que considerem “erradas” segundo seus padrões ou cujo sentido ignore
- Ao estar na casa de uma pessoa é fundamental respeitar a privacidade de seus moradores. Procure interferir o mínimo possível no dia a dia das pessoas.
- Ao chegar nos domicílios o entrevistador deve se apresentar colocando claramente os objetivos e procedimentos do trabalho a ser realizado. Neste primeiro momento de contato deverá ser obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Os supervisores e entrevistadores devem se colocar a disposição para qualquer esclarecimento que ser façam necessárias, qualquer morador (independente de estar ou não na amostra) tem o direito de fazer perguntas relacionadas a pesquisa, procure respondê-las de maneira clara e inteligível. Se a pessoa demonstrar que não entendeu, volte a explicar com outras palavras.
- A realização do Inquérito implicará em visitar os domicílios (casas) da comunidade. É importante lembrar que a informante estará sempre fazendo um favor em nos receber e que nossa presença pode estar competindo com outras prioridades domésticas. Portanto, é preciso todo cuidado, gentileza e atenção com nossos informantes, sendo necessário definir junto aos responsáveis os horários de trabalho da equipe.
- Durante a coleta de dados, você estará compartilhando da intimidade de uma casa e de uma família. Evite comportamentos que possam ser percebidos como invasivos ou indelicados.
- Evite comer nas casas. Procure não levar alimentos para os domicílios, pois a expectativa das pessoas poderá ser de compartilhamento.
- Se você fuma, não deverá fazê-lo durante as visitas às casas e durante a realização das entrevistas.
- Não porte ou consuma bebida alcoólica na comunidade, sob quaisquer circunstâncias.
- Evite fazer comentários que não estejam relacionados com o Inquérito como, por exemplo, “porque você não lava as mãos com sabonete?”, “use menos açúcar ao preparar o café”, e “você tem a casa mais bonita ”.
- Nunca comente, na casa em que você está, o que viu ou ouviu na casa vizinha.

- Somente fotografe após permissão do indivíduo ou grupo. Não é permitida a realização de qualquer tipo de filmagem ou gravação de som durante o Inquérito pelos entrevistadores. As equipes do Inquérito não têm permissão para usar as imagens (vídeos e fotos) captadas nas comunidades. São permitidas apenas fotos para registro de experiências pessoais.
- Evite criticar atitudes ou comportamentos de seu colega de equipe em público. Opte por discutir eventuais divergências em momentos nos quais não haja a presença de outras pessoas.
- Vista-se de maneira simples e confortável. É vedado o uso de camisetas ou bonés que identifiquem agremiações políticas (partidos ou candidatos a cargos públicos), religiosas (igrejas, líderes religiosos, passagens bíblicas) ou de conotação sexual e/ou de baixo calão por parte dos entrevistadores que participam do Inquérito.

### **1.2 Relação do material para o trabalho diário**

- Diariamente, antes de sair para as entrevistas, a equipe deve se certificar que está levando todo o material que será utilizado:
  - 1 Questionários
  - 2 Termos de Consentimentos
  - 3 FIS (Folha de Informações sobre Setores, Domicílios e Pessoas a Entrevistar)
  - 4 Mapas
  - 5 Lápis e Borracha
  - 6 Relógio

### **1.3 Entrevista e preenchimento dos Cadernos**

- A entrevista feita preferencialmente nas proximidades do domicílio a ser pesquisado. O entrevistador poderá realizar a entrevista no interior do domicílio caso seja convidado pela família. Procure não retirar a pessoa de sua residência e reuni-la com outras em locais coletivos como posto de saúde ou escola. Há perguntas que, a depender do contexto, poderão ser percebidas como de fóro íntimo e gerar constrangimento se formuladas em público, verifique com a pessoa a ser entrevistada o local mais conveniente para a realização da entrevista.
- Dirija-se aos entrevistados sempre demonstrando calma, em tom de voz audível e pausadamente. Durante a entrevista, evite conversas paralelas entre os integrantes da equipe, brincadeiras ou gargalhadas. Demonstre seriedade, porém sem sisudez.



