UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Samara Moreira de Paula Paiva

Autopercepção de saúde de idosos com doenças crônicas não transmissíveis em Belo Horizonte: uma análise dos dados do Vigitel 2019-2020

Juiz de Fora
2022

Samara Moreira de Paula Paiva

Autopercepção de saúde de idosos com doenças crônicas não transmissíveis em Belo Horizonte: uma análise dos dados do Vigitel 2019-2020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos.

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Moreira de Paula Paiva, Samara.
Autopercepção de saúde de idosos com doenças crônicas não transmissíveis em Belo Horizonte : uma análise dos dados do Vigitel 2019-2020 / Samara Moreira de Paula Paiva. -- 2022.
161 f. : il.

Orientador: Ronaldo Rocha Bastos
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

1. Idoso. 2. Doenças não transmissíveis. 3. COVID-19. 4. Nível de Saúde. 5. Inquéritos Populacionais. I. Rocha Bastos, Ronaldo, orient. II. Título.

Samara Moreira de Paula Paiva

Autopercepção de saúde de idosos com doenças crônicas não transmissíveis em Belo Horizonte: uma análise dos dados do Vigitel 2019-2020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 25 de fevereiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Guillermo Patrício Ortega Jácome
Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)

Profª. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Valter Paulo Neves Mirand a

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Juiz de Fora, 15/02/2022.

Documento assinado eletronicamente por **Ronaldo Rocha Bastos**, **Professor(a)**, em 25/02/2022, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA**, **Chefe de Departamento**, em 25/02/2022, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Guillermo Patricio Ortega Jácome**, **Usuário Externo**, em 25/02/2022, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0680214** e o código CRC **42D5C60F**.

Dedico este trabalho aos meus pais, Silvana Ribeiro de Paula Moreira e Sebastião Moreira de Paiva, que sempre me permitiram sonhar e têm feito o possível para que esses sonhos possam se tornar realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por sua infinita misericórdia. Obrigada por me amparar, guiar e iluminar minha caminhada diariamente.

Aos meus pais, Silvana e Sebastião, pelo amor incondicional, apoio e incentivo nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Silas e Simone, por toda a paciência e amizade.

Aos meus sobrinhos, Miguel e João Guilherme, por serem luz e alegria na minha vida.

Ao meu querido noivo Pedro, pela dedicação, apoio e companheirismo em todos os momentos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos pelos ensinamentos e reflexões compartilhadas. Obrigada pela competência, paciência, compreensão, disponibilidade, confiança, apoio e por acreditar no futuro deste projeto.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Prof. Dr. Guillermo Patrício Ortega Jácome, Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira e ao Prof. Dr. Valter Paulo Neves Miranda por aceitarem o convite, pela disponibilidade e contribuições ao meu trabalho.

Aos meus amigos da turma de Mestrado em especial a Lauriane, Larissa, Tamiris, Lilian e Vanessa Maria, pela amizade e apoio durante esta trajetória.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) da Universidade Federal de Juiz de Fora, em especial a Larissa, pela gentileza em compartilhar o pacote estatístico para realização da análise dos dados desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela troca de experiências na interdisciplinaridade do campo que tanto me ensinaram e pela oportunidade de capacitação.

A todos os funcionários do NATES, em especial a Elisângela, pelo carinho, atenção e disponibilidade.

A todos os idosos que contribuíram com a possibilidade deste estudo.

A equipe técnica da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde (MS), pelo pronto atendimento em responder minhas indagações e por possibilitar a condução desta pesquisa.

A todos que de alguma forma contribuíram, pois se hoje comemoro uma conquista, esta se deve também àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Gratidão!

“Como todas as situações humanas, ela [a velhice] tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história” (BEAUVOIR, 2018, p. 13).

