

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES - CEAM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA DA TERCEIRA IDADE - NEPTI
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

FERNANDA DE ARAUJO LOPES

**Perfil sociodemográfico dos idosos residentes em um condomínio de
uma região administrativa do Distrito Federal**

Brasília, DF
2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES - CEAM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA DA TERCEIRA IDADE - NEPTI
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

FERNANDA DE ARAUJO LOPES

**Perfil sociodemográfico dos idosos residentes em um condomínio de
uma região administrativa do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado como requisito de
aprovação final do Curso de
Especialização em Saúde da Pessoa
Idosa da Universidade de Brasília,
Campus Darcy Ribeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Grasielle
Silveira Tavares

Brasília, DF
2017

Perfil sociodemográfico dos idosos residentes em um condomínio de uma região administrativa do Distrito Federal.

Sociodemographic profile of elderly residents in a condominium in an administrative district of the Federal District.

Resumo

Introdução: Atualmente, o Brasil é um país envelhecido, pouco mais de 326 mil pessoas, o equivalente a 12,8% da população total. No Distrito Federal, o maior contingente reside na região administrativa de Ceilândia, com pouco mais de 45 mil idosos, cerca de 15,8% da sua população. A crescente participação do idoso na população assim como na força de trabalho tem levado à realização de estudos e pesquisas com vistas à importante necessidade de elaboração de políticas públicas para esse segmento. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa do tipo quantitativa e de caráter exploratório-descritivo, com o objetivo de analisar o perfil sociodemográfico da população idosa residente em uma região administrativa do distrito federal. **Resultados:** Participaram do estudo 82 idosos. Em sua maioria mulheres (61,0%), com idade entre 60 a 70 anos (59,2%), que viviam na companhia de um parceiro (57,3%), com ensino fundamental incompleto (47,6%) e de cor/raça parda (45,1%). **Conclusão:** Muitos idosos residem com os familiares, mas não recebem ajuda dos mesmos. Desta forma, o presente estudo mostrou-se relevante para determinar diversas medidas de saúde pública e como determinantes para um maior conhecimento da população deste condomínio.

Palavras chave: Idoso, dados demográficos, atenção básica

Abstract

Introduction: Currently, Brazil is an old country with a little more than 326,000 elderly people, about 12.8% of the entire population. In the Federal District (where the Federal Capital, Brasilia, is located), the most part – more than 45,000 of the elderly – lives in the administrative area of Ceilândia, about 15.8% of its population. Increasing participation of elderly in both the population and labor force has resulted in scientific studies and researches in order to create important and required public policies to this social segment. A descriptive and exploratory study with a quantitative approach was carried out to analyze the social and demographic profile of this age group from this specific region of the Federal District. Results: 82 elderly people participated in this study. Most of them women (61%) aged between 60 and 70 years (59.2%), living with a partner (57.3%), with an incomplete elementary school (47.6%) and brown-skinned (45.1%). Most elderly people live with their family, but they are not supported by them. Therefore, the present study has been shown to be relevant to determine several public health measures and a better knowledge of this population.

Descriptors: Elderly, demographic data, basic care

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil é um país envelhecido. Este tem mais de 22 milhões de pessoas maiores de 60 anos (60+), o que representa aproximadamente 10,98% da população brasileira (Brasil, 2013). Projeções para o ano de 2025 apontam que o Brasil terá cerca de 36 milhões de pessoas com 60+ (Brasil, 2013), ou seja, será o sexto país do mundo, em números absolutos de população idosa. Um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, ou seja, com mais de 60 anos para países em desenvolvimento e acima de 65 anos, para países desenvolvidos, ultrapassa 7% da população total¹.

A longevidade é uma das grandes conquistas do século, juntamente com a queda da natalidade, vem determinando um drástico envelhecimento da população¹⁵. Existem diversos motivos para a crescente taxa da população idosa, no mundo não sendo diferente no Brasil, este fato é resultante da combinação da elevada esperança de vida ao nascer, com a redução na taxa de fecundidade, gerando o envelhecimento progressivo do indivíduo e aumento da participação desta faixa etária no total da população³.

