



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THAISA MARIA DE ANDRADE GONÇALVES

**DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR OCORRÊNCIA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE PICOS**

PICOS-PI

2020

THAISA MARIA DE ANDRADE GONÇALVES

**DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR OCORRÊNCIA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE PICOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2020.3, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Laura Maria Feitosa Formiga

PICOS-PI

2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Biblioteca Setorial José Albano de Macêdo
Serviço de Processamento Técnico

G635d Gonçalves, Thaisa Maria de Andrade
Descrição das doenças crônicas de maior ocorrência em idosos do município de picos / Thaisa Maria de Andrade Gonçalves – 2020.

Texto digitado
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo - CSHNB
Aberto a pesquisadores, com as restrições da biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharelado em Enfermagem, Picos-PI, 2020.

“ Orientadora: Dra. Laura Maria Feitosa Formiga”

1. Doença crônica. 2. Envelhecimento. 3. Saúde do idoso. I. Formiga, Laura Maria Feitosa. II. Título.

CDD 610.73

Maria José Rodrigues de Castro CRB 3: CE-001510/O

THAISA MARIA DE ANDRADE GONÇALVES

**DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR OCORRÊNCIA EM IDOSOS
DO MUNICÍPIO DE PICOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2020.3, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 25/09/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Laura Maria Feitosa Formiga
Universidade Federal do Piauí/UFPI-CSHNB
Professora Orientadora



Prof.^a Dra. Danilla Michelle Costa e Silva
Universidade Federal Do Piauí/UFPI-CSHNB1^a
Examinadora



Prof.^o Me. Ingrid Pereira Cirino
Universidade Federal Do Piauí/UFPI-CSHNB2^a
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu querido Deus, pois sem ele nada seria possível, pois ele é o dono de toda minha vida e destino, quem me proporcionou forças para a realização desta conquista e quem sempre cuidou de mim e das pessoas que amo.

Aos meus pais, Maria do Socorro e Raimundo Nonato que são meus exemplos de vida, determinação, inteligência e de todos os adjetivos bons que possam existir, agradeço imensamente por me proporcionarem todas as condições necessárias para a concretização dessa conquista que também são deles. Ao meu irmão por todo companheirismo ao longo do curso.

Agradeço aos amigos e companheiros que a UFPI e PICOS me proporcionaram, em especial o melhor grupo P1 agradeço pelos momentos vividos pelas amizades sinceras, companheirismo nos momentos bons e ruins, sei que nossa amizade vai além da UFPI.

Agradecimento especial a minha querida orientadora, Prof^a Dra. Laura Maria Feitosa Formiga, por todos os ensinamentos, disponibilidade e pela oportunidade, pois sem você esse estudo não seria possível.

Aos professores da universidade federal por toda dedicação e paciência, além dos ensinamentos transmitidos, por serem exemplos de profissionais que queremos ser. Aos colegas de turma pela a oportunidade de conhecer e todos os momentos compartilhados.

Aos enfermeiros do campo de estágio por me acolherem tão bem e confiarem seus serviços a mim, e por toda experiência repassada.

Aos membros da Banca examinadora, que dedicaram seu tempo na leitura do presente estudo. Meu muito obrigada a todos.

A todos os meus amigos e familiares que vibram juntos comigo esse importante momento da minha vida. Enfim muitíssimo obrigado a todos que contribuíram por essa conquista.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis vêm aumentando em prevalência com o passar dos anos e podem gerar limitações funcionais e incapacidades. Influenciadas fortemente pela história de vida do idoso, suas distintas formas de inserção social, ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade. O objetivo do estudo foi identificar as principais Doenças Crônicas dos idosos do município de Picos-PI. Para realização da pesquisa utilizou-se dados provenientes do projeto intitulado Inquérito de saúde de base populacional que teve como finalidade avaliar as condições e situação de saúde da população residente no município de Picos - PI. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2018 a março de 2019 no município de Picos-PI. A população foi composta por 198 idosos e amostra de 132 idosos de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas utilizando o aplicativo de celular do software Epicollect 5. Os dados foram analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo parecer Nº 2.668.474, conforme os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Verificou-se a predominância do sexo feminino 67,7%, média de idade 69,79 anos e predominância dos idosos casados 43,3%, com ensino fundamental incompleto 38,7%. As doenças de maiores diagnósticos foram Hipertensão Arterial 53,4%, Hipercolesterolemia 26,0% e Artrite e Reumatismo 21,4%. Fazem acompanhamento regular nos serviços de saúde 62,8% de idosos com HAS, 66,6% Diabetes. Tomam medicamentos frequentemente 92,8% de quem tem Hipertensão, 82,4% Hipercolesterolemia e 50,0% Artrite e Reumatismo. Os participantes com Artrite e Reumatismo 71,4% afirmaram que a doença interfere nas suas atividades diárias, seguido de Doenças do Coração 33,2% e HAS 24,2%. Mediante os resultados encontrados, ressaltamos a importância da educação em saúde para disseminação de informações e espera-se que os serviços de saúde, juntamente com os gestores municipais, utilizem os resultados dessa pesquisa para elaboração e consolidação de ações em conjunto, contemplando as especificidades dos indivíduos.

Descritores: Doença crônica. Envelhecimento. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Chronic Non-Communicable Diseases have been increasing in prevalence over the years and can generate functional limitations and disabilities. Strongly influenced by the life history of the elderly, their different forms of social insertion, throughout life and exposure to contexts of vulnerability. The objective of the study was to survey the main Chronic Diseases of the elderly in the municipality of Picos-PI. To carry out the research, data from the project entitled Population-based health survey was used to assess the health conditions and situation of the population living in the municipality of Picos. This is a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach. The study was carried out from September 2018 to march 2019 in the municipality of Picos-PI. The population consisted of 198 elderly people and a sample of 132 elderly men and women, living in the urban area of the municipality. Data collection took place through interviews using the mobile application of the Epicollect 5 software. The data were analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. Approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, by opinion No. 2,668,474, it occurred according to the requirements proposed by Resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS). There was a predominance of females 67.7%, with a mean age of 69.79 years and a predominance of married elderly 43.3%, with incomplete primary education 38.7%. The most diagnosed diseases were Arterial Hypertension 53.4%, Hypercholesterolemia 26.0% and Arthritis and Rheumatism 21.4%. 62.8% of the elderly with SAH are regularly monitored in health services, 66,6% are Diabetes. 92.8% of those who have hypertension, 82.4% Hypercholesterolemia and 50.0% arthritis and rheumatism are frequently taking medication. Participants with Arthritis and Rheumatism 71,4% stated that the disease interferes with their daily activities, followed by Heart Diseases 32.2% and SAH 24.2%. Based on the results found, we emphasize the importance of health education for the dissemination of information and it is expected that health services, together with municipal managers, use the results of this research to elaborate and consolidate actions together, contemplating the specificities of individuals.

Descriptors: Chronic disease. Aging. Elderly health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população de Picos e número médio de indivíduos por domicílio, de acordo com grupos etários e sexo.....	20
Tabela 2 – Tamanho da amostra de domicílios para garantir a presença de, no mínimo, 30 indivíduos de cada grupo etário e sexo e tamanho da amostra de indivíduos para cada grupo etário e sexo em Picos.....	21
Tabela 3 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas, Picos, Piauí, 2019.....	32
Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo diagnóstico de doenças crônicas, Picos, Piauí, 2019	33
Tabela 5 – Acompanhamento de saúde e uso de medicamentos, por idosos que relataram ter diagnóstico de doença crônica não transmissível Picos, Piauí, 2019..	34
Tabela 6 – Grau de limitação referente às doenças crônicas em idosos. Picos, Piauí, 2019	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPIS - Instituições de Longa Permanência para Idosos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Política Nacional de Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UPAs - Unidades Primárias de Amostragem

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	GERAL	13
2.2	ESPECÍFICOS	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis ...	14
3.2	Equipe de Saúde na Prevenção e Tratamento de DCNT em Idosos	17
4	METODOLOGIA	19
4.1	Desenho do estudo.....	19
4.1	Tipo de Estudo	19
4.2	Local e Período de estudo	19
4.1.3	Tamanho da amostra	20
4.1.4	Procedimentos de amostragem.....	21
4.1.5	Logística do ISAD – PI.....	23
4.2	Critérios de Inclusão.....	24
4.3	Critérios de Exclusão	24
4.4	Variáveis do Estudo	25
4.4.1	Variáveis Sociodemográficas	25
4.4.2	Variáveis Clínicas	25
4.5	Procedimentos de coleta de dados.....	25
4.6	Coleta dos dados e tratamento do banco.....	26
4.6.1	Estudo Piloto.....	26
4.6.2	Coleta de dados.....	26
4.6.3	Preparo do banco de dados.....	27
4.6.4	Controle de qualidade.....	30
4.7	Análise de dados.....	30
4.8	Aspectos éticos e legais.....	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXOS	49

ANEXO A – MAPA COM OS SETORES CENSITÁRIOS DE PICOS/PI.....	50
ANEXO B – FORMULÁRIO	51
ANEXO C – QUESTIONÁRIO ISADPI	53
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	63
ANEXO E – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP).....	66
ANEXO F – MAPA DE UMA DAS UNIDADES DE AMOSTRAGEM EM PICOS.....	73
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	74
ANEXO H – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	78

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as quedas nos níveis de mortalidade, a partir de 1940, e de natalidade, por volta de 1960, resultaram em mudanças na estrutura etária da população, o que fez com que um país predominantemente jovem passasse a ser considerado em processo de envelhecimento. Em 2017, pessoas com 60 anos ou mais representavam 12,51% da população brasileira e estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que esse valor deve chegar a 29% em 2050. Independentemente de condições sociais, étnicas e culturais o envelhecimento está relacionado a uma maior suscetibilidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (ROMERO et al., 2019).

Os desafios trazidos pelo envelhecimento têm diversas dimensões e dificuldades, porém, o idoso deve ter como garantia sua integração na sociedade. O envelhecimento da população influencia o mercado de trabalho, a saúde, assistência médica, composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível e não pode ser visto como uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também, por meio de intervenções sociais, econômicas e ambientais (NUNES, 2018).

O processo de senescência é um declínio irreversível das funções fisiológicas onde ocorrem inúmeras mudanças funcionais no indivíduo como: diminuição da massa magra, aumento do tecido adiposo, diminuição de células. Esses e outros fatores isolados ou associados com hábitos não saudáveis podem acarretar no aparecimento de várias doenças que, por sua vez, tem grande impacto na funcionabilidade dos idosos, pois o número de doenças crônicas que acometem um indivíduo é diretamente proporcional ao grau de vulnerabilidade do mesmo, ou seja, quanto maior ou número de doenças presentes, maior é o risco de limitações funcionais e incapacidades. (NEGÓCIO, 2019).

São definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Doenças Crônicas: as doenças cardiovasculares, tais como Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Neoplasias, Doenças Respiratórias Crônicas, Diabetes mellitus e Doenças Mentais. Além de serem a causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com a atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), as DCNT proporcionam um grande desafio para os gestores por impactarem no estilo de vida das pessoas, levando a danos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da

redução da produtividade, perda de dias de trabalho e prejuízos para o setor produtivo (MOTA et al., 2019).

A prevalência de DCNT têm crescido com o passar dos anos e podem gerar limitações funcionais e incapacidades, influenciadas fortemente pela história de vida do idoso, suas distintas formas de inserção social, ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade. Assim, a complexidade da busca pelos serviços de saúde por parte da população idosa exige dos mesmos respostas adequadas a suas necessidades, além de incentivar a promoção da saúde por meio de um envelhecimento ativo e saudável, visando sua autossuficiência para adaptarem-se a nova fase de vida (SCHENKER, 2019).

Os profissionais de saúde exercem um papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis, prevenção e identificação de riscos como obesidade, sedentarismo, tabagismo, ingestão de álcool, entre outros. Esses profissionais são o principal elo com os idosos e sua família, possibilitando que eles venham a aderir ao tratamento e passem a frequentar rotineiramente os serviços de saúde (SILVA, 2019).

Sendo assim, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população, sua situação socioeconômica, condição de saúde, estrutura familiar, grau de autonomia e independência, para que o estudo possa colaborar com a população de acordo com a realidade da região.

Diante do exposto, busca-se responder ao seguinte questionamento: Quais as principais doenças crônicas prevalentes na população idosa de Picos?

Este estudo torna-se relevante uma vez que a elevada prevalência de Doenças Crônicas na população brasileira é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade. A realização da pesquisa favorece o levantamento das Doenças Crônicas, que afetam os idosos, que consistem em uma crescente população no Brasil.

Dessa forma, este estudo oferece dados importantes a respeito da população idosa portadora de Doenças Crônicas, ofertando, assim, aos profissionais de saúde uma melhor sustentação para o desenvolvimento de medidas de prevenção e assistência mais efetivas e adequadas à realidade dos idosos que residem no município Picos – PI.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Identificar as principais doenças crônicas dos idosos do município de Picos-PI.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos;
- Determinar o percentual de idosos acompanhados no serviço de saúde ou em uso de medicamento
- Verificar o grau de limitação dos idosos resultantes das DCNT.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O envelhecimento populacional é uma importante característica do século XXI. Nos últimos tempos, o Brasil passou de um perfil jovem para um cenário caracterizado por enfermidades complexas, típico de faixas etárias mais avançadas. As DCNT, por exemplo, vêm acometendo essa população que precisa de um maior cuidado, pois, a transição para a fase idosa acarreta em inúmeras mudanças funcionais, psicológicas e sociais (SCHENKER, 2019).