RESUMO

A autopercepção de saúde refere-se à avaliação realizada pelo indivíduo sobre sua saúde baseada em experiências, crenças e valores atribuídos à saúde e ao adoecer. A literatura científica aponta que, a vivência de situações adversas pode afetar a percepção de saúde da população idosa. Nesta perspectiva, estes indivíduos têm experimentado situações novas e inesperadas devido a pandemia da Covid-19, que exigem adaptação e podem acarretar mudanças repentinas em sua saúde. Esta dinâmica merece ser particularmente investigada em idosos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os quais se configuram grupo de risco para a infecção pelo vírus Sars-CoV-2. O objetivo do estudo foi analisar a autopercepção de saúde em idosos (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, que responderam ao Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel) em Belo Horizonte - MG, nos anos de 2019 (período pré-pandêmico) e 2020 (período pandêmico). Em relação ao ano de 2019, analisou-se (n=623) idosos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial. Já no ano de 2020, este número correspondeu a (n=314) idosos. As variáveis independentes foram as demográficas, socioeconômicas e comportamentais. A análise dos dados ocorreu através do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), no módulo *Complex Samples*. Anterior às análises a significância estatística foi definida como valor-p ≤ 0,05. Descreveu-se o perfil sociodemográfico e comportamental dos idosos, assim como, a autopercepção de saúde referente ao período pré-pandêmico e pandêmico. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para analisar, nos dois momentos, a associação entre autopercepção de saúde e as variáveis independentes. Em seguida, para cada ano, um modelo hierárquico controlando para o tipo de comorbidade foi testado por meio de regressão logística binária. A análise foi realizada em três blocos: comorbidades; demográfico/socioeconômico; comportamental. Permaneceram no modelo final, somente as variáveis que apresentaram valor-p ≤ 0,001. Em relação aos resultados, de acordo com o teste T de *Student* para amostras independentes, não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções de autoavaliações positivas de saúde dos idosos com DCNT, no período pandêmico quando comparado ao pré-pandêmico. Já para as variáveis independentes verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa somente para o consumo ocasional de bebida alcoólica, sendo menor a proporção de idosos com DCNT que consumiram álcool no período pandêmico em comparação ao pré-pandêmico. Em 2019, as variáveis no modelo associadas positivamente ao desfecho foram: sexo masculino, faixa etária de 60-79 anos, cor de pele branca, parda, amarela e indígena, alta escolaridade, trabalho nos últimos três meses, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, tempo de tela de três horas diárias, nunca ter fumado, usar anti-hipertensivo e hipoglicemiante injetável. Já em 2020, estiveram associadas: sexo masculino, faixa etária de 60-79 anos, cor de pele branca, alta escolaridade, trabalho nos últimos três meses, ser ativo no lazer, baixo peso, não ser tabagista atualmente, não consumir ocasionalmente álcool, usar anti-hipertensivo e hipoglicemiante injetável. Reforçando que, uma autopercepção positiva está diretamente relacionada à adoção de comportamentos protetores à saúde.

Palavras-chave: Idoso. Doenças não transmissíveis. COVID-19. Nível de Saúde. Inquéritos Populacionais.

ABSTRACT

Self-perception of health refers to the individual's assessment of the health based on experiences, beliefs and values attributed to health and illness. The scientific literature points out that experiencing adverse situations can affect the health perception of the elderly population. In this perspective, these individuals have experienced new and unexpected situations due to the pandemic of Covid-19, which require adaptation and can bring about sudden changes in their health. This dynamic deserves to be particularly investigated in the elderly with chronic non-communicable diseases (NTCD), which are a risk group in cases of Sars-CoV-2 virus infection. The objective of the study was to analyze self-perception of health in elderly (≥ 60 years) with medical diagnosis of diabetes mellitus and/or self-reported arterial hypertension, who responded to the Telephone Surveillance Survey of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases (Vigitel) in Belo Horizonte - MG, in 2019 (pre-pandemic period) and 2020 (pandemic period). Regarding 2019, we analyzed (n=623) elderly with medical diagnosis of diabetes mellitus and/or arterial hypertension. In 2020, this number corresponded to (n=314) adults. The independent variables were demographic, socioeconomic and behavioral. The analysis of the data occurred through the statistical package Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), in the module Complex Samples. Prior to the analyses, statistical significance was defined as p-value ≤ 0,05. The sociodemographic and behavioral profile of the elderly was described, as well as the self-perception of health related to the pre-pandemic and pandemic period. Pearson's Chi-Square test was used to analyze, in two moments, the association between self-perception of health and independent variables. Then, for each year, a hierarchical model control model of type of comorbidity was tested by binary logistic regression. The analysis was performed in three blocks: comorbidities; demographic/socioeconomic; behavioral. Only the variables that presented a p-value of ≤ 0,001 remained in the final model. Regarding the results, according to the Student's test for independente samples, there was no statistically significant difference between the proportions of positive self-rated health of the elderly with NTCD, in the pandemic period When compared to the pre-pandemic. For the independente variables, it was found that there was a statistically significant difference only for the ocasional consumption of alcoholic beverages, with a lower propostion of elderly people with NTCD who consumed alcohol in the pandemic period compared to the pre-pandemic one. In 2019, the variables in the model positively associated with the outcome were: male sex, age range 60-79 years, white, brown, yellow and indigenous skin color, high schooling, work in the last three months, regular weekly intake of fruits and vegetables, screen time of three hours daily and never have smoked, uso antihypertensive and injectable hypoglycemic. In 2020, They associated: male sex, 60-79 years of age, white skin color, high schooling, work in the last three months, being active in leisure, low weight, not currently smoking, not occasionally consuming alcohol using antihypertensive and injectable hypoglycemic. Reinforcing that, a positive self-perception is directly related to the adopation of protective behaviors to health.

Keywords: Aged. Noncommunicable Diseases. COVID-19. Health Status. Health Surveys.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) 31

Figura 2 - População de estudo amostra Vigitel 2019 (período pré-pandemia) 56

Figura 3 - População de estudo amostra Vigitel 2020 (período pandêmico) 57

Quadro 1 - Descrição e categorização das variáveis demográficas e socioeconômicas 60

Quadro 2 - Descrição e categorização das variáveis comportamentais 61

Figura 4 - Distribuição percentual segundo a autopercepção de saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019) ..68

Figura 5 - Distribuição percentual segundo a autopercepção de saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020) ..79

Anexo A - Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiras no ano de 2019 131

Anexo B Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiras no ano de 2020 132

Anexo C - Questionário da pesquisa Vigitel (2019) 133

Anexo D - Questionário da pesquisa Vigitel (2020) 152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019) 66