A crescente participação do idoso na população assim como na força de trabalho tem levado à realização de estudos e pesquisas com vistas à importante necessidade de elaboração de políticas públicas para esse segmento². O conhecimento da situação socioeconômica é importante no estudo da velhice, no sentido de criar oportunidades e eliminar preconceitos contra este segmento da sociedade ².

No Distrito Federal encontra-se o mesmo padrão do país. Dados apontam que a população idosa (pessoas de 60 anos e mais), soma pouco mais de 326 mil pessoas, o equivalente a 12,8% da população total. O maior contingente reside na região administrativa de Ceilândia, com pouco mais de 45 mil idosos, cerca de 15,8% da sua população ².

O presente estudo foi realizado em condomínio com cerca de 706 idosos, em um total de 6500 moradores, ou seja, existem ao todo cerca de 11,6% de idosos residentes do condomínio, infere-se assim que há grande semelhança entre o local da realização do trabalho e a Região administrativa com maior contingente de idosos em Brasília.

Cruzando os dados do local deste estudo com o restante da Região Administrativa há uma grande probabilidade de compatibilidade dos dados, já que a mesma representa praticamente um pequeno território compatível com a situação sociodemográfica geral. Desta forma, justifica-se a realização do presente trabalho, que teve como objetivo geral avaliar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes no condomínio Privê- Ceilândia – DF.

METODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa e de caráter exploratório-descritivo⁴. Foi considerado a amostragem não-probabilística, do tipo amostra por conveniência.

A seleção dos idosos foi realizada de forma aleatória baseada na dinâmica de admissão para atendimento dos idosos pelas equipes de saúde da família do Condomínio Privê- Ceilândia/DF. Todos os idosos que buscaram a unidade de saúde ou foram atendidos no domicílio pelas equipes no período de janeiro a dezembro de 2014, a partir dos dados levantados pelos prontuários dos mesmos, foram buscados nos endereços indicados nos registros para convidá-los a participação na pesquisa.

Os critérios para inclusão na amostra foram ter 60 anos ou mais, ambos os sexos, ter buscado o serviço de saúde na atenção primária de janeiro a dezembro de 2014, ser residente do Condomínio Privê e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Idosos com processo demencial grave ou que por quaisquer outros motivos não puderam assinar o TCLE, e que não possuíam nenhum cuidador ou pessoa responsável que pudesse assinar o termo por ele, não foram incluídos nesta pesquisa.

O Setor Privê, local onde se deu a pesquisa é um bairro da região administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal. Possui 21 Módulos (Quadras), 13 Ruas e 950 moradias e um total de 6500 usuários. Possui um Posto de Saúde da Família /Lucena Roriz, local onde foram coletados os primeiros dados para andamento da pesquisa.

Os instrumentos utilizados foram um Questionário semi - estruturado sobre o perfil sociodemográfico dos idosos, contendo questões a cerca de quatro domínios - *Sociodemográfico, Estado de Saúde, Hábitos e Apoio Familiar* (Anexo 1).

Levantou-se a amostra inicial utilizando os prontuários e encontrou-se um total de 706 idosos para realização das entrevistas. Todos os endereços registrados na coleta foram visitados em suas residências por uma dupla de alunos participantes da equipe de coleta dos dados, com exceção dos idosos que o endereço estava incompleto ou não havia possibilidade de acesso ao endereço, como foi o caso dos idosos que residiam em chácaras.

Ao receber os alunos em sua residência o idoso era questionado se tinha o interesse de participar da presente pesquisa e, diante da resposta afirmativa o idoso assinava do TCLE e participava da entrevista.

Por se tratar de um estudo com manipulação mínima dos indivíduos, sem intervenções invasivas, os riscos referentes ao trabalho foram mínimos e, não houve nenhuma intercorrência. Durante todo o processo de coleta de dados as pesquisadoras estiveram à disposição para eventuais necessidades.