Anteriormente, as doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito. Com as mudanças econômicas, socioculturais e o avanço das políticas públicas, a maioria das mortes são consequências das DCNT. Com isso, surge a preocupação para a mudança do estilo de vida da população (MALTA et al., 2017).

O Brasil apresenta dimensões territoriais com situações sociodemográficas e epidemiológicas diferentes nas diversas regiões. Estudos vêm sendo realizados para tentar relacionar as DCNT com os fatores sociais, culturais, ambientais e políticos. Porém, estas ainda continuam sendo um desafio para saúde pública, que juntamente com o Ministério da Saúde vem criando programas para combatê-las (FRANCISCO et al., 2018).

Apesar de essas doenças acometerem principalmente a população idosa, elas são silenciosas e podem se desenvolver ao longo da vida. Alguns fatores relacionados a DCNT são: genética, sexo, idade, hábitos, alimentação inadequada, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas entre outros (CAVALCANTE, 2019).

A detecção precoce de Doenças Crônicas é essencial para redução de complicações e agravos relacionados. Dessa forma, a prevenção envolve adoção do estilo de vida saudável, prática de exercícios físicos e manter uma alimentação equilibrada. Investimentos em diagnóstico precoces, adesão ao tratamento e acesso à assistência são medidas válidas em saúde pública e de controle a essas doenças. (STOPA et al, 2018).

Atualmente as DCNT produzem grande impacto social em relação aos custos de saúde, mortes, limitações e incapacidades, além de aumentar os gastos previdenciários com auxílio doença, o que acaba afetando a economia do país.

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que aproximadamente 63% dos óbitos no mundo são atribuídos a essas doenças (FERREIRA, 2019).

A prática de atividade física está ligada à prevenção de DCNT, aumentando a força muscular do idoso, desacelerando as perdas funcionais do envelhecimento e melhorando a aptidão cardiorrespiratória. Com isso, vários meios de intervenções estão sendo desenvolvidos para promoção do envelhecimento ativo (AGOSTINI et al., 2018).

Uma devida atenção deve estar voltada a população idosa, pois, a mesma, apresenta necessidades específicas, levando em conta a cronicidade e complexidade das doenças. Nesse contexto, o idoso surge como prioridade, o que leva a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência de idosos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

As doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) exibem maior destaque nas taxas de morbimortalidade, por serem das principais causas de hospitalização no âmbito do SUS (AZEVEDO et al, 2018). Vale ressaltar, ainda, que tem sido verificado no mesmo indivíduo uma frequência simultânea de duas ou mais doenças, aspecto denominando de multimorbidade, aumentando o risco de morte, levando a perda da qualidade de vida (MELO, 2019).

A HAS é destacada como fator de risco cardiovascular, podendo levar ao infarto. Por essa razão, é importante enfatizar o tratamento contínuo. Além disso, se apresenta de maneira multifatorial e é caracterizada por apresentar níveis elevados da pressão arterial sistólica maior que 140mmHg e pressão arterial diastólica maior que 90mmHg. O controle com medicamentos anti-hipertensivos é fundamental para evitar complicações da doença (BEZERRA et al., 2018).

Em 1950 doenças cardiovasculares como Hipertensão Arterial, eram a causa de 12% das mortes no Brasil. Hoje, representa mais de 40%. A prevalência de diagnóstico de Hipertensão é maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) a média de idade dos indivíduos diagnosticados é de 44 anos (FERREIRA, 2019).

Entre os idosos brasileiros, a HAS é a DCNT com maior prevalência, geralmente associada a múltiplos fatores de risco. Em seguida vem a Depressão, Artrite e Diabetes Mellitus. Segundo a PNS o Câncer também entra na lista que vem

se tornando um dos grandes desafios de prevenção, controle e de saúde pública no Brasil (FERREIRA, 2019).

A Diabetes Mellitus consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia, que pode ser decorrente da falta de produção de insulina (diabetes tipo I) ou por resistência do tecido a reação da insulina (tipo II). A DM tipo II é a que mais acomete a população idosa e o aumento da prevalência está associado a vários fatores como rápida urbanização, estio de vida sedentário, transição epidemiológica e nutricional, o que leva essa enfermidade, segundo a OMS, ao terceiro fator como causa de mortalidade prematura, superada apenas por HAS e uso de tabaco (GOLBERT et al., 2017).

A Diabetes pode também causar complicações agudas ou crônicas no sistema cardiovascular, renal e neurológico. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, a prevalência era de 19,9% e 19,6% em idosos de 65 a 74 anos e acima de 75 anos respectivamente. Para populações em localidades específicas estudos mostram prevalência superior a 13% para idosos a partir de 60 anos (FRANCISCO et al., 2018).

Assim, neste contexto, criou-se o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus - Programa Hiperdia, que funciona avaliando pacientes com Hipertensão ou Diabetes. Essa avaliação é contínua contando com dados detalhados sobre sexo, idade, medicamentos e hábitos, promovendo assim intervenções ativas sobre esta população, a fim de garantir o controle dessas doenças e uma melhor qualidade de vida (BEZERRA et al., 2018).

Outro fator de risco preocupante é o Colesterol total e Frações. Estudos mostram que valores elevados de Colesterol sérico aumentariam o risco de infarto e estão associados com o aumento de Doenças Cardíacas e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (MALTA, 2019). Alterações no perfil lipídico são chamadas de dislipidemias e ocorrem, entre outros fatores, pelo consumo excessivo de alimentos ricos em gordura, além de estarem associados diretamente ao desenvolvimento de aterosclerose, doença inflamatória crônica que afeta artérias e é responsável pela maioria das doenças cardiovasculares (PINHEIRO, 2019).

O avançar da idade traz, também, alterações anatômicas e fisiológicas em nível de vias respiratórias superiores. A asma, por exemplo, é uma doença respiratória crônica das vias aéreas, atingindo assim, pacientes idosos, devido à função pulmonar diminuída. Muitas vezes essa doença passa despercebida,

podendo o paciente não informar os sintomas, e a dificuldade de respiração poderá ser atribuída como parte do envelhecimento normal ou ser confundida com outras doenças crônicas como as cardiovasculares (MATOS, 2018).

As Doenças Reumáticas são doenças que acometem em maior prevalência os idosos, é caracterizada por dor, rigidez articular e inatividade física. Acomete o tecido conjuntivo levando danos a pele, estrutura articulares, ossos, músculos, ligamentos e tendões. Como fatores de risco destacam-se sobrepeso, idade, sedentarismo e sexo feminino (FRANCISCO, 2019).

Outra doença comum nos idosos é a Doença Renal Crônica, caracterizada pela disfunção renal por mais de três meses. Ela é um grande multiplicador de riscos em pacientes com Diabetes, Hipertensão e Doenças Cardíacas. Diagnóstico precoce e intervenções terapêuticas no início da progressão da doença faz com esses pacientes tenham mais chances de levar a vida o mais perto do normal, prevenindo incapacidades e prolongando a vida (FERREIRA, 2019).

Observa-se, muitas vezes, as dificuldades de adesão aos tratamentos por parte da população idosa, para que seja feito o controle adequado das Doenças Crônicas. Sendo assim, é indispensável o apoio dos membros da família para que o tratamento venha a ter êxito, além do acompanhamento frequente nos serviços de saúde. Tudo isso contribui para o sucesso do controle dessas doenças (OLIVEIRA et al, 2018).

3.2 Equipe de Saúde na Prevenção e Tratamento de DCNT em Idosos

A rede de atenção à saúde da pessoa idosa é composta por serviços de saúde nos vários níveis de complexidade, como unidades de atendimento ambulatorial especializado, atenção hospitalar, atenção às urgências, unidades básicas de saúde e instituições de longa permanência para idosos (ILPIS), todas com foco em manutenção e recuperação da pessoa idosa e na melhoria de sua qualidade de vida (COELHO, 2019).

Por ser a Unidade Básica de Saúde (UBS) a primeira porta de entrada, a equipe tem que estar preparada para promover ações educativas de orientação, escuta e formação de um vínculo com a população. O enfermeiro nesse meio, tem papel principal, pois é o que está em maior contato com o paciente, podendo incentivá-lo assim a seguir o tratamento corretamente e criando uma ligação com o

mesmo para que a ida aos atendimentos de Saúde faça parte do seu cotidiano (SIEBRA et al, 2019).

Embora a UBS seja a principal formadora de educação em saúde, voltada à família e ao paciente, as outras instituições devem estar atualizadas e capacitadas para também transmitirem esse conhecimento e uma boa assistência em saúde, isso irá pressupor confiança e vínculo do paciente com o profissional de saúde, fazendo assim com que ele tenha mais facilidade e determinação em aderir ao tratamento e cuidados impostos em relação à doença (BRITO, 2019).

Para se ter o controle e prevenção das DCNT, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o plano de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022). Dentre as medidas previstas no plano, estão o incentivo à prática de atividade física no lazer, redução do consumo de sal, redução do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica, ampliação de exames preventivos, como mamografia e papanicolau, além de contenção do crescimento de obesidade em adultos (OLIVEIRA, 2018). Todas essas medidas são de responsabilidade da equipe de saúde, para que as metas consigam ser atingidas e cheguem ao maior número de pessoas da população.

Políticas públicas estão sendo investidas em relação ao exercício físico na velhice, pois além de retardar declínios funcionais, ajuda pessoas idosas a ficarem independentes o mais tempo possível, levando o indivíduo a ter uma vida ativa e contribuindo também, para as relações sociais, sem contar a menor necessidade de intervenções médicas, internações e dependência de medicamentos, isso faz com que o idoso leve uma vida saudável, contribuindo assim para sua autonomia e bem-estar (BORTOLUZZI, 2018).

Dessa forma, sabendo que não existe cura, mas que com o tratamento adequado o idoso poderá levar a vida o mais perto do normal possível. É indispensável que os profissionais de saúde, em todas as redes de cuidado, prestem o papel de educadores, para que as informações cheguem aos pacientes e que eles possam praticar o autocuidado, para assim prevenir essas doenças e até complicações.

4 METODOLOGIA

No presente estudo foram utilizados dados provenientes do Inquérito de Saúde de Base Populacional no município de Picos – PI (ISAD-PI), uma pesquisa realizada pela Universidade Federal do Piauí, em parceria com o Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. O ISAD-PI objetivou analisar as condições de vida e situação de saúde da sua população alvo, que compreendeu todos os indivíduos residentes em domicílios particulares na zona urbana dos municípios de Picos, no Piauí. Todos os moradores do domicílio eram elegíveis, excluindo-se aqueles indivíduos que apresentaram quaisquer deficiências ou incapacidades que impossibilitassem a realização da pesquisa (SILVA, 2020).

4.1 Desenho do estudo

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal de base populacional.

4.1.2 Local e Período de Estudo

O estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2018 e fevereiro de 2020 no município de Picos- PI.

Tal município de Picos está situado entre 07° 04'37" de latitude sul e 41° 28'01" de longitude oeste de Greenwich e distante cerca de 306 km da capital Teresina. Tendo como limites os municípios de Santana do Piauí e Sussuapara ao norte, ao sul com Itainópolis, a oeste com Dom Expedito Lopes e Paquetá, a leste com Sussuapara e Geminiano (AGUIAR; GOMES, 2004).

No que se refere a território e ambiente, o município de Picos possui uma área de aproximadamente 577,304 km², corresponde ao 135º (total de 224º) no ranking entre os municípios do Piauí e a 2225º (total de 5570º) posição em todo o país. A população estimada para 2020 era de 78.431 pessoas e a sua densidade demográfica de 137,30 hab/km², configurando – se com a 3º posição no estado e 403º no país (IBGE, 2021).

Além de ser a terceira maior cidade do estado e um dos principais pólos comerciais do centro-sul piauiense, o município de Picos também possui campus da Universidade Federal do Piauí (UFPI), instituição responsável pela condução da pesquisa, o que viabilizou a coleta e processamento de dados.

4.1.3 Tamanho da amostra

A amostra do estudo foi estimada com base nos dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a partir da estratificação da população por faixas de idade. No ano de 2010, 73.414 habitantes residiam no município de Picos. Considerando-se que a cidade de Picos com 16.944 domicílios (IBGE, 2010a), foi calculada o número médio de indivíduos em cada grupo etário por domicílio (Tabela1).

A amostra estimada foi de 198 idosos. Após a coleta de dados, obteve-se a amostra final de 132 idosos de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Picos - PI.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a estratificação da população de acordo com a idade dos indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da população de Picos e número médio de indivíduos por domicílio, de acordo com grupos etários e sexo. Piauí, Brasil, 2010.