Tabela 2 - Distribuição segundo as variáveis comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019) 67

Tabela 3 - Análise bivariada da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019) 69

Tabela 4 - Resultado do modelo logístico hierárquico explicativo da chance da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial reportar uma autopercepção de saúde muito boa/boa segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019) 73

Tabela 5 - Distribuição segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020) 76

Tabela 6 - Distribuição segundo as variáveis comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020) 77

Tabela 7 - Análise bivariada da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020) 80

Tabela 8 - Resultado do modelo logístico hierárquico explicativo da chance da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial reportar uma autopercepção de saúde muito boa/boa segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020) 84

Tabela 9 - Resultado da comparação entre as proporções da variável categórica autopercepção de saúde e das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais autorrelatadas, obtidas no período pandêmico com o pré-pandêmico, pela população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial de acordo com o teste T de *Student* para amostras independentes, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019, 2020) 87

Tabela 10 - Resultado da comparação dos coeficientes das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais obtidos nos modelos de regressão finais no período pandêmico com o pré-pandêmico, para população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial de acordo com o teste sugerido por Paternoster *et al*. (1998), Belo Horizonte - MG, Vigitel (2019, 2020) 89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
CCM	Modelo de Atenção Crônica
CEP	Código de Endereçamento Postal
Chances	*Consortium on Health and Aging: Network of Cohortes in Europe and the United States*
CGDANT	Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Covid-19	Infecção Viral Causada pelo Novo Coronavírus
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Modelo de Determinação Social da Saúde
EDOC-I	Estudo das Doenças Crônicas em Idosos
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro
ELSI-Covid-19	Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro na COVID-19
EpiFloripa Idoso	Estudo das Condições de Saúde da População Idosa de Florianópolis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GBD	*Global Burden of Disease*
Geppaas	Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Ambiente Alimentar e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corpórea
LC	Linhas de Cuidado
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Pirâmide de Riscos
MS	Ministério da Saúde
Nupens	Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OR	*Odds Ratio*
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
Sars-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus* 2
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USP	Universidade de São Paulo
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Por cento
≥	Maior ou igual
≤	Menor ou igual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19

2 REVISÃO DE LITERATURA 23

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL 23

2.1.1 Políticas Públicas e o Cuidado com o Idoso 25

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 27

2.2.1 Abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Serviços de Saúde 30

2.3 A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS 35

2.4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE 41

2.5 INQUÉRITOS POPULACIONAIS 47

2.5.1 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 48

3 HIPÓTESE 51

4 OBJETIVOS 52

4.1 OBJETIVO GERAL 52

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 52

5 METODOLOGIA 53

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 53

5.2 LOCAL DO ESTUDO 53

5.3 AMOSTRAGEM DA PESQUISA VIGITEL 53

5.4 AMOSTRA DO ESTUDO 55

5.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS DO VIGITEL 57

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO 59

5.6.1 **Variável de recorte da amostra do estudo 59**

5.6.2 Variável dependente 59

5.6.3 Variáveis independentes 60

5.7 ANÁLISE DOS DADOS 63

5.8 ASPECTOS ÉTICOS 65

6 RESULTADOS 66

6.1 RESULTADOS DO VIGITEL 2019 - PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO 66

6.2 RESULTADOS DO VIGITEL 2020 - PERÍODO PANDÊMICO 76

6.3 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO VIGITEL 2019 E 2020 87
7 DISCUSSÃO 92
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 106
REFERÊNCIAS 109
ANEXO A - Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiras no ano de 2019 131
ANEXO B - Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiros no ano de 2020 132
ANEXO C - Questionário da Pesquisa Vigitel (2019) 133
ANEXO D - Questionário da Pesquisa Vigitel (2020) 152

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional por constituir-se um fenômeno demográfico e epidemiológico têm se tornado tema de muitas discussões, sobretudo, por exigir uma reorganização das questões econômicas, sociais, políticas, culturais, éticas e de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2021). O envelhecer é um processo natural vivenciado de forma individual marcado por uma diminuição gradativa da reserva funcional do organismo decorrentes de mudanças físicas observadas nos sistemas imunológico, endócrino e neurológico, além de alterações contextuais, psicológicas e sociais. Sendo assim, todos estes aspectos configuram-se determinantes da qualidade do envelhecimento (CARVALHO; FIGUEIREDO; SILVA, 2020; HERRERA; RUBIO, 2011; MACENA; HERMANO; COSTA, 2018; NOLÊTO *et al*., 2020).