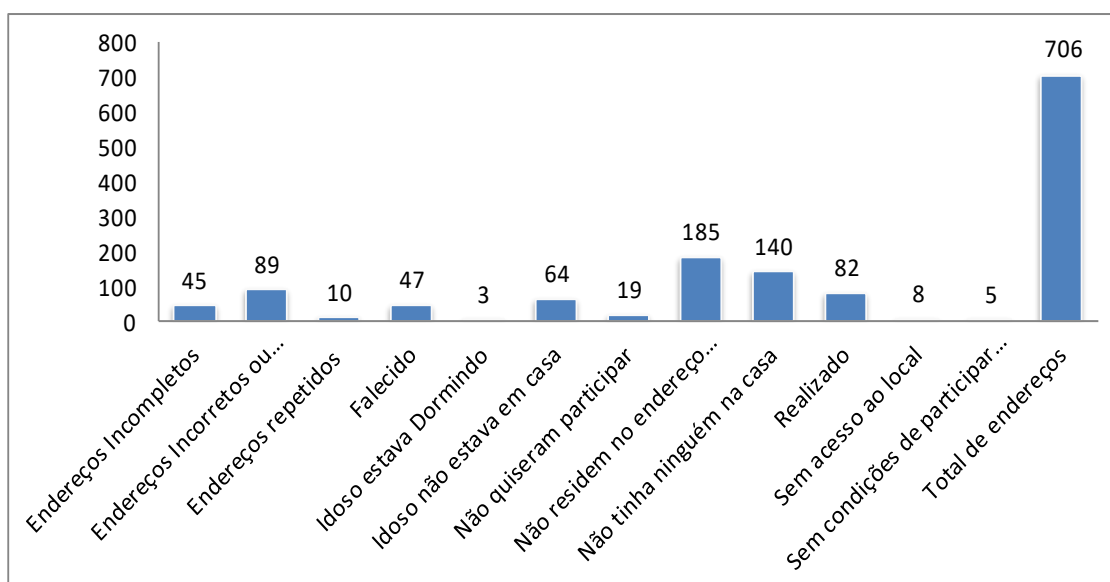
No presente estudo foram consideradas as orientações da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, de modo que todos os participantes deste estudo foram convidados e tiveram sua participação submetida à anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta dos dados, foi elaborado o banco de dados em planilha do Excel e realizada a dupla digitação. Posteriormente, foi feita a consistência entre as duas bases de dados e, em caso de divergências, procedeu-se a correção, buscando o dado na entrevista original. Para análise do material, o banco de dados foi importado para o software Statistical – SPSS, versão 21.0. Os dados foram submetidos à análise descritiva (frequências absolutas e percentuais). Para as variáveis numéricas foram empregadas medida de tendência central (média) e variabilidade (valores máximo e mínimo).

RESULTADOS

Do total de 706 idosos cadastrados obteve-se 82 entrevistas pois encontrou-se que 185 não residiam no endereço, apenas utilizaram o serviço de saúde por meio de parentes que moravam no território, 140 casas visitadas não atenderam (foram realizadas três tentativas por endereço), 45 estavam com endereço incompleto, dentre outros motivos descritos no Gráfico 1.

Gráfico 1. Resultado das visitas para coleta de dados e definição amostral;



Foram entrevistados para esta pesquisa um total de 31 homens e 51 mulheres, somando 82 idosos, com idades entre 60 e 96 anos de idade. Dentre os 82 idosos entrevistados, a maioria do sexo feminino (61,0%), com idade entre 60 a 70 anos (59,2%), que viviam na companhia de um parceiro (57,3%), com ensino fundamental incompleto (47,6%) e de cor/raça parda (45,1%). Em relação à religião, prevaleceram idosos católicos (56,1%), seguidos dos protestantes (31,7%). O maior percentual dos idosos morava em casa própria (80,5%). E o maior percentual desses eram aposentados (61,0%), com renda individual mensal de 1 a 3 salários-mínimos (92,7%) e que continuavam a se dedicar a um trabalho, mas não remunerado (58,5%).