- Formule as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas, exceto quando for indicado. Se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enuncie todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- Sempre que houver dúvida, escreva por extenso a resposta dada pelo informante e deixe para o supervisor decidir no final do dia.
- Utilize lápis-grafite com a ponta bem feita e borracha para preencher os cadernos. Atente para a escrita correta dos números e palavras. Use números e letras legíveis, bem desenhados. Isso facilitará a entrada de dados e reduzirá a ocorrência de erros durante a digitação. A marcação das respostas nos cadernos sempre deverá ser feita assinalando-se um "X" sobre o número correspondente à opção de resposta.
- Escreva os algarismos de forma bem legível, evitando que possam ser confundidos por quem for digitá-los. Atenção especial aos números que podem ser facilmente confundidos como: 1 e 7 / 4 e 9 / 0 e 6.
- Há diversos itens no questionário que estão subordinados a itens anteriores. Os enunciados dos itens subordinados sempre indicam que os mesmos somente serão respondidos na dependência da opção marcada no item anterior. Geralmente, esses itens subordinados estarão marcados em negrito e caixa alta nos cadernos
- Nos casos em que for inviável a coleta de alguma informação relativa a um item, ele deverá permanecer em branco e será tratado como perda da informação. A equipe de campo deve trabalhar exaustivamente para que esta situação não aconteça.
- O questionário domiciliar pode ser respondido por qualquer pessoa responsável pelo domicílio.
- o questionário individual pelo adulto selecionado de acordo com a lista de moradores
- Para as Crianças < de 2 anos o questionário deverá ser respondido pela mãe ou responsável independente do adulto selecionado

**ANEXO K – ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA DEFINIÇÃO  
DE INDICADORES MONITORADOS SEGUNDO VIGITEL BRASIL  
2010**

## Tabagismo

**Percentual de fumantes:** número de indivíduos fumantes/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fumante o indivíduo que respondeu positivamente à questão

“O(a) sr(a) fuma?”, independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

**Percentual de ex-fumantes:** número de indivíduos ex-fumantes/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado ex-fumante o indivíduo não fumante que respondeu positivamente à questão

“O(a) sr(a) já fumou?”, independente do número de cigarros e da duração do hábito de fumar.

**Percentual de fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia:** número de indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta à questão:

“Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?”.

**Percentual de fumantes passivos no domicílio:** número de indivíduos não fumantes que relatam que pelo menos um dos moradores do seu domicílio costuma fumar dentro de casa/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta à questão:

“Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?”.

**Percentual de fumantes passivos no local de trabalho:** número de indivíduos não fumantes que relatam que pelo menos uma pessoa costumava fumar no seu ambiente de trabalho/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta à questão:

“Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha?”.

### **Excesso de peso e obesidade**

**Percentual de adultos com excesso de peso:** número de indivíduos com excesso de peso/número de indivíduos entrevistados.

Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (WHO, 1995), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autoreferidos, conforme as questões:

“O (a) senhor (a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O (a) senhor (a) sabe sua altura?”.

**Percentual de adultos com obesidade:** número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com obesidade o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (WHO, 1995), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos auto-referidos, conforme as questões:

“O (a) senhor (a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”,  
“O (a) senhor (a) sabe sua altura?”.

### **Consumo alimentar**

**Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente:** número de indivíduos com consumo regular de frutas e de hortaliças/número de indivíduos entrevistados.

Foi considerado consumo regular de frutas e de hortaliças, o consumo em cinco ou mais dias da semana de frutas e de hortaliças, estimado a partir de respostas às questões:

“Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?” e “Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?” e

“Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?”.

**Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado:**

número de indivíduos com consumo recomendado de frutas e de hortaliças/número de indivíduos entrevistados.

Foi considerado consumo recomendado de frutas e de hortaliças o consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana de frutas e hortaliças, como proxy do consumo recomendado de cinco porções diárias, devido às dificuldades em se transmitir aos entrevistados o conceito de porções de frutas, legumes e verduras.

Para o cálculo de frutas e suco de frutas, considera-se cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção, limitando-se em três o número máximo de porções diárias computado para frutas e em um o número máximo computado para sucos.