Contudo, o aumento do número de anos vividos na conjuntura brasileira tem sido acompanhado da perda da qualidade do envelhecer, o que pode observado pela crescente incidência e prevalência de agravos, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MURRAY *et al*., 2020; OLIVEIRA-FIGUEIREDO *et al.*, 2017). Neste sentido, cerca de 80% dos idosos apresentam uma ou mais DCNT e 36% podem ser acometidos por três delas (MUNIZ *et al*., 2017). Além disso, as DCNT em todos os países constituem a principal causa de morbidade, incapacidades e mortalidade que afetam a população idosa acarretando maior sobrecarga para os indivíduos, as famílias e os sistemas de saúde (MURRAY *et al*., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Esta dinâmica torna-se ainda mais preocupante e exige respostas imediatas ao se observar as projeções de crescimento desta faixa etária. Estima-se que, no ano de 2050 este grupo populacional irá corresponder a 22% da população mundial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No país, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também apontam isto e, a projeção para 2030 é de 13,54% da população brasileira acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Em 2020, foi publicado o *Global Burden of Disease* 2019 (GBD), que forneceu uma avaliação da magnitude dos fatores de risco e da carga atribuível de doenças em 204 países. Os dados do estudo apontam o aumento do número de óbitos e da carga que as DCNT têm significado nos países subdesenvolvidos, inclusive no Brasil (MURRAY *et al*., 2020). Além disso, outros estudos internacionais e nacionais desenvolvidos em diferentes contextos, evidenciam que o perfil clínico da população idosa residente na comunidade é

majoritariamente constituído por indivíduos com DCNT, sendo as mais comuns o diabetes *mellitus* tipo 2 e a hipertensão arterial (LIN *et al.*, 2016; MURRAY *et al*., 2020; SILVA *et al.*, 2018). Paralelamente a este panorama da cronicidade na população idosa, a disseminação da infecção viral causada pelo novo coronavírus (Covid-19) ainda em curso e sem previsão de término, representa um novo desafio (CRODA *et al.*, 2020).

Declarada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia, a transmissão do vírus Sars-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavírus* 2) atingiu proporções inimagináveis e se espalhou por todos os continentes (CRODA *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro, foram registrados 26.473.273 casos, e 631.802 óbitos atestados até 06 de fevereiro de 2022 (BRASIL, 2021a). A partir disso, foram implementadas nos países medidas de saúde pública não farmacológicas, como o uso de máscaras, a lavagem das mãos e o distanciamento social, que após o desenvolvimento das vacinas anti-covid somaram-se às estratégias de vacinação das populações com objetivo de diminuir a propagação do vírus (CASTRO *et al*., 2021; EUROSURVEILLANCE TEAM, 2020; WONG *et al*., 2020).

No Brasil, infelizmente devido ao negacionismo científico e a ausência da elaboração de um plano nacional de resposta à pandemia, as medidas de controle e a campanha de vacinação foram estruturadas de forma tardia e avançam em velocidade reduzida em algumas regiões do país (AQUINO *et al*., 2020; CASTRO *et al*., 2021; DALL'ALBA *et al*., 2021; GIOVANELLA *et al*., 2020b; LANCET, 2020). Assim, dentro deste cenário alguns desdobramentos importantes surgiram, como as variantes de maior gravidade e potencial de infectividade do Sars-CoV-2, o relaxamento das medidas preventivas e a ausência de políticas de proteção social e apoio às populações vulneráveis. Entre as populações vulneráveis, estão incluídas as pessoas com baixo nível socioeconômico, em situação de rua, privadas de liberdade, negras, trabalhadores informais e a população idosa com DCNT (AQUINO *et al*., 2020; BRASIL, 2021d; CASTRO *et al*., 2021; GIOVANELLA *et al*., 2020b).

Em relação a este último grupo populacional, embora tenham sido acionadas políticas econômico-sociais precárias com objetivo de minimizar os efeitos da Covid-19 sobre parte destes indivíduos, estas não foram suficientes para atender suas necessidades de saúde (BUENO; SOUTO; MATTA, 2021). Particularmente, a vulnerabilidade da população idosa com DCNT está relacionada a condição física e, portanto, a presença de comorbidades e as possíveis complicações que podem ocorrer mediante alguns fatores, como a infecção pelo Sars-CoV-2 (AYRES *et al*., 2012; SHAHID *et al*., 2020; ZHOU *et al*., 2020). Assim, estudos

já demonstraram que se infectados pelo vírus, o organismo destes indivíduos apresenta maior dificuldade em combater de forma satisfatória a infecção (ABATE; CHECKOL; MANTEFARDO, 2021). Estas características resultam em um pior prognóstico, maior chance de internações hospitalares e risco elevado de evolução para o óbito quando comparado a população geral (ABATE; CHECKOL; MANTEFARDO, 2021; SHAHID *et al*., 2020; ZHOU *et al*., 2020).

Tendo em vista essa maior susceptibilidade física que os idosos com doenças crônicas possuem diante da pandemia, estes indivíduos foram considerados pelo plano nacional de imunização como um dos grupos prioritários na vacinação anti-covid reforçando a importância de se proteger e atender as necessidades em saúde desta população (BRASIL, 2020c). Além disso, percebe-se uma vulnerabilidade social e, consequentemente, psicológica proveniente da condição física destes idosos (BARBOSA *et al*., 2018). Isso, porque para se protegerem muitos estão isolados no âmbito de suas casas necessitando de algum suporte social para a execução de suas atividades, o que acarreta em uma capacidade de autodeterminação reduzida por estes indivíduos (OLIVEIRA *et al*., 2020; RODRIGUES; TORRES; BARBOSA, 2021).