Concernente ao apoio familiar, os idosos moravam com 3 a 4 pessoas em seu domicílio (45,1%) e a maioria deles tinham filhos (95,1%). Dentre esses idosos, predominou aqueles com 5 a 6 filhos (32,1%), seguido de 3 a 4 filhos (29,5%). Destaca-se que houve um predomínio de idosos que moravam com os filhos (67,9%). Sobre a cooperação dos familiares quanto a recursos financeiros, o maior percentual não recebia contribuição de outros familiares (53,7%). O maior percentual dos idosos referia ter um bom convívio com seus familiares (54,9), seguido de um ótimo convívio (34,1%).

No que se refere aos hábitos, a maioria dos idosos não ingeriam bebida alcoólica (85,2%) e não fumavam (91,5%). Dentre aqueles que fumavam a média de cigarros tragados por dia eram em torno de 13.

A maioria dos idosos relatou ter alguma doença grave instalada (87,8%). Dentre essas doenças, predominaram a hipertensão arterial sistêmica (83,3%), seguida da diabetes mellitus (30,6%) e da cardiopatia (20,8%). Soma-se a isso, ao uso regular de medicamentos anti-hipertensivos (80,6%) e hipoglicemiantes (29,2%). Sobre os efeitos/reações adversos dos medicamentos, predominou aqueles que não os apresentaram (82,9%). Constatou-se que o maior percentual dos idosos adquiria os medicamentos através do serviço público de saúde e por meio da compra em farmácias (43,7%). O maior percentual dos idosos realiza acompanhamento médico pelo Sistema Único de Saúde (70,7%).

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos entrevistados nesta pesquisa foram do sexo feminino (61%), esse dado demonstra o fenômeno chamado “feminização da velhice”². No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando se considera a população total de cada sexo. Existe um excedente, portanto, de mulheres idosas em relação aos homens em idade avançada¹⁶. Fato que está diretamente associado ao maior percentual da longevidade das idosas, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças⁽⁵⁻⁶⁾.

Quanto as ocupações em suma os idosos eram aposentados (61%). Os processos de envelhecimento e de aposentadoria ocorrem de maneiras diversas, apresentado múltiplas interfaces, que estão relacionadas às mudanças na vida social e no mundo do trabalho, à reorganização da vida familiar que se presencia na sociedade contemporânea, ao convívio dentro e fora do trabalho, à rotina laborativa, aos papéis sociais desempenhados, ao status do sujeito, ao modo de ser de cada um, aos projetos de vida e a muitos outros fatores¹⁸.

Mesmo aposentados os idosos relataram continuar se dedicando a um trabalho mesmo que não remunerado (58,5%). A maioria declarou renda baixa, em média de 1 a 3 salários-mínimos (92,7%). Como consequência da vida atual mais solitária, o velho, na maioria das vezes, tem que arcar com os custos de manutenção de sua casa. Aquele que não pode acumular uma poupança durante a vida produtiva tem, em geral, um final de vida em situação financeira pior do que quando trabalhava, pelo fato de o valor de sua aposentadoria, para os que a têm, ser inferior aos dos vencimentos do período produtivo⁶.

Entretanto, estudos apontam que o trabalho mesmo que não remunerado pode ser uma das medidas de prevenção da perda funcional, além da manutenção de relacionamento mensal com amigos, assistir TV e participar de atividades manuais¹⁷. Segundo estudos a manutenção do trabalho remunerado pode ter efeito protetor por mecanismos de suporte social semelhantes aos que explicam o efeito protetor do relacionamento mensal com amigos. O convívio com outras pessoas proporciona relações fundamentais de cooperação e interatividade. A atividade laboral pode envolver também mecanismos de competição até certo ponto benéficos, pois implicam desafios diários que mantêm o trabalhador ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional¹⁷. Podendo ser assim considerado um fator importante de manutenção e promoção de qualidade de vida.

Concernente ao apoio e convívio familiar, a maioria dos idosos viviam na companhia de um parceiro (57,3%). Moravam com 3 a 4 pessoas em seu domicílio (45,1%), destes houve um predomínio dos que residiam com os filhos (67,9%). Apesar de relatarem não receberem ajuda financeira (53,7%),

possuíam um bom (54,9%) e ótimo (34,1%) convívio com esses. Estes dados revelam aspectos positivos para a vida do idoso, sabe-se que as redes sociais formam teias de apoio, que são essenciais para diminuição do stress nos indivíduos mais velhos, estas oferecem suporte social em forma de amor, afeição, preocupação e assistência⁸.

Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte social. Normalmente a ausência de parentes, em especial os mais próximos –cônjuge, filhos-, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas⁹.

No estudo foi constatado que 87,8% dos idosos referiam ser portadores de doença grave instalada. Este dado é condizente com estudos científicos. Uma pesquisa sobre a sobrevivência em coorte de idosos revelou um percentual inferior com 69,7% de idosos com doença crônica¹⁰. Já um Ensaio sobre envelhecimento no Estado de São Paulo, contudo, observou um percentual próximo ao encontrado no presente estudo: 90% de idosos com doença crônica⁽¹¹⁻¹²⁾.

As doenças crônicas mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (83,3%), seguida da diabetes mellitus (30,6%) e da cardiopatia (20,8%). O percentual de hipertensão arterial encontrado neste estudo pode estar relacionado com as características da amostra. A Hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres, em indivíduos com desfavoráveis condições socioeconômicas, baixa escolaridade, sobrepeso ou obesidade¹³. Todas estas características estão presentes na maioria dos idosos do estudo.

Os dados encontrados sobre as demais doenças estão diretamente correlacionados já que uma é fator de predisposição para outra. O diabetes mellitus está entre essas doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular¹⁴.

CONCLUSÃO

De modo geral a população idosa do local estudado é composta por mulheres que viviam com o parceiro. Renda familiar baixa e com a maioria de aposentados, porém ainda trabalham mesmo em suma não remunerado. Residem em casa própria, com familiares. Portadores de alguma doença grave instalada. Após a coleta e análise dos dados, pode-se inferir que o local de pesquisa pode ser representativo em menor escala a Região Administrativa de Ceilândia, encontrando portando realidades semelhantes.

O presente estudo mostrou-se relevante para determinar diversas medidas de saúde pública e como determinantes para um maior conhecimento da população deste condomínio. Com estes dados é possível realizar eventos de promoção e prevenção de agravos de saúde, como também propor planos regionais de ação de saúde efetivos, espelhando-se na realidade desta população.

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiramente, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Vania Maria de Araújo e Geraldo Cesar Lopes. Avós Maria Madalena Magalhães e Olívio Magalhães. Elisa Maria Lopes e Manoel Lopes que já não se encontram mais nesse plano espiritual, porém olharam por mim. Irmãs Isabella de Araujo Lopes e Isadora de Araujo Lopes. Companheiro Filipe Pereira Patto. E aos demais amigos pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

À minha orientadora Grasielle Taveres, pois sem ela nada disto seria possível, por todo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções, incentivos e empenho dedicado à elaboração deste trabalho. E por fim por ser o exemplo de pessoa e grande profissional a ser seguido.

A todos realizadores desta especialização, seu corpo docente e direção e que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO.(2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization. Organização Pan-Americana de Saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF).
2. DO DISTRITO FEDERAL, Governo. Codeplan. **População por Região Administrativa: Brasília**, 2015.
3. FERREIRA, Cecília Alexandra Nunes Farinha Ferreira. **Envelhecimento e lazer**. 2009. Dissertação de Mestrado.
4. TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
5. Coelho Filho JM, Ramos LR. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. Rev Saúde Pública = J Public Health. 1999;33(5):445-53.
6. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade**. Rev Saúde Pública 1987; 21:225-33.
7. Lebrão ML, Laurenti R. **Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo**. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):127-41.
8. COCKERHAM, W. **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
9. RAMOS, Marília P. et al. **Apoio social e saúde entre idosos**. Sociologias, v. 4, n. 7, 2002.
10. Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC, Silva EA, Menezes IS, Duarte T, et al. Sa' de e qualidade de vida na terceira idade. Textos Envelhecimento. 1998; 1(1):23-43
11. Ruiz T, Chalita LVAS, Barros MBA. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no Município de Botucatu, São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(3):227-36.
12. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. CadSaúdePública = Rep Public Health. 2006; 22(2):285-94.

13. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001;45(5):494- 501.
14. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:29-36
15. ARAUJO, Tereza Cristina Nascimento; ALVES, Maria Isabel Coelho. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos envelhecimento**, v. 3, n. 3, 2000.
16. SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, 2002.
17. D'ORSI, Eleonora; XAVIER, André Junqueira; RAMOS, Luiz Roberto. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.
18. BULLA, Leonia Capaverde; KAEFER, Carin Otilia. 11. Trabalho e Aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2006.

ANEXOS

Anexo 1 - AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS IDOSOS

Dimensão I – Avaliação Sócio Demográfica

1) Idade: _____ (em anos completos)

2) Sexo:

2.1 () Masculino 2.2 () Feminino

3) Situação conjugal atual:

3.1 () vive com parceiro 3.2 () não vive com parceiro

4) Grau de escolaridade:

4.1 () sem escolarização

4.2 () fundamental completo 4.3 () fundamental incompleto

4.4 () ensino médio completo 4.5 () ensino médio incompleto

4.6 () superior completo 4.7 () superior incompleto

5) Cor:

5.1 () negra 5.2 () parda 5.3 () branco 5.4 () amarelo

6)

Profissão: _____

—

7) Ocupação remunerada: 7.1 () sim 7.2 () não

8) Renda familiar: (SM R\$ 788,00)

8.1 () sem renda 8.2 () 1 a 3 SM 8.3 () 4 a 6 SM 8.4 () maior ou igual a 7 SM

9) Religião:

9.1 () Católica 9.2 () Protestante 9.3 () Espírita 9.4 () Afro-descendente 9.5 ()

outros (especificar): _____

10) Habitação:

10.1 () própria 10.2 () alugada 10.3 () cedida 10.4 ()

outra: _____

11) Aposentado:

11.1 () não

11.2 () sim 11.3 Há quanto tempo: ____ (anos completos)

Dimensão II – Apoio Familiar

12) Número de pessoas que moram no domicílio:

12.1 () até 2 12.2 () de 3 a 4 12.3 () de 5 a 6 12.4 () acima de 7 pessoas

13) Tem filhos:

13.1 () não

Se sim:

13.2 () até 2 13.3 () de 3 a 4 13.4 () de 5 a 6 13.5 () igual ou maior que 7

14) Mora com os filhos? 14.1 () sim 14.2 () não

15) Existe cooperação dos familiares quanto a recursos financeiros:

15.1 () sim 15.2 () não

16) Convívio familiar: 16.1 () ótimo 16.2 () bom 16.3 () regular 16.4 () ruim 2

Dimensão III – Hábitos

17) Hábitos:

Ingere bebida alcoólica? 17.1 () não 17.2 () sim.

(Tabagismo) Fuma? 17.3 () não 17.4 () sim 17.5 Quantos

cigarros/dia:_____

18) Você apresenta alguma queixa de saúde nos últimos 12 meses?

21.1 () não

21.2 () sim 21.3

Qual(is)?_____

19) Tem alguma doença/agravo/enfermidade instalada?

22.1 () não

Se sim qual (is)? 22.2 () Hipertensão Arterial 22.3 () Diabetes Mellitus 22.4 ()

Câncer 22.5 () Doenças Respiratórias 22.6 () Doenças Reumáticas 22.7 ()

Cardiopatias 22.8 () Doenças Renais 22.9 () Outras

(especificar):_____

20) Qual (is) o (s) medicamento (s) utiliza com frequência?

23.1 () Antihipertensivo 23.2 () Hipoglicemiante 23.3 () Diurético

23.4 () Analgésico 23.5 () Outros

(especificar):_____

21) Como obtém?

24.1 () no serviço público de saúde 24.2 () compra na farmácia 24.3 () parte

no serviço público de saúde e parte compra na farmácia 24.4 () Outros

especificar_____

22) Sente efeitos/reações adversos?

25.1 () não

25.2 () sim 25.3

Quais? _____

23) A assistência médica é feita pelo:

26.1 () SUS 26.2 () Convênio particular 26.3 () SUS e Convênio particular