Idade (anos)	Sexo	N de indivíduos	N médio de indivíduos por domicílio	N de domicílios	N de indivíduos
60 e +	H	2263	0,133558	225	83
	M	3130	0,184726	162	115

Fonte: IBGE, Censo 2010a

H: Homem

M: Mulher

Considerando que o município de Picos contava com 16.944 domicílios particulares (IBGE, 2010), foi calculado o número médio de indivíduos em cada grupo etário por domicílio com o intuito de garantir que, no mínimo, 30 indivíduos de cada grupo etário participassem da amostra, foi calculado o número de domicílios

necessários para cada grupo etário. Desta forma, o maior tamanho de amostra em número de domicílios foi para o grupo etário de 3-4 anos, do sexo feminino resultando na amostra de 578 domicílios para Picos. A partir do número de domicílios, calculou-se, então, o número esperado de indivíduos para cada grupo etário e sexo (Tabela1).

Tabela 2 - Tamanho da amostra de domicílios para garantir a presença de, no mínimo, 30 indivíduos de cada grupo etário e sexo e tamanho da amostra de indivíduos para cada grupo etário e sexo em Picos. Piauí, Brasil, 2018.

IDADE	SEXO	Nº MÉDIO DE INDIVÍDUOS	Nº MÉDIO DOMICÍLIO
60 anos e +	H	83	225
60 anos e +	M	115	162

Fonte: IBGE, Censo 2010

H: Homem

M: Mulher

Ao considerar possíveis perdas que poderiam ocorrer durante o levantamento de dados decorrentes de ausência do morador do domicílio sorteado, recusa do morador em participar da pesquisa, erro nas respostas ou outras, realizou-se ajuste no número de domicílios, considerando-se uma taxa de resposta de 90%, e utilizando-se, portanto, $n=n0/0,90$, obtendo-se a estimativa de amostra final de 642 domicílios em Picos.

4.1.4 Procedimentos de amostragem

A amostra do estudo foi selecionada por meio de processo de amostragem por conglomerados, em dois estágios: Unidade Primárias de Amostragem (UPAs) e domicílios, com base nos dados do censo do IBGE para o ano de 2010 (IBGE, 2010).

A menor unidade geográfica disponível para a qual existem dados dos residentes com características socioeconômicas semelhantes é o setor censitário, sendo composto por, aproximadamente, 300 famílias (aproximadamente 1.000 habitantes). Os setores censitários foram, quando necessário, divididos ou agrupados de tal forma que o coeficiente de variação para as suas dimensões não excedesse 10%, com a finalidade de melhorar a eficiência da amostragem.

Dessa forma, as Unidades Primárias de Amostragem (UPAs) geradas poderiam ser constituídas por um único setor censitário, uma fração de um setor censitário, ou um agrupamento de setores censitários.

Na primeira etapa, selecionou-se sistematicamente uma amostra de UPAs a partir de uma lista ordenada das UPAs de cada cidade, com probabilidade proporcional ao tamanho. Com o objetivo de facilitar a estimação dos parâmetros de interesse, foi definido que seriam selecionadas 24 UPAs em Picos (ANEXO A, Figura 1).

A segunda etapa envolveu a amostragem sistemática de domicílios dentro de cada UPA selecionada.

A fração global de amostragem usada neste estudo foi:

$$f = \frac{aM_i}{\sum M_i} \times \frac{b}{M_i}$$

Onde:

f: fração global de amostragem

a: número total de UPAs a serem selecionadas no primeiro estágio

M_i: número de domicílios na UPA i

b: número de domicílios a serem sorteados em cada UPA selecionada

Assim:

$$f = \frac{n}{N}$$

Onde,

n: tamanho da amostra em número de domicílios

N: tamanho da população em número de domicílios

Sendo assim, o número de domicílios a serem sorteados no segundo estágio de amostragem em cada UPA foi de 26 domicílios em Picos.

4.1.5 Logística do ISAD – PI

A realização do inquérito foi possível com a participação colaborativa de uma equipe multiprofissional, composta por docentes da UFPI, estudantes de pós-graduação e graduação, envolvendo os cursos de nutrição e enfermagem. Em cada Campus da UFPI, nas cidades participantes da pesquisa, havia supervisores de campo responsáveis pela padronização e treinamento das equipes de entrevistadores, bem como pela identificação das áreas a serem visitadas. Todas as equipes foram treinadas para realização das entrevistas e aferição das medidas antropométricas.

O treinamento para coleta dos dados antropométricos foi realizado pela equipe do Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações do Departamento de Nutrição da Universidade de São Paulo (Lanpop – HNT/FSP/USP). Elaborou-se Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados, a fim de se garantir a padronização na abordagem dos indivíduos e coleta de dados no ISAD-PI (ANEXO E).

As malhas digitais do IBGE (2010b), que contêm os mapas com as ruas em cada UPA (ANEXO F), foram utilizadas na identificação dos domicílios. As ruas eram percorridas sempre no sentido horário, com o braço direito do supervisor voltado para as casas, fazendo a contagem dos domicílios e identificando aqueles sorteados.

Todos os moradores residentes nos domicílios selecionados eram elegíveis para o inquérito. Após os esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos éticos e de coleta de dados, os moradores eram convidados a participar da pesquisa, em caso de aceite, era colhida a assinatura do participante e/ou responsável nos respectivos Termos de Assentimento (TALE) e de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D). A coleta de dados era iniciada imediatamente ou agendada de acordo com a disponibilidade dos moradores.

Nos casos em que algum domicílio sorteado era encontrado fechado, investigava-se junto à vizinhança se havia ou não morador no domicílio. Caso houvesse possibilidade de morador, a equipe retornava mais duas vezes, em horários e dias alternados, incluindo fim de semana ou feriado. Panfleto informativo sobre a pesquisa, contendo esclarecimento, números de telefones para contato com a equipe e convite para participação. Também foi utilizado como estratégia de contato com os moradores dos domicílios fechados. Ao todo, foram sorteados e visitados 715 domicílios em Picos (SILVA, 2020).

4.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos residentes em área urbana e em domicílios particulares permanentes nas cidades de Picos (PI), que tinham 60 anos ou mais e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles que apresentaram quaisquer deficiências ou incapacidades perceptíveis pelo pesquisador durante aplicação do formulário e limitações para a avaliação antropométrica.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis foram agrupadas em dados sociodemográficos e variáveis clínicas.

4.4.1 Variáveis Sociodemográficas

Idade: computada em anos;

Sexo: masculino ou feminino;

Estado civil: solteiro, viúvo(a), casado(a), divorciado(a), morando junto;

Ocupação atual: considerada a situação no mercado de trabalho autorreferida.

Trabalho ou ocupação atual: considerada a situação no mercado de trabalho autorreferida, empregado(a), desempregado(a), aposentado(a) e deixou o trabalho, dona de casa, aposentado(a) mas ainda trabalha, trabalha por conta própria.

4.4.2 Variáveis Clínicas

Foram consideradas as doenças autorrelatadas pelos idosos como: Hipertensão Arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia, Acidente Vascular Cerebral, Câncer, Asma, Doenças do Coração, Doenças Reumatológicas e Doenças Renais, acompanhamento de saúde e possíveis limitações.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os domicílios selecionados para a pesquisa foram visitados por uma equipe composta por docentes e discentes dos cursos de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal do Piauí, devidamente treinados. Os indivíduos residentes no domicílio selecionado foram convidados a participarem da pesquisa e esclarecidos quanto às questões éticas do estudo.

No momento da coleta os participantes responderam às perguntas contidas no instrumento de coleta de dados, que verificou as características socioeconômicas e sociodemográficas.

A coleta foi realizada em sua totalidade pelo *EpiCollect5®*. Um *software* desenvolvido especificamente para coleta e armazenamento de dados por meio de formulários. Os dados coletados são transmitidos para um servidor especial conectado à internet, onde foram processados e arquivados em um banco de dados central.

O sistema *EpiCollect5®* é a soma de duas partes: o aplicativo móvel para a coleta de dados, que funciona em smartphones ou tablets, e o aplicativo web, que funciona no servidor, onde cada projeto pode ser configurado e os dados podem ser visualizados.

4.6 Coleta dos dados e tratamento do banco

4.6.1 Estudo Piloto

Com o objetivo de estimar o tempo necessário para realização da entrevista e avaliação antropométrica, de avaliar a sequência dos módulos dos questionários, pulos entre questões e seções não aplicáveis a cada ciclo de vida, clareza e entendimento das questões, bem como de testar a aplicação do questionário e as etapas subsequentes no banco gerado no *Epicollect5*, foi realizado estudo-piloto em domicílios de famílias nos extremos da classe socioeconômica (identificadas com o auxílio de Agentes Comunitárias de Saúde). A participação de pessoas dos diferentes ciclos de vida foi importante para testagem do instrumento e procedimentos como um todo. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes necessários, conforme dificuldades ou problemas identificados no estudo-piloto (SILVA, 2020).

4.6.2 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas em domicílio, diretamente com os moradores, por entrevistadores treinados e supervisionados, utilizando-se questionários estruturados em blocos temáticos específicos, previamente cadastrados no *website*

SILVA, D. M, C. Qualidade da dieta medida pela ESQUADA e sua associação com fatores sociodemográficos e parâmetros antropométricos de adultos residentes nas cidade de Teresina e Picos, no Piauí. 2020. Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

da plataforma móvel de coleta de dados *EpiCollect5*. O *EpiCollect5* é uma ferramenta gratuita e permite cadastro *online* de projetos complexos, que exigem diversos blocos e hierarquia de questionários (SILVA, 2020).

A interface da plataforma é simples, de fácil manuseio e, uma vez cadastrado o projeto *online*, a coleta de dados pode ser realizada por meio de um aplicativo que conecta o aparelho móvel do pesquisador ao *website* do *EpiCollect5*. Os dados são coletados mesmo *offline*, possibilitando a aplicação dos formulários nas mais diversas áreas, sendo armazenados no aparelho e, posteriormente, enviados a uma nuvem no Google (AANENSEN et al., 2014). Os dados se mantiveram seguros e intactos durante toda pesquisa.

4.6.3 Preparo do banco de dados

O banco de dados armazenado na nuvem do *website* do *Epicollect5* foi exportado para o *Excel for Windows*, versão 2010. Neste programa, realizou-se a conferência dos códigos dos moradores, a fim de garantir que os módulos cadastrados no *Epicollect5* fossem unidos de maneira correta para cada indivíduo. Posteriormente, o banco foi importado no programa *Stata*, versão 14.0 (*Stata Corp, College Station*, Estados Unidos), onde as seguintes etapas foram realizadas antes das análises descritiva e estatística dos dados: 1) união dos módulos de dados coletados para cada indivíduo; 2) definição das variáveis de identificação única dos indivíduos e domicílios; 3) separação dos dados em bancos relacionais; 4) limpeza e análise de consistência; 5) análise de plausibilidade biológica; 6) imputação dos valores *missing* e 7) seleção de dados de interesse para o presente estudo.

Na etapa 1, as variáveis cidade de residência, UPA, código do domicílio, número do morador no domicílio (ordenado do mais velho para o mais novo), e os códigos automáticos e únicos gerados para cada entrada no *Epicollect5* foram determinantes na união dos módulos de variáveis de identificação única dos indivíduos, representada pelo código automático inicial gerado pelo *Epicollect5* para cada indivíduo, e dos domicílios, representada pelo código criado pelo pesquisador

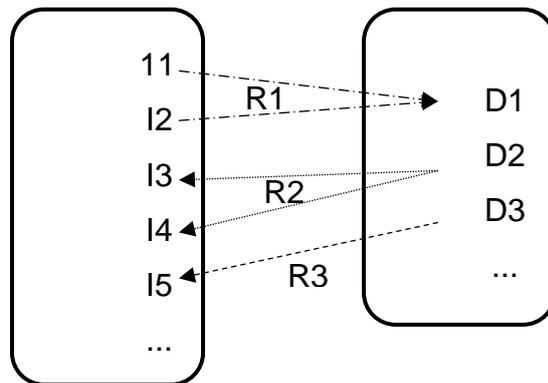
a partir dos números de identificação da cidade, UPA e domicílio, respectivamente.

Para melhor organização, tratamento e análise dos dados por parte dos pesquisadores interessados, decidiu-se trabalhar com bancos relacionais, sendo os bancos separados da seguinte forma etapa 3):

- a) banco de indivíduos, separados por ciclo de vida e faixa de idade (crianças menores de 2 anos e de 2 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos de 60 anos ou mais);
- b) banco de domicílios (com informações sobre o chefe de família, renda familiar, número de moradores e demais variáveis inerentes ao domicílio).

O modelo de bancos relacionais é vantajoso para grandes bancos de dados e possibilita acesso simplificado e rápido aos dados, além de melhor tratamento da consistência e redundância. As possíveis relações numéricas entre as entidades presentes nos bancos são chamadas cardinalidades (SILBERSCHATZ et al., 1999). Na figura 2, estão apresentadas as possíveis relações entre os bancos de dados do ISAD-PI.

Figura 2 – Cardinalidades entre os bancos de dados do Inquérito de Saúde de Base Populacional, 2019.



Fonte: Silva, 2020

I: indivíduos; D: domicílios. **R1**: relação **muitos para um** (m:1): vários indivíduos podem pertencer a um mesmo domicílio. De modo semelhante, caso a união de dados necessite ser feita pelo caminho inverso, tem-se **R2**: relação **um para muitos** (1:m): um mesmo domicílio pode estar associado a vários indivíduos. Para obtenção de informações individuais dos chefes de domicílios, registrados nos bancos de domicílios, utiliza-se **R3**: relação **um para um** (1:1): um único chefe do domicílio associado aos seus respectivos dados pessoais (sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida e antropométricos).