Deste modo, diferentes aspectos relacionados à pandemia são capazes de repercutir de forma negativa na vida dos idosos, principalmente, sobre sua saúde, sendo necessário maiores investigações (LUKAS & THERESA, 2020; WILLIAMS *et al.*, 2020; WONG *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, a autopercepção de saúde – também conhecida como estado de saúde autorreferido, saúde autorreferida, estado de saúde geral autoavaliado, pode ser uma medida estratégica, pois parte da avaliação realizada pelo sujeito sobre seu estado de saúde baseado em experiências, incluindo a vivência de situações adversas, crenças e valores atribuídos à saúde e ao adoecer (JYLHÄ, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Neste contexto, muitos trabalhos estão sendo produzidos sobre os idosos e as nuances da pandemia, são exemplos, aqueles derivados do Estudo Longitudinal do Envelhecimento na Covid-19 (ELSI-Covid-19) (LIMA-COSTA, 2020). Os resultados deste estudo têm discutido, entre outros aspectos, a ocorrência de multimorbidade e a predisposição às formas graves da doença, assim como a adesão às medidas de proteção, incluindo, o distanciamento social (BATISTA *et al*., 2020; NUNES *et al.*, 2020; YGNATIOS *et al*., 2021). No entanto, apesar do crescente arcabouço teórico sobre a temática, a autopercepção de saúde da pessoa idosa com multimorbidade não tem sido discutida nas pesquisas realizadas como um dos desfechos primários.

Assim, ainda são escassos os estudos conduzidos em diferentes regiões do país e que objetivaram avaliar o impacto da Covid-19 com foco na autopercepção de saúde de idosos com DCNT (BARONE *et al.*, 2020; ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020; SZWARCWALD *et al*., 2021). Deste modo, a presente pesquisa visa contribuir para o preenchimento desta lacuna ao partir dos dados obtidos pelo inquérito populacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) a fim de, analisar a autopercepção de saúde e as possíveis mudanças nos comportamentos de saúde destes indivíduos após o início da pandemia quando comparado ao período anterior (BRASIL, 2020a, 2021b).

Entre as capitais, Belo Horizonte - MG foi a escolhida por ser a cidade do estado de Minas Gerais investigada pelo inquérito. Os resultados do presente estudo podem contribuir com o conhecimento inicial sobre a influência da pandemia na autopercepção positiva de saúde e seus fatores associados em idosos com doenças crônicas residentes na capital mineira, permitindo aos gestores maior compreensão quanto a saúde deste grupo populacional. Destarte, inicialmente será apresentada a fundamentação teórica abrangendo questões relacionadas ao envelhecimento, as DCNT, especificamente, ao diabetes *mellitus* tipo 2 e a hipertensão arterial, sob o contexto da atual crise sanitária com foco na autopercepção de saúde. Posteriormente, serão apresentados a hipótese do estudo, os objetivos, a metodologia, a análise estatística dos dados relativos ao ano de 2019 (período pré-pandêmico) e ao ano de 2020 (período pandêmico), as discussões, além das considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Em decorrência ao processo mundial de transição demográfica, observa-se modificações significativas na constituição das populações de diferentes países. Uma destas mudanças é o próprio fenômeno do envelhecimento populacional, caracterizado pela diminuição da taxa de fecundidade e natalidade e pelo aumento da expectativa média de vida (BRASIL, 2010a; CAMARANO, 2016). Neste sentido, o prolongamento da vida representa uma conquista para qualquer sociedade, mas o grande obstáculo está em permitir a vivência de uma velhice com sentido, significado e qualidade de vida, sobretudo, nos países subdesenvolvidos (MENDONÇA *et al*., 2021; PASSOS *et al*., 2020). De acordo com o conceito da OMS adotado no Brasil, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 1994).

Verifica-se um ritmo acelerado do envelhecimento populacional em todo o mundo, principalmente, nos países da América Latina. Estima-se que, em 2050, a população idosa irá corresponder a aproximadamente 22% da população mundial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No país, observa-se esta mesma tendência e a projeção para o ano de 2030 é de 13,6% da população acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021; UNITED NATIONS, 2019). Outro desdobramento da alteração do perfil demográfico é a transição epidemiológica caracterizada pela mudança no padrão de morbimortalidade, expressa pela tripla carga de doenças, em que há a presença concomitante das doenças infecciosas, das causas externas com predomínio das DCNT (BRASIL, 2010a, 2014b; CAMARANO, 2016).

Segundo dados do GBD, no Brasil em 2017, as DCNT foram responsáveis pela maior parte da carga de doenças entre os idosos brasileiros. Além disso, o estudo também demonstrou que, apesar do aumento significativo da expectativa de vida ao nascer, houve somente um pequeno aumento na expectativa de vida saudável. Indicando que, embora estes indivíduos vivam mais, passam um longo período de suas vidas com incapacidades e doenças (PASSOS *et al*., 2020). Assim, percebe-se que o envelhecimento populacional resulta em novos desafios a serem enfrentados, principalmente, no cuidado à pessoa idosa. Tais desafios vêm sendo discutidos em diversas pesquisas realizadas com populações de idosos, a exemplo,

do Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro (ELSI-Brasil) e do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (LEBRÃO *et al*., 2018; LIMA-COSTA, 2018).