No caso de hortaliças, computa-se um número máximo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam o hábito de consumir hortaliças cruas no almoço e no jantar e hortaliças cozidas também no almoço e no jantar; conforme a combinação das questões acima citadas com as seguintes:

“Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?”

“Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?”

“Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada?”, “Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido”, “Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?” e “ Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?”.

#### **Percentual de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível:**

número de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível/número de indivíduos entrevistados.

Foi considerado consumo de carnes com gordura visível, a resposta positiva à questão:

“Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma comer com a gordura?” ou

“Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma comer com a pele?”.

#### **Percentual de adultos que costumam consumir leite com teor integral de gordura:**

número de indivíduos que costumam consumir leite com teor integral de gordura/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo de leite com teor integral de gordura a resposta “leite integral” à questão

“Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (indivíduos que referiram consumir ambos os tipos de leite ou que desconheciam o tipo consumido foram também incluídos).

Considerando-se frequência mínima de uma vez na semana, dada pela questão:

“Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite?”.

**Percentual de adultos que costumam consumir refrigerante cinco ou mais dias por semana:**

Número de indivíduos que costumam consumir refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana/número de indivíduos entrevistados. Foram consideradas para composição do indicador de consumo regular de refrigerante ou suco artificial as respostas “cinco a seis dias por semana” e “todos os dias sábado e domingo)” para a pergunta: “Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?” , independente da quantidade e do tipo.

**Percentual de adultos que consomem feijão cinco ou mais dias por semana:**

número de indivíduos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana/número de indivíduos entrevistados. Considerando-se a resposta à questão “Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?”

## Atividade física

### **Percentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre (lazer).**

O VIGITEL 2010 considera nessa condição todos os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos (Haskell et al., 2007). Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (Ainsworth, 2000).

Este indicador é estimado a partir das as questões:

“Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”,

“Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?”,

“O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”,

“Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”

“No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”.

### **Percentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre (lazer) e ou no deslocamento.**

O VIGITEL considera nessa condição os indivíduos que praticam atividade física no tempo livre (como definido anteriormente) e também aqueles que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. São consideradas as questões citadas anteriormente e, adicionalmente, perguntas sobre deslocamento para trabalho e/ou curso e/ou escola, conforme a seguir:

“Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”,

“Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?”,

“Atualmente, o(a) sr(a) esta frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?” e “Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”.

### **Percentual de adultos fisicamente inativos:**

número de indivíduos fisicamente inativos/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fisicamente inativo o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa, conforme combinação das questões:

“Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”;

“No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?”, ou “No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?”;

“O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?” e “Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho (a pé ou de bicicleta)?”;

“Atualmente, o(a) sr(a) esta frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?” e “Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”; e “Quem costuma fazer a faxina da sua casa?” ou “Quem fica com a parte mais pesada da faxina, quando tem ajuda?”.

### **Percentual de adultos que costumam assistir televisão por três ou mais horas por dia:**

número de indivíduos que assistem três ou mais horas de televisão diariamente/número de indivíduos entrevistados. Em resposta as questão:

“Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma parar para assistir televisão?”.



## Consumo de bebidas alcoólicas

### **Percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva:**

número de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva/número de entrevistados. Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Considera-se para identificar o consumidor abusivo a resposta sim à questão:

“Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 e mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para homens ou “Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? para mulheres.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

### **Percentual de adultos que costumam dirigir após consumir bebida alcoólica abusivamente:**

número de adultos que referiram dirigir após consumir bebida alcoólica abusivamente/número de entrevistados. Foi considerado direção após consumo abusivo de bebidas alcoólicas a resposta positiva à questão:

“Neste dia (ou em algum deste dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?”.

## **Autoavaliação do estado de saúde**

### **Percentual de adultos que autoavaliaram o estado de saúde como ruim:**

Número de adultos que autoavaliaram o estado de saúde como ruim ou muito ruim/número de entrevistados.

Considerou-se como estado de saúde ruim a resposta ruim ou muito ruim à pergunta

“O(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde como ?:”

## **Morbidade referida**

### **Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial:**

número de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial/número

de indivíduos entrevistados, conforme resposta afirmativa à questão:

“Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?”.