SILVA, D. M, C. Qualidade da dieta medida pela ESQUADA e sua associação com fatores sociodemográficos e parâmetros antropométricos de adultos residentes nas cidade de Teresina e Picos, no Piauí. 2020. Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

Trabalhando-se exclusivamente com cada banco de interesse, procedeu-se à limpeza e análise de consistência (etapa 4). A limpeza consistiu na exclusão de variáveis redundantes e que não se aplicam ao respectivo ciclo de vida. Na análise de consistência, verificou-se a completude e coerência de respostas entre os blocos de questões. Por exemplo: ao indivíduo referir que nunca fumou, esperava-se que ele não respondesse às questões inerentes à prática do tabagismo. Para as respostas que não se aplicavam, adotou-se o código 777, enquanto que para as respostas implausíveis ou faltantes, foi adotado o código 999. Um exemplo de resposta implausível é o indivíduo referir que andou de bicicleta em 10 dias na última semana, ao ser questionado sobre “quantos dias na última semana andou de bicicleta como atividade de lazer”.

Na etapa 5, foi realizada a análise de plausibilidade biológica dos dados antropométricos, considerando-se, principalmente, a capacidade de medida de amplitudes de aparelhos e equipamentos utilizados nas aferições. Os dados plausíveis foram excluídos e considerados *missing*.

Optou-se, no ISAD-PI, por realizar a imputação múltipla de dados faltantes (etapa 6), dentro de cada bloco de questões apresentado aos participantes, a fim de que não fossem excluídos da análise dados importantes dos indivíduos. Essa técnica foi proposta por RUBIN (1976) e tem sido amplamente empregada em estudos transversais na área de saúde e epidemiologia (RAGHUNATHAN, 2004; NUNES et al., 2009; CAMARGOS et al., 2011; MIRI et al., 2016; CUMPIAN-SILVA et al., 2018).

O método de imputação escolhido foi o *Predictive Mean Matching* (PMM) por fornecer valores imputados com características muito semelhantes aos valores reais, visto que todos os valores imputados são valores observados na amostra. A aplicação do método PMM consiste na identificação do valor predito observado mais próximos do valor predito de um dado faltantes e, então, se utiliza o valor observado como valor a ser imputado. Usualmente, emprega-se a regressão linear para obtenção de predições e a seleção de dados para a imputação é feita de modo aleatório (RUBIN, 1987; RAGHUNATHAN, 2004; ALLISON, 2015).

Para o ISAD-PI, adotou-se cinco predições, escolhendo-se aleatoriamente uma para imputação do dado faltantes (RUBIN, 1987).

Houve imputação para dados faltantes nas seguintes variáveis objeto deste estudo: raça/cor, religião, escolaridade, renda (menos de 1% do banco total de adultos) e antropométricas (menos de 8% de *missing*), considerando-se como preditoras as variáveis concernentes à localização geográfica do domicílio (cidade, subdistrito, UPA), sexo, idade, situação de trabalho e situação conjugal para a imputação dos dados de altura. Para as variáveis uso de cigarro (menos de 1% de *missing*), consumo de bebida alcóolica (18,94% de *missing* para a frequência do consumo) e doenças crônicas (<4% de *missing*), acrescentou-se como preditora a variável relativa ao uso do serviço de saúde, se público ou privado, também com dados completos. Optou-se por não imputar dados relativos aos itens da ESQUADRA.

A última etapa do preparo do banco (etapa 7) consistiu na seleção dos dados de interesse para o presente estudo, conforme objetivos descritos anteriormente, acrescentando-se variáveis consideradas importantes para os estudos de associação propostos.

4.6.4 Controle de qualidade

Vários esforços foram empreendidos para padronizar os processos de levantamento de dados. Manuais foram redigidos com instruções sobre como conduzir o trabalho de campo, entrevistas e análise.

4.7 Análise de dados

Os dados coletados serão digitados e analisados através do programa estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Os resultados obtidos por meio da estatística descritiva (frequência), serão apresentados por meio de tabelas para melhor compreensão e os dados serão

SILVA, D. M., C. Qualidade da dieta medida pela ESQUADA e sua associação com fatores sociodemográficos e parâmetros antropométricos de adultos residentes nas cidade de Teresina e Picos, no Piauí. 2020. Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

4.8 Aspectos éticos e legais

O ISAD-PI foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 2.552.426, de 20 de março de 2018) (ANEXO G).

Antes de iniciar a pesquisa os idosos serão informados sobre os objetivos e métodos a serem utilizados, e os que aceitarem participar, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardados pelo direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem acarretar prejuízos ou riscos para o participante.

A pesquisa pode gerar algum tipo de constrangimento no momento da coleta de dados na verificação da renda familiar. Para minimizar esses riscos as perguntas foram feitas em local reservado e os valores obtidos não foram mencionadas, a não ser que o participante solicitasse.

5 RESULTADOS

Os dados relacionados as variáveis sociodemográficas, estão apresentados na tabela 5.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas, Picos, Piauí, 2019 (n=132).

VARIÁVEIS	N	%	
Sexo			
Masculino	43	32,6	
Feminino	89	67,4	
Faixa etária			
			69,79 ± 7,57 [†]
60 – 70	81	61,3	
71 – 80	38	28,9	
81 – 92	13	10,0	
Cor (autoreferida)			
Branca	38	28,8	
Preta	19	14,4	
Parda	65	49,2	
Outra	10	7,6	
Situação conjugal			
Casado (civil ou religioso)	58	43,9	
Separado/Divorciado	17	12,9	
Solteiro(a)	14	10,6	
Viúvo(a)	39	29,5	
Outros	4	3,0	
Escolaridade			
Analfabeto	35	26,5	
Alfabetizado	12	9,1	
E.F. Incompleto	51	38,7	
E.F. Completo	6	4,5	
E.M. Incompleto	2	1,5	
E.M. Completo	12	9,1	
Outros	15	10,7	
Trabalham atualmente			
Sim	22	16,7	
Não	110	83,3	
Qual é/era a ocupação			
Agricultor (a)	18	13,0	

Dona de casa	17	12,9
Doméstica	7	5,4
Comerciante	4	3,8
Professor (a)	8	6,1
Motorista	4	3,1
Pedreiro	7	3,8
Serviços Gerais	4	3,0
Outros	63	48,9

Fonte: Dados da pesquisa

†Média ± desvio padrão

Foram entrevistados 132 idosos na faixa etária de 60 a 92 anos e média de idade de 69,79 anos e desvio padrão de $\pm 7,57$. A faixa predominante foi de 60-70 anos (61,3%), sexo feminino (67,7%). O maior número dos idosos se autodeclararam da cor parda (49,2%) e casados (43,3%). No item escolaridade a maior parte afirmou ter ensino fundamental incompleto (38,7%).

Dos idosos que compuseram a amostra, (83,3%) declararam não estar em atividade atualmente e quanto a ocupação anterior, antes da aposentadoria, mostrou-se maioria para agricultor (13%).

Os dados apresentados na tabela 6, representam a frequência de Doenças Crônicas prevalentes nos idosos entrevistados, vale ressaltar que há idosos que apresentaram comorbidades, ou seja, associação entre duas ou mais doenças.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo diagnóstico de doenças crônicas, Picos, Piauí, 2019 (n = 132).

VARIÁVEIS	N	%
Hipertensão	70	53,4
Diabetes	21	16,0
Hipercolesterolemia	34	26,0
Doenças do Coração	12	9,2
Artrite ou Reumatismo	28	21,4
Câncer	8	6,1
Outros	11	8,4

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da análise dos dados, verificou-se que a maior parte dos idosos recebeu diagnóstico de Hipertensão Arterial (53,4%), seguido por Hipercolesterolemia (26,0%), Artrite e Reumatismo (21,4%), Diabetes (16,0%),

Doenças do Coração (9,2%), Câncer (6,1%) e (25%) dos idosos afirmaram não possuir nenhuma das doenças estudadas.

Na tabela 7 são apresentadas perguntas feitas para os participantes que afirmaram ter alguma das doenças, a fim de analisar como são acompanhados.

Tabela 5 – Acompanhamento de saúde e uso de medicamentos, por idosos que relataram ter diagnóstico de doença crônica não transmissível Picos, Piauí, 2019 (n = 132)

VARIÁVEIS	SIM		NÃO		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%
Acompanhamento de saúde						
- HAS	44	62,8	20	28,5	6	8,5
- DM	14	66,6	7	33,3	0	0
Uso de medicamentos						
- HAS						
- DM	65	92,8	5	7,2	0	0
- Hipercolesterolemia	18	85,7	3	14,3	0	0
- Doenças do Coração	28	82,4	6	17,6	0	0
- Artrite e Reumatismo	9	75,0	3	25,0	0	0
- Tratamento de Câncer	14	50,0	14	50,0	0	0
	0	0	8	100,0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

Com a análise da tabela constatou-se que os Hipertensos ao serem questionados sobre o acompanhamento no serviço de saúde a maioria 62,8% afirmou fazer acompanhamento, Diabéticos 66,6%.

Em relação a quem tomou medicamentos nas duas últimas semanas, 92,8% de quem afirmou ter Hipertensão diz ter tomado e 85,7% de quem tem Diabetes. Já as outras doenças como Hipercolesterolemia 82,4%, Doenças do Coração 75,0%, Artrite e Reumatismo 50,0%, afirmaram fazer o uso de algum medicamento por causa da doença.

Na tabela 8, são apresentados os graus de limitação de idosos acometidos por Doenças Crônicas.

Tabela 6 – Grau de limitação referente às doenças crônicas em idosos, Picos, Piauí, 2019 (n = 132)

VARIÁVEIS	NÃO LIMITA UM POUCO		MOD.1		INTENS.2		MI.3			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
- HAS	53	75,8	8	11,4	8	11,4	0	0	1	1,4
- DM	18	85,8	2	9,5	1	4,7	0	0	0	0
- Doenças do Coração	8	66,8	2	16,6	2	16,6	0	0	0	0
- Artrite e Reumatismo	8	28,6	9	32,2	2	7,1	6	21,4	3	10,7
- Câncer	7	87,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

1 – Moderadamente

2 – Intensamente

3 – Muito Intensamente

Verificou-se a partir da tabela 8, que a doença com maior porcentagem de limitação foi Artrite e Reumatismo. Dentre os idosos que apresentam a doença 71,4% afirmaram que a doença interfere nas suas atividades diárias, seguido de Doenças do coração 33,2%, HAS 24,2%, Diabetes Mellitus 14,2% e Câncer 12,5%.

6 DISCUSSÃO

A predominância do sexo feminino no presente estudo é concordante com os resultados encontrados no estudo Leite et al. (2019), onde constatou-se que 60,7% era do sexo feminino. Essa ocorrência pode estar associada ao fenômeno de feminização da velhice, marcado pela maior longevidade das mulheres, devido a um maior cuidado com a saúde. A procura dos serviços de saúde é mais predominante por parte do sexo feminino, além disso, fatores externos de estilo de vida (uso de álcool, fumo, alimentação adequada e prática de atividade física) podem contribuir para essa maior longevidade (Dresch, 2017). Outro fator seria que as mulheres eram encontradas com mais frequência em casa e possuía mais facilidade em participarem da pesquisa, mesmo a maioria dos idosos homens serem aposentados, eram difíceis de se encontrarem em domicílio.

No que se refere à faixa etária, a pesquisa mostra que o grupo predominante está entre os indivíduos com idade de 60 a 70 anos, assemelhando-se ao estudo de Mendes (2018), que em sua pesquisa o grupo etário que mais predominou foram indivíduos com idades de 62 a 69 anos e que são classificados na literatura como idosos jovens. Consideramos assim, os idosos o grupo populacional que mais cresce no país, isso em razão da redução das taxas de mortalidade, através da melhoria de saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e declínio nas taxas de natalidade com a apresentação de uma nova estrutura familiar. Vem ocorrendo também, devido ao ingresso das mulheres no mundo profissional e o acesso a mais informações de métodos contraceptivos. Dessa forma, estão tendo menos filhos, confirmando assim a diminuição das taxas de natalidade (MIRANDA, 2016).

Com relação a cor da pele, a maioria dos participantes declararam ser de cor parda, o que assemelha-se ao estudo de Christofolletti et al. (2020), onde 52,7% tanto adultos e idosos que participaram da pesquisa autodeclararam-se de cor parda/preta. No estudo de Francisco et al. (2018), a raça é considerada um determinante social importante da condição de saúde do idoso, o que pode decorrer da falta de acesso a oportunidades educacionais e sociais, visto que, as diferenças sociais perpetuam até os dias de hoje. Dessa forma, esse contexto acaba contribuindo para o aprofundamento da desigualdade, aumentando a vulnerabilidade desse grupo, desfavorecendo-os na chegada da velhice.

No que diz a respeito a escolaridade, a maior parte dos idosos, possui ensino fundamental incompleto, seguido de analfabetos. Verificou-se que há um grande número de idosos com nenhum ou um reduzido tempo de estudos. Esse fator pode interferir em informações relacionadas ao tratamento, uma vez que, a escolaridade, é uma ferramenta importante na promoção da saúde, facilitando a compreensão de mensagens educativas, como também na sua ligação com uma melhor condição socioeconômica e conseqüentemente melhor acesso aos serviços de saúde e tratamentos médicos (MEDEIROS, 2019).