Deste modo, faz-se necessário refletir sobre as necessidades de saúde dos idosos, principalmente, daqueles que possuem comorbidades, a fim de auxiliar na construção de novas perspectivas propiciando à potencialização do cuidado (BRASIL, 2014b; CARVALHO; FIGUEIREDO; SILVA, 2020). Para compreender os aspectos relacionados à saúde dessa população é preciso primeiramente definir e diferenciar dois grandes conceitos, sendo eles: o de senescência e o de senilidade. A senescência caracteriza-se pelo envelhecimento natural do organismo, em que ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018; NETTO, 2013). Já a senilidade refere-se às modificações causadas pelas doenças que acometem os idosos, entre as quais encontram-se as doenças crônicas (NETTO, 2013).

Assim, nos indivíduos acometidos por condições de saúde provenientes do processo de senilidade somam-se os efeitos produzidos pelo envelhecimento fisiológico e as consequências advindas de tais patologias (NETTO, 2013). Neste sentido, a literatura científica corrobora evidenciando que o perfil epidemiológico nesta faixa etária é majoritariamente constituído por idosos com doenças crônicas, sendo mais frequentes o diabetes *mellitus* tipo 2 e a hipertensão arterial (LIN *et al*., 2016; SILVA *et al*., 2018). Consequentemente, são indivíduos que utilizam medicação de uso contínuo, com maior de chance de apresentarem pelo menos uma internação no último ano e, por vezes, dependentes para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), principalmente, entre os idosos mais velhos (BARBOSA *et al*., 2018; COSTA *et al*., 2020; KEINE *et al*., 2019; SILVA *et al*., 2018).

Logo, devido a sua condição físico-funcional estes indivíduos irão necessitar de estratégias de ação diferenciadas como: o acompanhamento continuado, a atenção domiciliar e as intervenções de reabilitação e de prevenção secundária (BRASIL, 2006c). As alterações físicas também repercutem sobre os aspectos psicológicos, os quais envolvem um conjunto de valores, crenças e atitudes que desempenham papel importante no modo com que cada indivíduo vivencia o processo do envelhecer. Modificações decorrentes deste período da vida, podem influenciar a maneira pela qual a pessoa idosa se enxerga no mundo e refletir sobre questões relevantes, principalmente, quanto a autonomia e a independência (BORGES *et al*., 2017; COSTA *et al*., 2020).

Em relação às questões sociais, pontuam-se aquelas associadas às mudanças do papel do idoso em seu cotidiano, incluindo, a crise de identidade e a diminuição do apoio social

(CAMARANO, 2016; COSTA *et al*., 2020; MENDES; MATOS; BARRA, 2019). Além das mudanças na estrutura familiar como, as perdas de familiares e amigos, o despreparo da família nos cuidados e a consequente busca de cuidadores formais (CAMARANO, 2016; COSTA *et al*., 2020; MENDES; MATOS; BARRA, 2019; MENDONÇA *et al*., 2021). No entanto, todas estas particularidades são desconsideradas tanto no modelo de organização social, que enxerga o idoso como um indivíduo incapaz de produzir bens de consumo, quanto ao modelo atual de atenção à saúde, médico hospitalar, centrado na realização de consultas e exames, o qual o define apenas por meio de sua condição física (SOUZA, 2020).

Retoma-se então, a discussão da reorganização do modelo de atenção à saúde à pessoa idosa, que deve ser direcionado em busca da atenção integral (LOUVISON, 2011). A integralidade da atenção pressupõe a organização dos serviços de saúde em redes, com objetivo de garantir a continuidade do cuidado e o acesso oportuno a estes vários pontos de atenção mediante as necessidades, demandas e ofertas existentes. Também, determina a mudança no processo de trabalho, que deve ser pautado nas tecnologias leves considerando a ideia do acolhimento, do estabelecimento do vínculo e da produção de autonomia. Além de, reconhecer a importância da relação que deve existir entre a equipe multiprofissional, a pessoa idosa em sua subjetividade e a comunidade (LOUVISON, 2011; MERHY & FRANCO, 2003). Sob esta perspectiva, a avaliação de saúde da pessoa idosa deve também contemplar instrumentos capazes de captar estes enfoques de maneira a contribuir para a identificação de suas necessidades (BRASIL, 2014b).

Assim, um indicador robusto que pode ser utilizado neste contexto é a autopercepção de saúde. Esta medida consegue apreender a multidimensionalidade do envelhecimento por meio da subjetividade construída pelo indivíduo conforme o seu modo de caminhar pela vida e vivenciar as modificações decorrentes deste processo (JYLHÄ, 2009). Assim, sua implementação na prática clínica pode complementar as avaliações físicas realizadas e auxiliar no direcionamento das estratégias de cuidado a serem empregadas de acordo com a complexidade e o contexto em que cada idoso está inserido (COSTA *et al*., 2020; JYLHÄ, 2009).