### **Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes:**

número de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes/número de indivíduos entrevistados, referente à resposta positiva à questão:

“Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?”.

### **Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema:**

número de indivíduos que referem diagnóstico médico de asma/número de indivíduos entrevistados, referente à resposta positiva à questão:

“Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?”.

ANEXO L – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO À  
REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA



## Revista Brasileira de Epidemiologia

**USUÁRIO** Logado como:

**paulorsrocha2012**

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

**AUTOR** Submissões


- Ativo (1)

#RBEPID-1818 INQUÉRITO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA RIDE-DF

### Submissão

Autores	Paulo Roberto Sousa Rocha	
Título	INQUÉRITO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA RIDE-DF	
Documento original	RBEPID-1818-100520-503301-1-SM.DOC 2012-08-27	
Docs. sup.	RBEPID-1818-100520-503316-1-SP.DOCX 2012-08-27	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
	RBEPID-1818-100520-503320-1-SP.PDF 2012-08-27	
	RBEPID-1818-100520-	

503321-1-  
 SP.PDF 2012-08-27  
 RBEPID-1818-100520-  
 503322-1-  
 SP.PDF 2012-08-27

Submetido por Paulo Roberto Sousa Rocha 

Data de submissão agosto 27, 2012 - 04:44

Seção Artigos Originais

Editor Nenhum(a) designado(a)

### Situação


Situação Aguardando designação

Iniciado 2012-08-27

Última alteração 2012-08-27

### Metadados da submissão

#### Autores

Nome Paulo Roberto Sousa Rocha<sup>1</sup>   
 Margarita Urdaneta<sup>2</sup>  
 Helena Eri Shimizu<sup>2</sup>  
 Francsico Viacava<sup>3</sup>  
 Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior<sup>4</sup>

URL do currículo online [https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG\\_MENU.menu?f\\_cod=361104E0096348EB5788B4D8F10647BF](https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=361104E0096348EB5788B4D8F10647BF)

Instituição/Afiliação Universidade de Brasília - UnB

País Brasil

#### POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESS ES

Resumo da Biografia Fisioterapeuta, especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Mestrando em Ciências da Saúde, área de concentração Epidemiologia, Saúde e Educação pela Universidade de Brasília UnB - DF

Contato principal para correspondência.

## Título e Resumo

**Título** INQUÉRITO DE SAÚDE: PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA RIDE-DF

### Resumo

**Objetivos:** O estudo se propôs a descrever o perfil socioeconômico demográfico, prevalência de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde da população residente nos municípios do Entorno Sul da RIDE-DF. **Métodos:** Trata-se de inquérito de saúde de base populacional, transversal, realizado em 605 domicílios, utilizando como instrumento de coleta de dados, um questionário com perguntas fechadas, cujas respostas foram tabuladas, e analisadas pelo programa estatístico SPSS 20.0 *for Windows*. Os dados foram analisados pelas frequências absolutas, prevalências, médias e intervalos de confiança de 95% para as variáveis em relação a sexo, faixa etária, renda, situação socioeconômica, situação conjugal, cobertura de plano de saúde e Programa de Saúde da Família, morbidade referida e atendimento pelo SUS. **Resultados:** os achados analisados sugerem uma população concentrada entre as classes C e D, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, trata-se de população com baixa escolaridade, prevalência de hipertensão arterial de 17,0%, depressão 8,3%, doenças do coração 2,4%, e diabetes 3,9%, dentre outras morbidades. **Conclusão:** O estudo demonstrou a necessidade de implantação de políticas públicas de saúde voltadas a prevenção e promoção de saúde, estruturação das redes de atenção à saúde, geração de empregos para essa população carente, investimentos na área de educação, investimento em segurança pública, assim como ampliação paralela de políticas públicas sociais, no sentido de reduzir as desigualdades da região estudada.

## Indexação

**Palavras-chave** Palavras-chave: Inquérito de saúde; perfil socioeconômico demográfico; condições de saúde; morbidade referida.

**Idioma** pt

## Apoio e financiamento

**Agências** ICICT FIOCRUZ; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS UFG; FAP-DF