Quanto ao estado civil, houve predominância dos idosos casados 43,3%, este resultado compara-se ao encontrado no estudo de Maruyama et al. (2020) onde 43,3% da amostra relataram ser casados ou com companheiros. Segundo Santos et al (2018), morar só ou ainda sem parceiro pode significar um baixo fator de proteção psicossocial, principalmente se as condições de saúde não forem boas, pois o apoio mútuo mostra progresso em relação ao tratamento de doenças crônicas.

Quanto às atividades exercidas, a maior parte dos idosos eram aposentados e afirmaram não realizarem nenhuma outra atividade atualmente e apenas 16,7% estavam em atividade, sendo, destes, a maioria homens. Quando questionados em relação a ocupação anterior, a maioria eram agricultores, seguido de donas de casa. Para Castro et al. (2019), a participação no trabalho diminui com a idade e é mais alta naqueles indivíduos com boa autoavaliação da saúde. Os resultados também mostraram diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho, o que também se assimila com essa pesquisa. Ademais, a diferença de gênero que as idosas enfrentaram ao longo da vida, onde as mulheres eram cuidadoras da casa e dos filhos, se confirmou com a menor qualificação para o mercado de trabalho. Além do mais, é positivo que o idoso mantenha-se em uma ocupação, que esteja no convívio entre outras pessoas, sinta-se independente, para que consiga exercitar não só seu corpo, mas também sua mente (NOVAES, 2020).

A presente pesquisa constatou a maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica 53,4% nos idosos estudados, coincidindo com o estudo de Poubel et al. (2017), em que das patologias do seu estudo, a de maior predomínio foi a HAS com 74,4%. Por se tratar muitas vezes de uma doença assintomática, na maioria das vezes, os indivíduos não procuram os serviços de saúde, dificultando o diagnóstico e levando a um tratamento tardio.

Além disso, segundo Macedo et al. (2020), a frequência de HAS aumenta com a idade, devido ao aumento da rigidez das artérias provocados pelo processo fisiológico do envelhecimento, ademais está associada a predisposição de doenças cardiovasculares, ocasionando altas taxas de mortalidade levando a consequências diretas no sistema de saúde pública no Brasil e no mundo, visto que, as complicações causadas pelo aumento da pressão arterial tem impacto elevado na perda de produtividade do trabalho, além de ser responsável pela alta taxa de frequência de internação.

No Brasil a HAS atinge 25% da população com mais de 20 anos, sendo mais prevalente na faixa etária acima de 65 anos. É destacada como fator de risco para declínio da função cognitiva como também decaimento da qualidade de vida do idoso, comprometendo assim sua autonomia (BEZERRA et al., 2018).

A segunda doença com maior número de diagnósticos, foi Hipercolesterolemia. De modo semelhante a Flores et al. (2018), em seu estudo de base populacional com idosos, 43,4% da população idosa estudada apresentou Colesterol Alto, ficando em segundo lugar no maior número de diagnósticos entre as DCNT do estudo. Torna-se alarmante o número de diagnósticos, devido a doença estar relacionada a propensão de infarto agudo do miocárdio, doenças arteriais periféricas e acidentes vasculares encefálicos.

Outro fator importante para predisposição do Colesterol Alto é a falta de atividade física, pois a não prática dela, acaba exercendo influência para desenvolvimento da dislipidemia e aterosclerose. Estudos têm evidenciado que pessoas fisicamente ativas apresentam maior HDL e menor LDL ao serem comparados com indivíduos sedentários. Além do que, a glicemia e a circunferência da cintura aumentadas podem ser decorrentes da ausência de exercícios físicos contribuindo, assim, para prognóstico ruim e propensão de outras DCNT (MARTINS, 2017).

Artrite e Reumatismo apresentaram-se como a terceira doença com maior número de casos. Torres et al (2019), afirmam que Artrite e Reumatismo é uma das doenças reumáticas mais prevalentes em idosos. É uma condição crônica degenerativa associada a dor, rigidez articular, incapacidade funcional, afetando, assim, as circunstâncias de trabalho, comprometendo a independência do idoso, o que poderá afetar as condições emocionais e sociais desse indivíduo. Fatores como sexo feminino, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo, baixo nível

socioeconômico, tabagismo entre outros, associam-se ao desenvolvimento de doenças reumáticas.

Sobre o acompanhamento das DCNT nos serviços de saúde, as doenças com maiores acompanhamentos foram Diabetes e HAS. Conforme pontua Neves et al. (2017), as DCNT são as principais fontes de carga de doença no mundo, que atinge principalmente a população idosa, devido as mudanças fisiológicas ocorridas nessa fase da vida, sendo essencial que as pessoas acometidas por essas doenças tenham acompanhamento frequente com serviços e profissionais de saúde buscando evitar complicações e agravos que podem ser gerados a pacientes não orientados ou não auxiliados corretamente.

O Ministério da Saúde preconiza o cuidado integral, resolutivo e de qualidade mediante ações focalizadas nas DCNT. A forma como os idosos são acompanhados é alarmante, a desigualdade ainda se apresenta um problema para o país, onde pessoas com maior nível de escolaridade apresentam melhores resultados em relação ao autocuidado e tratamento (NEVES, 2017). Comparado aos resultados do estudo a população está com um bom identificador de acompanhamento, porém, ainda há o que melhorar em relação aos idosos hipertensos, pois, quando questionados sobre a frequência de idas aos serviços de saúde, 8,5% afirmaram que nunca vão.

No que diz a respeito ao uso de medicamentos, 92,2% de hipertensos tomaram medicamentos nas últimas duas semanas, 83,3% de idosos com Hipercolesterolemia e apenas 53,3% de quem possuem Artrite e Reumatismo. De acordo com Tavares et al. (2016), fatores como escolaridade, polifarmácia e baixa disponibilidade de medicamentos em unidades de saúde da atenção primária, leva à menor adesão ao tratamento. Além disso a complexidade do esquema terapêutico, principalmente para os idosos, gera baixa aceitação ao tratamento, necessitando que os profissionais de saúde formulem estratégias de orientações em relação à terapêutica para melhor entendimento e comunicação entre profissional e o indivíduo.

No presente trabalho, as doenças referidas que mais limitaram as atividades de vida diária foram Artrite e Reumatismo 73,3%, seguido de Doenças do Coração 28,6% e HAS 24,0%. Esses resultados coincidem com o estudo de Bocolline et al. (2017), que destaca Artrite como uma das causas de maiores limitações. O aumento do número de doenças crônicas e da longevidade de vida no Brasil eleva a

prevalência de limitações e incapacidades funcionais na população, a maioria em indivíduos com 80 anos ou mais (D'ATOMA, 2019).

É importante destacar nessa pesquisa, que as doenças de maior porcentagem como Colesterol Alto e HAS estão diretamente ligadas devido à predisposição de risco cardiovascular, ao diagnóstico e ao tratamento no contexto da atenção básica de saúde (ABS) (MARTINS, 2017). Essas doenças são acompanhadas frequentemente por meio do programa Hipertensão, a assistência deve ser planejada de forma que se conheça o perfil do idoso para traçar intervenções e planejamentos para minimizar os danos causados por elas, modificando o modelo assistencial tradicional, dando oportunidade a escuta ativa, fazendo com que o idoso se sinta acolhido (PONTES, 2020).

A atenção básica é o serviço de saúde que está mais próximo da população. Nesse contexto, o Enfermeiro como membro da equipe, deve atuar no acompanhamento contínuo junto aos idosos, trabalhando não só o tratamento, mas também, a prevenção, através da identificação de fatores de risco, a fim de melhorar as condições de saúde dessa população.

Dessa maneira, visto que, um dos principais fatores citados para reconhecimento do diagnóstico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e conseqüentemente, o tratamento e acompanhamento, é o nível de escolaridade e perfil socioeconômico do indivíduo. Se faz necessário que os profissionais de saúde esclareçam para população idosa a necessidade da prática do autocuidado, com informações relevantes para seu tratamento e de acordo com a realidade de cada indivíduo. Pois, como foi identificado com base em toda experiência de coleta dados e conversa com os idosos, a maioria dos idosos se quer sabem das possíveis limitações que a não adesão ao tratamento pode causar à sua saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os resultados encontrados no referente estudo, conclui-se que todos os objetivos foram alcançados, tornando-se possível identificar as principais doenças crônicas, perfil sociodemográfico e grau de limitação associado aos idosos do município de Picos-PI.

Ressalta-se, portanto, que as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência na população em estudo são: Hipertensão Arterial, Hipercolesterolemia, Artrite e Reumatismo, havendo predominância de participantes do sexo feminino. A faixa etária mais representada foram idosos de 60 a 70 anos, cor parda, a maioria dos idosos eram casados, não trabalhavam atualmente e possuíam ensino fundamental incompleto.

As DCNT mais acompanhadas nos serviços de saúde do município foram Hipercolesterolemia, Hipertensão Arterial e Diabetes. Quanto as limitações de atividades de vida diária, estão na frente Doenças do Coração, Artrite e Reumatismo e HAS, sendo que algumas dessas fazem parte dos números de maior prevalência no município.

Frente ao que foi encontrado, espera-se que os serviços de saúde juntamente com os gestores municipais utilizem os resultados dessa pesquisa para elaboração e consolidação de ações em conjunto, que contemplem as especificidades dos indivíduos, de acordo com sua realidade, a fim de levar informações para o público a respeito da temática discutida, tendo em vista, a importância de um bom acompanhamento para os idosos, bons hábitos de estilo de vida como forma de proteção da saúde e prevenção de doenças, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população.

Podemos destacar a educação em saúde como estratégia para disseminar informações ao público principal, a população idosa. Nesse contexto, o Enfermeiro, como membro da equipe da Atenção Básica, deve atuar juntamente com a equipe no acompanhamento e aconselhamento contínuo dos pacientes idosos, na prevenção e tratamento, através do reconhecimento de fatores de risco, com intuito de melhorar a saúde da população.

Embora os objetivos propostos tenham sido alcançados, vale ressaltar que algumas dificuldades foram encontradas, como recusa dos participantes devido a extensão do questionário por abranger outros temas de estudo, além de vários

domicílios serem encontrados fechados. Porém, com os resultados encontrados foi possível traçar um perfil sociodemográfico e verificar as doenças crônicas mais prevalentes e o acompanhamento dessa população nos serviços de saúde.

Diante disso, espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para a ampliação do conhecimento da saúde dessa população, dos profissionais de saúde, gestores e estudantes da área da saúde, proporcionando assim, o desenvolvimento de outros estudos no âmbito da saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. B.; GOMES, J. R. C. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea: estado do Piauí: diagnóstico do município de Picos.** CPRM, 2004.

AGOSTINI, C. M. et al. Análise do desempenho motor e do equilíbrio corporal de idosos ativos com hipertensão arterial e diabetes tipo 2. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 16, n. 55, p. 29-35, 2018.

ALLISON, P. Imputation by predictive mean matching: promise & peril. *Statistical Horizons*, 2015.

AANENSEN, D. M. et al. EpiCollect+: linking smartphones to web applications for complex data collection projects. **F1000Res.**, v. 3, n. 199. eCollection 2014.

AZEVEDO, P. R. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 10, n. 1, p. 260-267, 2018.

BEZERRA, Á. L. A. et al. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 1, p. 103-107, 2018.

BOCCOLINI, P. M. M. et al. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde–2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3537-3546, 2017.

BORTOLUZZI, E. C. et al. Autopercepção de saúde de idosas praticantes de atividades físicas e fatores associados. **Rev. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/64619>>. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário oficial da União**, v. 1, 2006.

BRITO, K. V. Educação em saúde: estratégias de enfermagem para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica. In: _____. *Enfermagem moderna: Bases de rigor técnico e científico* 4. Paraná: Atena, 2019. p. 128-138.

CAMARGOS, V. P. et al. Imputação múltipla e análise de casos completos em modelos de regressão logística: uma avaliação prática do impacto das perdas em covariáveis. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 12, p. 2299-2313, 2011.

CASTRO, C. M. S. et al. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4153-4162, 2019.

CAVALCANTE, J. S. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados aos sintomas das doenças cardiovasculares. **Mostra interdisciplinar do**

curso de enfermagem, v.5, n.1, jan.2020. Disponível em <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3894/3406>>. Acesso em: 13 Mar.2020.

CHRISTOFOLETTI, M. et al. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018487, 2020.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Rev. de Saúde coletiva**. v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280404/pt/> >. Acesso em: 13 mar. 2020.

CUMPIAN-SILVA, J. et al. Fenótipos corporais na adolescência e a maturação sexual. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 2018. e00057217.

D'ATTOMA, F. L.; ALVES, L. C. Diferenças regionais nas trajetórias do estado de saúde e limitações funcionais entre idosos no Brasil: uma análise entre os anos de 1998 e 2013. **Anais**, p. 1-21, 2019.

DE NOVAES, R. N.; FRANCO, L. D. A importância do idoso no mercado de trabalho. **Rev. Vianna Sapiens**, v. 11, n. 1, p. 22-22, 2020.