2.1.1 Políticas Públicas e o Cuidado com o Idoso

Todos os estudos conduzidos sobre a temática do envelhecimento populacional, ressaltam as dificuldades dirigidas aos serviços de saúde quanto a necessidade de revisão dos modelos de atenção à saúde. E apontam para uma reorganização social, inclusive das políticas

de saúde, de assistência social e da previdência social, a fim de oportunizar a estes indivíduos melhores condições de vida (BRASIL, 2014b; LIMA-COSTA, 2018; LIMA-COSTA *et al.*, 2018; LEBRÃO *et al.*, 2018; LOUVISON, 2011). Nesta perspectiva, o governo brasileiro ao longo dos anos elaborou instrumentos legais, com intuito de legitimar os direitos da pessoa idosa e orientar as ações a serem desenvolvidas nos diversos campos (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 2014b). São alguns destes marcos: a Política Nacional do Idoso, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 1994, 2002, 2003, 2006a, 2011, 2006b).

Particularmente, neste contexto destaca-se a PNSPI, que estabelece como meta a atenção integral à saúde do idoso. Assim, a política propõe novas formas de cuidado pautadas em uma avaliação ampla, que atenda às demandas de todos os idosos de acordo com a estratificação de risco atribuída a estes indivíduos podendo ser classificados como robustos, em risco de vulnerabilidade ou em situação de vulnerabilidade. No caso, dos indivíduos com condições de cronicidade têm-se marcadamente uma vulnerabilidade física, sendo necessário, por exemplo, intervenções direcionadas. Ainda, suas diretrizes apontam para a necessidade de ações voltadas para à promoção do envelhecimento saudável e com qualidade de vida (BRASIL, 2006c, 2014b; OLIVEIRA-FIGUEIREDO *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Contudo, embora as orientações previstas por todas estas normativas sejam baseadas em princípios, como a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1991), ainda; existem lacunas que merecem ser discutidas. A primeira; refere-se a forma como são implementadas as políticas sociais no país direcionadas a este grupo populacional. Observa-se que, embora haja nestes documentos um aprofundamento sobre o envelhecimento e seus significados para o indivíduo, a família e a sociedade, por vezes, o foco das ações destina-se apenas ao campo biológico. O que reduz a compreensão do processo e contribui para a perpetuação das desigualdades sociais e de uma visão negativa do envelhecer (MENDONÇA *et al.*, 2021; MINAYO, 2019).

Assim, estes instrumentos são ferramentas importantes como diretrizes, mas que não garantem por si só a plena efetivação dos direitos sociais inerentes à pessoa idosa (BRASIL, 1986; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Também, outra fissura que merece ser pontuada consiste na diferença entre aquilo que é ofertado nos serviços de saúde e as demandas específicas dessa população, além das múltiplas barreiras de acesso enfrentadas (COSTA *et al.*, 2020; LOUVISON, 2011; MENDONÇA *et al.*, 2021), que ocorrem em

grande parte por efeito ao caráter fortemente assistencialista do modelo de atenção biomédico vigente, em que o foco se concentra nas ações curativas e não aquelas destinadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos (PEREIRA *et al*., 2020).

Infelizmente, esta lógica distancia a pessoa idosa da sociedade e impede a plena efetivação de seus direitos, inclusive daqueles relacionados à saúde (CAMARANO, 2016; MENDES; MATOS; BARRA, 2019; MENDONÇA *et al*., 2021). Nesta acepção, é imprescindível perceber o idoso em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, que são complementares e precisam ser compreendidos em suas inter-relações. Isso porque, em algum momento este indivíduo buscará o serviço de saúde sendo necessário o desenvolvimento de um trabalho voltado para o atendimento de suas especificidades (MENDONÇA *et al*., 2021; NÔLETO *et al*., 2020).

Destarte, compreende-se que algumas condições precisam ser atendidas para proporcionar maior qualidade de vida aos idosos brasileiros, mesmo na presença de comorbidades. São elas: a necessidade de mudanças estruturais na organização da sociedade, no modelo atual de atenção à saúde da pessoa idosa e no modo como são implementadas as políticas sociais no país (BRASIL, 2010a; MENDES, 2018; MENDES; MATOS; BARRA, 2019; MENDONÇA *et al*., 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; SOUZA, 2020).

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT correspondem a um conjunto de patologias caracterizadas por um período prolongado de latência, de longa duração, com intervalos de agudização podendo resultar em incapacidades funcionais (BRASIL, 2013b). As doenças cardiovasculares, o diabetes *mellitus*, as doenças crônicas respiratórias e as neoplasias configuram aquelas de maior impacto na sociedade (MARTINEZ *et al.*, 2020). No Brasil, representam as principais causas de adoecimento e morte correspondendo a cerca de 72% dos óbitos, em que grande parte acomete a população idosa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020c, 2021b). Estas condições de saúde são decorrentes de fatores de risco acumulados durante as fases da vida dos indivíduos (LOUVISON, 2011; MURRAY *et al.*, 2020; OLIVEIRA-FIGUEIREDO *et al*., 2017).

Entre estes fatores estão os contextuais, que englobam a inovação tecnológica, as condições sociais, econômicas, políticas, educacionais e o acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, estes determinam os fatores comportamentais modificáveis, caracterizados pelo uso de tabaco e álcool, inatividade física, alimentação inadequada e o estado nutricional. Além

disso, têm-se os fatores metabólicos modificáveis, sendo eles, obesidade, níveis de colesterol elevados, hiperglicemia, hipertensão e os fatores de risco não modificáveis; idade, sexo, fatores genéticos e raça (MURRAY *et al.*, 2020; OLIVEIRA-FIGUEIREDO *et al*., 2017). Assim, ressalta-se a dinâmica multifatorial das DCNT e sua interdependência com as características individuais e a estrutura social (MURRAY *et al.*, 2020; UNITED STATES, 2017).