DRESCH, F. K. et al. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia da saúde da família. **Rev. Conhecimento Online**, v. 2, p. 118-127, 2017.

FERREIRA, E. A. et al. Fatores Associados a não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Clientes Idosos/Factors Associated with Non-Adherence to the Treatment of Systemic Arterial Hypertension in Elderly. **ID on line Rev. de psicologia**, v. 13, n. 44, p. 865-876, 2019.

FERREIRA, M. C. S.; MARTINEZ, L. L. Características epidemiológicas da população brasileira e implicações à condução de pesquisas clínicas. **Rev. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 142-156, 2019.

FERREIRA, R. B. et al. Doença renal crônica em idosos: um estudo descritivo. **Rev.Gep News**, v. 2, n. 2, 2019, p. 107-113. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/7886>>. Acesso em: 22 de Mar. 2019.

FLORES, T. R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e201720112, 2018.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3829-3840, 2018.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária em idosos com doenças reumáticas. **Rev.Bras. Geriatr.Gerontol**, v. 21, n. 5, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000500570&script=sci_arttext&tIng=pt>. Acesso em: 22 de Mar. 2019.

FREITAS, C. V. et al. Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: Questões bioéticas. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 10, n. 2, p. 506-516, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2017.

____ - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Picos. Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama>> . Acesso em: 01/01/2021.

LEITE, B. C. et al. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, 2019.

MACEDO, M. T. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida e fatores associados. **Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 33, p. 42-55, 2020.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de colesterol total e frações alterados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev.Bras.Epidemiol**, v.22, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000300412&script=sci_arttext&tIng=pt>. Acesso em: 19 de Mar. 2019.

MALTA, D. C. et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 661-675, 2017.

MARTINS, M. V. et al. Associação entre razão Triglicérideos e HDL-colesterol e fatores de risco cardiovascular em idosos atendidos na estratégia saúde da família de Viçosa, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 236-243, 2017.

MARUYAMA, M. E. B; FERREIRA, H. G. Saúde mental e doenças crônicas em idosos de um grupo Hiperdia. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, p. 600-611, 2020.

MATOS, J. C. Avaliação da prevalência de sintomas de asma e rinite autorreferidos em moradores adultos e idosos de diferentes áreas do município de Santos, SP. 2018. 156f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, São Paulo, 2018.

MELO, L. A. Prevalência e fatores associados à multimorbidade em idosos brasileiros. 2019. 78 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

MENDES, J. L. V. et al. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: revisão de literatura. **Rev. Bras. Meio. amb. Saú.** V.8, n. 1, p. 13-26, 2018.

MIRI, H. et al. Multiple imputation to correct for nonresponse bias: application in noncommunicable disease risk factors survey. *Global Journal of Health Science*, v. 8, n. 1, p. 134-142, 2016.

MOTA, W. et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234959/31366>>. Acesso em: 21 out. 2019.

MOURÃO, L. F. et al. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. **Audiology-Communication Research**, v. 21, 2016.

NEGÓCIO, T. P. **Composição corporal, força muscular e autonomia funcional de idosos**. 2019. 68 f. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde e sociedade) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2019.

NEVES, R. G. et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00189915, 2017.

NUNES, L.; KLÜCK, M.; FACHEL, J. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 268-278, 2009.

NUNES, I. M. P. et al. **A questão social da velhice: o envelhecimento na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil**. 2018. 96 f. Dissertação (Mestrado acadêmico em políticas sociais e cidadania) - Universidade Católica de Salvador, 2018.

OLIVEIRA, I. M. **Hipertensão arterial sistêmica em idosos de São Paulo e fatores associados ao diagnóstico, não diagnóstico e controle: Estudo SABE**. 2018. 91 f. Dissertação (Mestrado em ciências) - Universidade de São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, R. C. N. et al. **Associação entre o diabetes mellitus tipo ii e as condições de saúde do idoso**. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Bacharel em Farmácia) – Universidade Federal do Mato Grosso, Barra do Garças, Mato Grosso, 2019.

PEREIRA, C. E. A. et al. A representação da consulta de enfermagem para os idosos do hiperdia. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n. 2, 2020.

PINHEIRO, T. R. P. Avaliação da eficácia da suplementação de kefir e farelo de aveia nos níveis séricos de colesterol total e hdl-c em idosos institucionalizados. 2019. 38f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação)-Centro Universitário Toledo Araçatuba, São Paulo, 2019.

POUBEL, P. B. et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71-78, 2017.

RAGHUNATHAN, T.E. What do we do with missing data? Some options analysis of incomplete data. *Annu. Rev. Public Health*, v. 25, p. 99–117, 2004.

ROMERO, D. E. et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019.

ROSSETTO, C. et al. Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

RUBIN, D. B. Inference and missing data. *Biometrika*, v. 63, p. 581-90, 1976.

RUBIN, D. B. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: Wiley; 1987.

SANTOS, A. S. et al. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Rev. enferm. UERJ**, v. 26, p. e21473-e21473, 2018.

SILBERSCHATZ, A.; KORTH, H.; SUDARSHAN, S. Sistema de banco de dados. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1999.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.

SIEBRA, K. L. A. B. et al. Promovendo saúde: um elo de cuidados no tratamento não medicamentoso de doenças crônicas na terceira idade. **Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 250-254, 2019.

SILVA, D. M, C. **Qualidade da dieta medida pela ESQUADA e sua associação com fatores sociodemográficos e parâmetros antropométricos de adultos residentes nas cidade de Teresina e Picos, no Piauí**. 2020. Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

SILVA, M. B. **Sobrepeso e obesidade infantil na atenção primária à saúde: percepções dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Botucatu-SP**. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)**. 2017.

SOUSA, E. E, et al. **Cartografia das prevalências de internações de idosos hipertensos e diabéticos e índice de desenvolvimento humano no Brasil**. 2018. 91f. Dissertação (Mestrado acadêmico ciências da Nutrição) - Centro de ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

STOPA, S. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00198717, 2018.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 50, p. 10s, 2016.

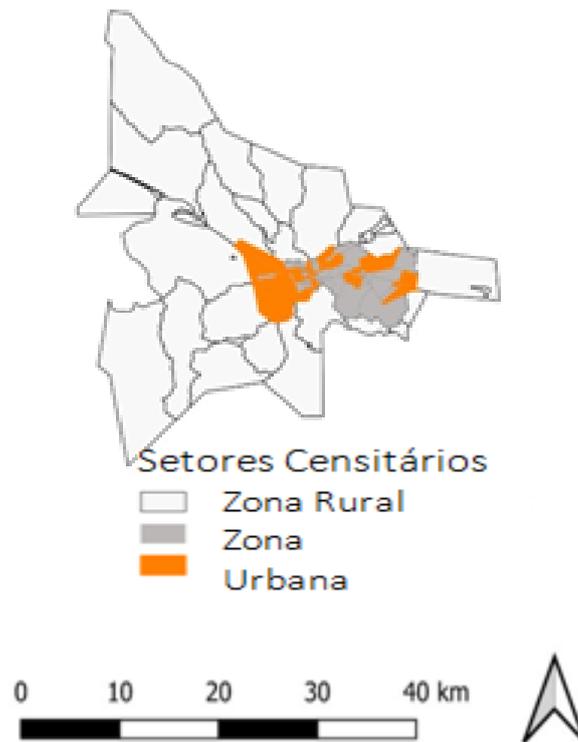
TORRES, J. L.; CASTRO, C. M. S.; LUSTOSA, L. P. Manutenção do trabalho e presença de condições crônicas em idosos comunitários: evidências da Rede Fibr-BH. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1845-1852, 2019.

ANEXOS

**ANEXO A – MAPA COM RESPECTIVOS SETORES CENSITÁRIOS NO
MUNICÍPIO DE PICOS/PI**

Figura 1 – Setores censitários dos municípios de Picos (A), no Piauí, participantes do ISAD-PI*, 2020.

A



Fonte: elaborado no *software* QGIS versão 3.10.8 *for Windows* a partir das malhas digitais disponibilizadas pelo IBGE para o ano de 2010.

*Inquérito de Saúde de Base Populacional nos Município de Picos – PI

ANEXO B - FORMULÁRIO

PARTE 2 - SOCIOECONÔMICA: CRIANÇA > 2 ANOS, ADOLESCENTE, ADULTO E IDOSO

Módulo C - Características gerais dos moradores

C1. Qual é a sua cor da pele?

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
6. Outra
99. NS/NR

C2. Qual é a sua religião?

1. Nenhuma
2. Evangélica/protestante
3. Católica
4. Espírita
5. Judaísmo
6. Budismo
7. Umbanda/candomblé
8. Islamismo
9. Outras
88. Não se aplica
99. NS/NR

C3. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora em Picos/Teresina? _____ meses
 ____ anos 99. NS/NR

C4. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste mesmo domicílio? ____ meses
 ____ anos 99. NS/NR

C5. Qual é o sua situação conjugal?

1. Casado no civil ou religioso
2. Vive em união conjugal estável ou vive junto
3. Solteiro
4. Separado
5. Desquitado ou divorciado
6. Viúvo
88. Não se aplica
99. NS/NR

C6. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) completou?

- 1- Nunca frequentou, não sabe ler e escrever
- 2- Nunca frequentou, sabe ler e escrever
- 3- 1º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) - antigo pré
- 4- 2º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 1ª.série
- 5- 3º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 2ª.série
- 6- 4º ano do Ensino Fundamental (1o grau ou Primário) – antiga 3ª.série
- 7- 5º ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (1ª série do Ginásio) –
 antiga 4ª.série

- 8- 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª.série
- 9- 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª.série
- 10- 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª.série
- 11- 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1o grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª.Série
- 12- 1ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial)
- 13- 2ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial)
- 14- 3ª série do Ensino Médio (2o grau ou Colegial)
- 15- cursos técnicos de nível médio incompleto
- 16- cursos técnicos de nível médio completo
- 17- curso superior incompleto
- 18- curso superior completo
- 19- pós-graduação incompleto
- 20- pós-graduação completo
- 88. Não se aplica
- 99. NS/NR

C7. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

- 1. Sim, em atividade
- 2. Sim, mas afastado por motivo de doença
- 3. Sim, e também aposentado
- 4. Não, desempregado
- 5. Não, aposentado
- 6. Não, dona de casa
- 7. Não, pensionista
- 8. Não, só estudante
- 9. Outros
- 88. Não se aplica
- 99. NS/NR

ANEXO C - QUESTIONÁRIO ISADPI

Módulo B. Doenças crônicas

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

Pressão arterial

H 1. 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

H 2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?

1. Sim
2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres)
3. Não

H 3. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?

- _____Anos
0. Menos de 1 ano

H 4. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?

1. Sim
2. Não, só quando tem algum problema
3. Nunca vai

H 5. Nas duas últimas semanas, o(a) sr(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?

1. Sim
2. Não

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. Há 3 anos ou mais
6. Nunca fez

H 11. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?

1. Sim 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres) 3. Não

H 12. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?

- _____Anos 0. Menos de 1 ano

H 13. O(A) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?

1. Sim 2. Não, só quando tem algum problema 3. Nunca vai

H 14. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr(a):

Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?

- 1.Sim 2.Não

Usou insulina?

- 1.Sim 2.Não

H 15. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência médica 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. Há 3 anos ou mais
6. Nunca recebeu

H 16. Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

- | | |
|--|-------------|
| 1. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) | 1.Sim 2.Não |
| 2. Manter o peso adequado | 1.Sim 2.Não |
| 3. Praticar atividade física regular | 1.Sim 2.Não |
| 4. Não fumar | 1.Sim 2.Não |
| 5. Não beber em excesso | 1.Sim 2.Não |
| 6. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães etc.) | 1.Sim 2.Não |
| 7. Medir a glicemia em casa | 1.Sim 2.Não |
| 8. Examinar os pés regularmente | 1.Sim 2.Não |
| Outro (Especifique: _____) | 1.Sim 2.Não |

H 17. O(A) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?

- | | |
|---|---------------|
| 1. Problemas na vista | 1. Sim 2. Não |
| 2. Infarto | 1. Sim 2. Não |
| 3. AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame | 1. Sim 2. Não |
| 4. Outro problema circulatório | 1. Sim 2. Não |
| 5. Problema nos rins | 1. Sim 2. Não |
| 6. Úlcera/ferida nos pés | 1. Sim 2. Não |
| 7. Amputação de membros (pés, pernas, mãos ou braços) | 1. Sim 2. Não |
| 8. Coma diabético | |
| Outro (Especifique: _____) | |

H 18. Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?

1. Sim 2. Não

H 19. 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. Há 3 anos ou mais

H 20. Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar as tarefas domésticas, etc.)?

1. Não limita
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Intensamente
5. Muito intensamente

Colesterol Total e Frações

H 21. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto?

- Sim 2. Não

H 22. 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
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. Há 3 anos ou mais
6. Nunca fez

H 23. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?

- _____Anos 0. Menos de 1 ano

H 24. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto?

- | | |
|--|---------------|
| a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) | 1. Sim 2. Não |
| b. Manter o peso adequado | 1. Sim 2. Não |
| c. Prática de atividade física | 1. Sim 2. Não |
| d. Tomar medicamentos | 1. Sim 2. Não |
| e. Não fumar | 1. Sim 2. Não |
| f. Fazer acompanhamento regular | 1. Sim 2. Não |

Doenças do coração

H 25. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?

1. Sim 2. Não (Se Sim, siga para os itens abaixo.)
- | | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| a. Infarto | 1. Sim | 2. Não |
| b. Angina | 1. Sim | 2. Não |
| c. Insuficiência cardíaca | 1. Sim | 2. Não |
| d. Outra (Especifique: _____) | 1. Sim | 2. Não |

H 26. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?

- _____ Anos 0. Menos de 1 ano

H 27. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?

- | | | |
|--------------------------------|--------|--------|
| a. Dieta | 1. Sim | 2. Não |
| b. Prática de atividade física | 1. Sim | 2. Não |
| c. Toma medicamentos | 1. Sim | 2. Não |
| d. Outro (Especifique: _____) | 1. Sim | 2. Não |

H 28. O(A) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?

1. Sim 2. Não

H 29. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?

1. Não limita
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Intensamente
5. Muito Intensamente

Acidente Vascular

H 30. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame?

1. Sim 2. Não

H 31. Quantos derrames (ou AVC) o(a) sr(a) já teve?

_____Quantos

H 32. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)?

_____Anos 0. Menos de 1 ano

H 33. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do derrame (ou AVC)?

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| a. Dieta | 1.Sim 2.Não |
| b. Fisioterapia | 1.Sim 2.Não |
| c. Outras terapias de reabilitação | 1.Sim 2.Não |
| d. Toma aspirina | 1.Sim 2.Não |
| e. Toma outros medicamentos | 1.Sim 2.Não |
| d. Outro (Especifique:_____) | 1.Sim 2.Não |

H 34. Em geral, em que grau o derrame (ou AVC) limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?

1. Não limita
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Intensamente
5. Muito Intensamente

Asma

H 35. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma (ou bronquite asmática)?

1. Sim 2. Não

H 36. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma?

_____Idade 0. Menos de 1 ano

H 37. O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma?

Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos) 1. Sim 2. Não
 Outro (Especifique:_____)

H 50. Em geral, em que grau a insuficiência renal crônica limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?

1. Não limita
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Intensamente
5. Muito intensamente

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTICIPANTE**

Título da pesquisa: Inquérito de Saúde de base populacional nos municípios de Teresina e Picos (PI).

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota.

Instituição/Departamento: UFPI/ Departamento de Nutrição.

Pesquisadores participantes: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde (USP-SP), Prof^a. Dr^a. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho, Prof^a. Dr^a. Adriana de Azevedo Paiva, mestrandos Rosana Rodrigues de Sousa, Layanne Cristina de Carvalho Lavôr, Denise Maria Nunes Lopes, Thiana Magalhães Vilar, Nayara Vieira do Nascimento Monteiro e doutorandos Lays Arnaud Rosal Lopes, Luciana Melo de Farias, Gilvo de Farias Júnior, Artemizia Francisca de Sousa, Laura Maria Feitosa Formiga, Edna Araújo Rodrigues Oliveira, Danilla Michelle Costa e Silva, Rumão Batista Nunes de Carvalho.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): xxxx

E-mail para contato: xxxx

Prezado (a) participante, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Inquérito de Saúde de base populacional no município de Teresina-PI”, como voluntário (a). Durante a realização da mesma você poderá desistir, retirando o seu consentimento, a qualquer momento, independente de justificativa, sem ser penalizado (a). Caso você deseje consultar os pesquisadores em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimentos, poderá fazer isso nos contatos descritos acima. Você precisa decidir se deseja participar ou não. Por favor, não se apresse, leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável da pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Justificativa: A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes hipertensão, doenças cardiovasculares, etc.) na população brasileira é responsável pelo aumento no adoecimento e mortalidade, gerando elevados custos para as famílias, a sociedade e o governo. Diante disto, verifica-se a importância da realização de pesquisas que analisem aspectos da saúde da população, de forma a contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas que permitam melhorar as ações em saúde.

Objetivo: Analisar o perfil de saúde, estilo de vida e hábitos alimentares da população residente na cidade de Teresina-PI e Picos-PI.

Procedimentos: Será realizada uma entrevista em seu domicílio, por pesquisadores, e o participante responderá a perguntas sobre questões socioeconômicas, demográficas, de saúde geral, estilo de vida e consumo alimentar. O participante não terá sua voz gravada nem será filmada. Também será realizada uma avaliação antropométrica (das medidas do corpo) obtendo-se dados de peso, altura, pregas da pele medidas do braço, nas costas, além de circunferências da cintura, pescoço e do braço. Para os idosos, também serão medidas a altura do joelho e circunferência da panturrilha. Para as crianças menores de 2 anos, serão coletados os dados antropométricos registrados na caderneta de saúde da criança. Será realizada uma avaliação do desenvolvimento neurocognitivo de crianças nesta faixa etária. Para crianças de 2 a 9 anos e gestantes, serão medidos apenas o peso e a altura e serão coletados dados da caderneta de acompanhamento da gravidez.

Também será aferida a pressão arterial e, para a realização de exames bioquímicos, como glicemia em jejum (açúcar em seu sangue), insulina sérica (uma substância no sangue importante para controlar a taxa de glicose), lipidograma (como estão as taxas de seu colesterol no sangue), hemograma completo (para investigar anemia, por exemplo), cortisol (uma substância importante nos momentos de “estresse” no corpo) e Proteína C Reativa (uma substância envolvida no processo de inflamação), será necessária a coleta de amostra de seu sangue, a ser retirada da veia do braço, após um período de jejum adequado.

Riscos: Existe um desconforto e risco mínimo para você inerente à coleta de sangue, quando você poderá sentir dor no local da “picada” da agulha, ou a possibilidade de algum constrangimento durante o preenchimento dos questionários como as questões referentes à renda e consumo alimentar ou durante a aferição das medidas antropométricas. Para controlar esses riscos o procedimento será realizado por profissional treinado e capacitado e seguindo todas as normas de biossegurança, incluindo o uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis.

Benefícios: Os participantes do estudo terão como benefício os resultados da avaliação antropométrica e dos exames bioquímicos. Além disso, terão a possibilidade de contribuir para o levantamento de informações importantes acerca da situação de saúde da população dos municípios de Teresina e Picos (PI), que servirão de subsídio para a implementação de políticas públicas na área da saúde.

Custos: A participação na pesquisa é voluntária e o participante não receberá nenhum tipo de recompensa em troca, podendo desistir de participar quando desejar. Do mesmo modo, você não terá custos por participarem da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí.

Indenização: Caso o participante sofra algum dano devido à participação nessa pesquisa, terá o direito de receber indenização por parte dos pesquisadores.

Sigilo: Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso aos dados para verificar as informações do estudo. O projeto terá duração de um ano, com término previsto para o segundo semestre de 2019.

- Diante do exposto, aceito participar das seguintes etapas da pesquisa:
 Aplicação dos questionários

- Aferição da pressão arterial
- Avaliação Antropométrica
- Coleta de sangue

Declaração de consentimento do participante da pesquisa:

Eu _____ aceito participar da pesquisa intitulada: Inquérito de Saúde de base populacional nos municípios de Teresina e Picos (PI). Eu li e discuti com o pesquisador os detalhes descritos neste documento, tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Assim, eu compreendi o objetivo da pesquisa, como será realizada e quais os benefícios e riscos que ela acarreta. Compreendi que eu não terei custos ou receberei remuneração devido à minha participação na pesquisa. Entendi que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa.

Teresina-PI Picos-PI, _____, _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador(a) responsável

ANEXO E - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO PIAUÍ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

APRESENTAÇÃO

Este documento tem por finalidade conduzir o pesquisador frente ao processo de implementação de coleta de dados referente ao “Inquérito de saúde de base populacional em municípios do Piauí” (Codificação do domicílio, ESQUADA, Pressão Arterial Antropometria, identificação e classificação de Acanthosis Nigricans e caracterização do estadiamento puberal dos adolescentes).

CODIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Cada domicílio deverá ser identificado com códigos que, conjugados, comporão o código único do domicílio. O mesmo deverá ser composto da seguinte forma:

1. Código do estado: 22
2. Código do município: 08007
3. Código do distrito: 05
4. Código do subdistrito: 00
5. Código da situação: 10
6. Código do lote: **ATENÇÃO!** Lote 01 (Profa Danilla); Lote 02 (Profa Edina); Lote 03 (Profa Artemízia); Lote 04 (Prof Rumão) e Lote 05 (Profa Laura).
7. Código do setor: Inserir os três últimos números da numeração descrita na parte Superior do mapa, que está centralizado e na cor vermelha.

Ex: 220800705000084, portanto, você só irá inserir 084.

APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Entrar o domicílio onde será realizada a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar-se dizendo seu nome, função (estudante ou professor) e que faz parte de uma pesquisa científica. Após a apresentação, o pesquisador deve solicitar do indivíduo pesquisado a permissão para que o procedimento seja realizado.

³Versão reduzida contendo tópicos de interesse para o presente estudo.

Ex.: Bom dia, Luís Eduardo. Tudo bem? Eu me chamo Mariana, sou acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e faço parte de uma pesquisa científica que visa avaliar a saúde da população residente em Picos. Gostaria de saber se você permite que eu faça algumas perguntas e verifique algumas medidas corporais, como altura e peso?

ANTROPOMETRIA

Importante! Todas as aferições devem ser feitas em duplicadas, alternadamente. Exemplo: realizar primeira medida de altura, seguida do peso, circunferências e dobras. Retornar fazendo segunda medida de altura, peso, etc., seguindo a mesma ordem da primeira medida!

1.1 Preparo do equipamento

Estadiômetro portátil. As peças devem ser montadas e, posteriormente, desmontadas cuidadosamente, a fim de evitar amassados que poderão alterar a precisão do equipamento. O mesmo deve ser montado em superfície plana.

1.2 Preparo do indivíduo, solicite que o indivíduo:

- Retire os sapatos;
- Retire "roupas pesadas" (casacos, jaquetas, blusas grossas);
- Remova enfeites e prendedores de cabelo (fivelas, tiaras, lenços, presilhas, laço etc);
- Desfaça qualquer tipo de penteado (rabo-de-cavalo, coque, trança etc).

1.3 Etapas para a realização da medição

- A medida deve ser realizada com o indivíduo descalço (ou com meias) e vestindo roupas leves de modo que se possa observar o contorno do corpo;
- O indivíduo deve ficar em pé com as pernas e pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo e palmas das mãos voltadas para o corpo;
- As costas do indivíduo devem estar voltadas para a parede;

- Encostar calcanhar, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça na parede;
- Posicionar a cabeça do indivíduo no plano de Frankfurt (alinhar horizontalmente a borda inferior da abertura do orbital com a margem superior do condutor auditivo externo);
Observação: Quando não for possível encostar os cinco pontos (calcanhares, panturrilhas, nádegas, escápulas e parte posterior do occipital) na superfície posterior do estadiômetro, posicionar ao menos três deles (calcanhares, nádegas e costas) e a manter a cabeça no plano de Frankfurt;
- Deslizar o cursor delicadamente, fixando-o contra a cabeça do examinado, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, caso necessário;
- Realizar a leitura e registrar a medida no *EpiCollect5®*.

2. PESO

2.1 Preparo do equipamento:

- Deve estar previamente calibrada (ver protocolo ao fim das orientações para aferições antropométricas)
- Posicionar a balança em superfície regular e firme;
- Evite colocar o equipamento sobre tapetes, carpetes, etc;
- A balança é ligada automaticamente ao subir nela, espere aparecer o “zero” e peça para o entrevistado subir.

2.2 Preparo do indivíduo, solicite que o indivíduo:

- Retire os sapatos;
- Retire "roupas pesadas" (casacos, jaquetas, blusas grossas);
- Remova acessórios (óculos, cinto, colares);
- Retire objetos dos bolsos da calça, saia, camisa (celular, caneta, dinheiro, moedas, carteira, lenço, papéis).

2.3 Etapas para a realização da medição

- A entrevistada deve estar vestindo roupas leves, descalça, com os bolsos vazios e sem acessórios;
- Solicite que a entrevistada suba na balança, com os dois pés apoiados na plataforma e o peso distribuído em ambos os pés;
- A entrevistada não deve estar olhando para o visor da balança, e sim para a linha do horizonte;
- Registre o valor no *EpiCollect5®*;

- Solicite que a entrevistada desça da balança.

Links importantes com vídeos demonstrando aferição das medidas e calibração de balanças:
<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=videos>

CALIBRAÇÃO DA BALANÇA

*Equipamento: Verificar pilhas e observar as condições do equipamento

*Preparação das garrafas tipo “PET”:

1. Retire o rótulo de todas as 5 garrafas do tipo pet de 2 litros, cor verde e exclusivamente da marca Guaraná Antártica, esvazie seu conteúdo e lave-as com água para remover completamente o guaraná.
2. A quantidade de água a ser adicionada na garrafa para que a mesma tenha o peso exato de 2kg deve ser medida com base na etiqueta cinza de 5,5 cm. Retire a etiqueta do adesivo e cole-a na garrafa, imediatamente abaixo do bocal.
3. Certifique-se de que a etiqueta esteja completamente aderida à garrafa sem formar ranhuras e que esteja completamente na posição vertical.
4. Posicione a garrafa em uma superfície lisa (ou mesa), sente em uma cadeira em frente da garrafa e com um copo de água adicione, aos poucos, a quantidade de água necessária para atingir o limite inferior da etiqueta.
5. A borda inferior da água deve estar alinhada exatamente com o limite inferior da etiqueta. Tampe a garrafa e repita este procedimento nas demais.
6. Coloque as garrafas na balança antropométrica e anote o peso total mostrado no visor. O peso final das cinco garrafas deve ser de 10kg, sendo que o intervalo permitido para variação é de 9,9 a 10,1kg. Se a variação estiver fora do limite aceito, a balança está descalibrada e você deverá substituí-la por outra.

3 CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO

3.1 Preparo do indivíduo e realização da medida

- As medidas sempre são realizadas no lado direito;
- Observar a posição do antropometrista em relação a pessoa que está sendo medida;
- Observar a fita métrica e alinhar a fita métrica em relação ao solo;
- Sempre tomar como base os pontos anatômicos;
- Flexionar o braço a ser avaliado formando um ângulo de 90 graus;
- Localizar o ponto médio entre o acrômio e o olecrano e fazer a marcação em caneta;

- Solicitar ao indivíduo que fique com o braço estendido ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa;
- Contornar o braço com fita flexível no ponto marcado de forma ajustada evitando compressão da pele ou folga;
- Registre o valor no *EpiCollect5®*.

4 CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

4.1 Preparo do equipamento

- Desfaça eventuais "dobras" (vincos) na fita.
- Certifique-se que a fita está limpa

4.2 Preparo do indivíduo, solicite que o indivíduo:

- Deixe a região da cintura livre de roupas
- Retire os sapatos.
- Caso o entrevistado vista uma roupa (vestido ou macacão) que impossibilite a visualização da região do abdômen, solicite a troca da vestimenta.

4.3 Etapas para a realização da medida

- O entrevistado deverá estar em pé, descalço, com a blusa levantada, os braços flexionados e cruzados a frente do tórax, pés afastados, abdômen relaxado e respirando normalmente.
- A medida deve ser realizada no lado direito.
- Solicite que o entrevistado inspire profundamente e segure a respiração por alguns instantes.
- Apalpe até localizar a 10^a costela, que é a última costela fixa, peça para o entrevistado soltar a respiração e faça um risco com a caneta.
- Localize a borda da crista ilíaca e marque o ponto com a caneta.
- Posicionar a parte inicial da fita de ponto médio na projeção da décima costela e a parte final na marcação da crista ilíaca. Ajustar a fita até que o mesmo número que estiver na marca da décima costela apareça na marca da crista ilíaca.
- Passe a fita ao redor do corpo da entrevistada pelo passador, na altura do ponto médio, ajuste-a e verifique se a fita está paralela ao solo.
- Registre o valor no *EpiCollect5®*.

5 DOBRA CUTÂNEA DO TRÍCEPS

5.1 Preparo do indivíduo e realização da medida

- Utilizar o mesmo ponto médio marcado para a aferição da circunferência do braço;
- Destacar a dobra cutânea a cerca de um centímetro acima do ponto marcado; não “beliscar”, sentir que a parte da gordura desliza sobre os dedos do antropometrista (não formar nas mãos “garras” e sim em formato de “asa de galinha”);
- Posicionar o aparelho (adipômetro) paralelamente ao chão, no ponto médio marcado, a medida da dobra cutânea é realizada na face posterior do braço, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto médio entre o acrômio e o olécrano;
- Realizar a leitura no aparelho (quando o ponteiro do relógio parar ou decorridos quatro segundos);
- Retirar o aparelho;
- Soltar a dobra;
- Registre o valor no *EpiCollect5®*.

6 DOBRA CUTÂNEA SUBESCAPULAR

6.1 Preparo do indivíduo e realização da medida

- Solicitar que o indivíduo deixe a escápula direita visível;
- Solicitar ao indivíduo que coloque seu braço direito para trás, de maneira a facilitar a localização do ângulo inferior da escápula direita;
- Destacar a dobra cutânea a dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula; não “beliscar”, sentir que a parte da gordura desliza sobre os dedos do antropometrista (não formar nas mãos “garras” e sim em formato de “asa de galinha”);
- Posicionar o aparelho (adipômetro) na dobra; a medida é executada obliquamente em relação ao eixo longitudinal, seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a dois centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula;
- Realizar a leitura no aparelho (quando o ponteiro do relógio parar ou decorridos quatro segundos);
- Retirar o aparelho;
- Soltar a dobra;
- Registre o valor no *EpiCollect5®*.

7 CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO

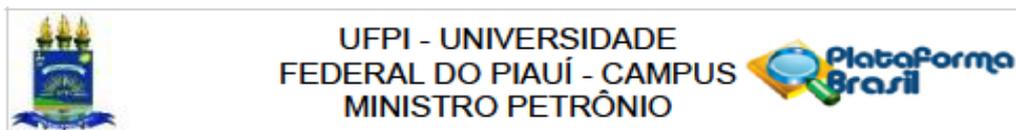
7.1 Preparo do indivíduo e realização da medida

- Posição de pé e a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt;
- Medida em nível da cartilagem cricoide a meia altura do pescoço, na metade da coluna cervical, no pescoço médio-anterior, dentro de 1mm;
- Em homens com a proeminência laríngea:
 - Pomo de Adão: deve ser medido logo abaixo do destaque.
- Usar uma fita inextensível;
- Leitura realizada na parte anterior sobre a clavícula:
- Extremidade externa.

ANEXO F - MAPA DE UMA DAS UNIDADES PRIMÁRIAS DE AMOSTRAGEM EM PICOS-PI



ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO PIAUÍ

Pesquisador: Karoline de Macêdo Gonçalves Frota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84527418.7.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

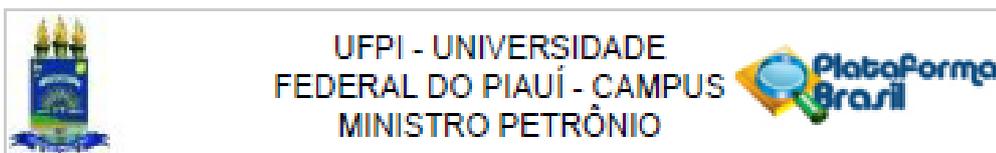
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.552.426

Apresentação do Projeto:

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis têm se tomado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social. Neste contexto, os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente e são essenciais para conhecer o perfil de saúde, a distribuição dos fatores de risco e suas tendências, além de informações sobre a morbidade referida e os estilos de vida saudáveis. Embora as fontes de dados secundários dos sistemas de informação sejam fundamentais, estas não conseguem responder às necessidades de informação em saúde. Sendo assim, os inquéritos de base populacional apresentam crescente importância, pois possibilitam o conhecimento do perfil de saúde da população e da distribuição dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças, assim como daqueles que influenciam o estado de saúde das pessoas. Desta forma, o presente estudo objetiva analisar o perfil de saúde, condições de vida e aspectos atuais da situação de saúde da população residente nas cidades de Teresina e Picos (PI). Para tal, serão coletados dados demográficos (idade, sexo, cor da pele autorreferida), socioeconômicos (escolaridade, situação conjugal, renda familiar per capita), de estilo de vida (atividade física, tabagismo e etilismo), de consumo alimentar, de condições de saúde (história familiar de doenças, morbidade referida, uso de serviços de saúde, hospitalização), dados antropométricos, bioquímicos e de pressão arterial, bem como o uso de suplementos e medicamentos da população, incluindo indivíduos residentes em área urbana e em domicílios

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.utpi@utpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.552.420

particulares permanentes nas cidades de Teresina e Picos(PI). Os domínios amostrais fixados para o estudo serão: crianças de 0 a 2 anos; crianças de 2 a 9 anos; adolescentes de 10 a 19 anos de ambos os sexos; adultos de 20 a 59 anos de ambos os sexos; idosos de 60 anos ou mais de ambos os sexos e mulheres gestantes. Serão incluídos neste estudo indivíduos residentes em área urbana e em domicílios particulares permanentes nas cidades de Teresina e Picos(PI) e que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos da pesquisa os indivíduos residentes em áreas rurais da cidade, bem como aqueles residentes em domicílios coletivos. Também serão excluídos aqueles que apresentarem quaisquer deficiências ou incapacidades que dificulte a aplicação dos questionários ou a avaliação antropométrica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o perfil de saúde, condições de vida e aspectos atuais da situação de saúde da população residente nas cidades de Teresina e Picos (PI).

Objetivos Secundários:

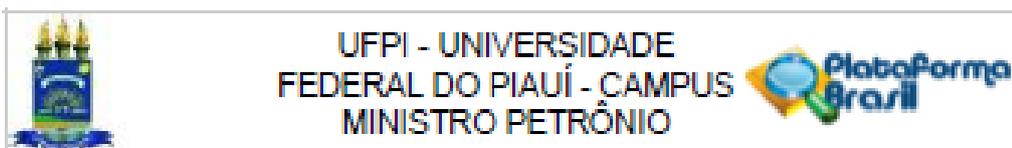
- Estimar a prevalência das principais DCNT(doenças crônicas não transmissíveis) segundo os indicadores tradicionais na área de Epidemiologia no Brasil;
- Estimar a frequência dos principais fatores de risco para DCNT na população estudada;
- Analisar os efeitos dos principais fatores de risco sobre as DCNT e apontar os principais grupos populacionais vulneráveis e as desigualdades vinculadas ao risco;
- Investigar o acesso à serviços de saúde nas cidades de Teresina e Picos e os determinantes de sua estratificação social;
- Investigar os estilos de vida da população residente em Teresina e Picos relativamente aos hábitos de alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física, e os fatores associados aos comportamentos não saudáveis;
- Analisar as associações entre indicadores do estilo de vida, tais como consumo alimentar e atividade física, e alguns desfechos ligados DCNT na população residente;
- Estimar indicadores do empoderamento feminino em Teresina e Picos (PI).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Existe um desconforto e risco mínimo para o participante em relação à coleta de sangue, quando o

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa			
Bairro: Ininga		CEP: 84.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	



Continuação do Parecer: 2.552-408

participante poderá sentir dor no local da "picada" da agulha, ou a possibilidade de algum constrangimento durante o preenchimento dos questionários como as questões referentes à renda e consumo alimentar ou durante a aferição das medidas antropométricas. Para controlar esses riscos o procedimento será realizado por profissional treinado e capacitado e seguindo todas as normas de biossegurança, incluindo o uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis.

Benefícios

Os participantes do estudo terão como benefício os resultados da avaliação antropométrica e dos exames bioquímicos. Além disso, terão a possibilidade de contribuir para o levantamento de informações importantes acerca da situação de saúde da população dos municípios de Teresina e Picos (PI), que servirão de subsídio para a implementação de políticas públicas na área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória anexados na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

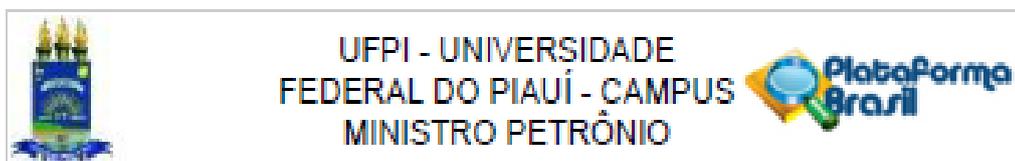
Projeto de pesquisa com parecer APROVADO e apto para início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1084249.pdf	02/03/2018 19:27:22		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	02/03/2018 17:24:28	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/03/2018 16:07:21	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	curriculo.pdf	02/03/2018 16:06:31	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	questionario.pdf	02/03/2018 16:04:29	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-560
 UF: PI Município: TERESINA



Continuação do Parecer: 2.552.426

Outros	termo_confidencialidade.pdf	02/03/2018 16:00:26	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	autorizacao_institucional.pdf	02/03/2018 15:59:50	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	02/03/2018 15:58:59	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/03/2018 15:58:08	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	02/03/2018 15:53:32	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participante.pdf	02/03/2018 15:53:21	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel.pdf	02/03/2018 15:53:07	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 20 de Março de 2018

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO H - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A pesquisa intitulada "INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO PIAUÍ" se trata de uma pesquisa domiciliar com amostragem representativa, probabilística e por conglomerado das cidades de Teresina-PI e Picos-PI, portanto não estará vinculada a nenhuma instituição o que implica na necessidade de autorização apenas individual concedida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Karoline de Macêdo Gonçalves Frota
Prof. Dra. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota
Coordenadora do projeto

Prof. Dra. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota
Universidade Federal do Piauí-UFPI
Curso de Nutrição
GRUPO: 14879017



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (X) Monografia
- () Artigo

Eu, **Thaís Maria de Andrade Gonçalves**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Descrição das doenças crônicas de maior ocorrência em idosos do município de picos** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI, 06 de Abril de 2021.

Thaís Maria de Andrade Gonçalves

Thaís Maria de Andrade Gonçalves

Thaís Maria de Andrade Gonçalves

Thaís Maria de Andrade Gonçalves