Além disso, a multimorbidade representa outra condição frequentemente encontrada na população idosa, devido ao aumento da prevalência das doenças crônicas com o decorrer da idade. Multimorbidade pode ser definida como a ocorrência simultânea de duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo, sendo responsável por desdobramentos importantes que afetam o indivíduo, os profissionais e os sistemas de saúde (SALIVE, 2013; STARFIELD, 2011). Para o indivíduo, o diagnóstico de múltiplas condições de saúde acarreta no aumento do número de medicamentos a serem utilizados, a polifarmácia, sendo este um dos fatores de risco relevantes para desfechos desfavoráveis como, as quedas, considerando a população idosa (GORZONI *et al*., 2013; STARFIELD, 2006).

Ainda, a multimorbidade reflete sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao aumento no número de consultas com especialistas, na taxa de internações hospitalares e nos custos relacionados (GORZONI *et al*., 2013; STARFIELD, 2006). Em 2017, um estudo transversal realizado no país com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, demonstrou a magnitude da multimorbidade. A prevalência observada foi maior entre os idosos independente do gênero, quando comparado aos indivíduos pertencentes às demais faixas etárias. A pesquisa ainda apontou que o diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial e o sobrepeso foram as DCNT mais relatadas (CARVALHO *et al*., 2017).

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são também considerados marcadores de saúde, o que significa que as informações produzidas em torno destas condições pelos serviços de saúde podem auxiliar na avaliação da qualidade do cuidado prestado (LOUVISON, 2011). Em relação a hipertensão arterial sistêmica, esta se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial constituindo um dos principais fatores de risco para eventos cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2014; MALACHIAS *et al*., 2016). É uma doença altamente prevalente em idosos, estimada em 50% e 75% de prevalência nas faixas etárias entre 60 a 69 anos e naquelas acima de 70 anos, respectivamente (BRASIL, 2014b).

Além disso, apresenta uma baixa taxa de controle no Brasil, refletindo a presença de falhas no diagnóstico, no tratamento e sua adesão (BRASIL, 2014; TAVARES *et al*., 2016).

De acordo com dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus), entre o ano de 2019 e 2021, no país, foram contabilizadas 93.061 mil internações por doenças cardiovasculares em idosos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2021b). Já o diabetes *mellitus*, ocorre quando há níveis elevados de glicose no sangue de um indivíduo, o que pode ocorrer devido alguns fatores, como a produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, a incapacidade em produzí-la ou, ainda, a impossibilidade em utilizar o hormônio produzido (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2019).

Entre as categorias de diabetes, encontra-se o tipo 2, sendo o mais prevalente em idosos. Nestes casos, inicialmente, a hiperglicemia é resultante da incapacidade das células do corpo em responderem totalmente a insulina. Sendo que, ao longo do tempo pode haver a produção inadequada do hormônio em razão da falha das células beta pancreáticas em acompanhar a demanda. Estima-se que cerca de 111 milhões de idosos em todo o mundo vivam com esta condição de saúde. Além disso, tem sido considerada a 11ª causa de incapacidade nestes indivíduos, o que implica em maior vulnerabilidade e possíveis complicações, como problemas renais, amputações de membros inferiores, cegueira, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e as síndromes geriátricas (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2019; LOUVISON, 2011).

Assim, é fundamental a redução da morbimortalidade pelas doenças cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, principalmente, na população idosa (LOUVISON, 2011). Logo, uma das prioridades deve ser o estabelecimento de políticas públicas, que preconizam a promoção, o controle dos fatores de risco comportamentais e metabólicos modificáveis e a prevenção de outros agravos. Bem como o fortalecimento das ações assistenciais, curativas e de monitoramento em conformidade com as necessidades dos idosos com DCNT (NCD, 2018; NUGENT *et al*., 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021b). Ao mesmo tempo, deve ser preconizada uma abordagem terapêutica ampla direcionada aos idosos com doenças crônicas (BRASIL, 2013b; MENDES, 2018).

Uma abordagem terapêutica ampla exige do profissional de saúde a compreensão aprofundada do fenômeno, incluindo, as alterações do envelhecimento e sua associação com outras doenças, a polifarmácia, o perfil de uso e acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores. Porém, nem todos os profissionais possuem este conhecimento teórico, visto que, somente uma pequena porcentagem dos cursos da área da saúde inclui a temática da geriatria em suas propostas pedagógicas (MALTA & MERHY, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015; RODRIGUES; TORRES; BARBOSA, 2021). Neste sentido, o

investimento em ações de educação permanente é fundamental para a qualificação da prática profissional (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

2.2.1 Abordagem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Serviços de Saúde

Em relação a abordagem das DCNT nos serviços de saúde, retoma-se a discussão sobre a integralidade do cuidado. Em que estratégias de educação, prevenção de doenças, estabilização do quadro clínico, acompanhamento dos casos e reabilitação de agravos, sejam realizadas com objetivo de garantir a longitudinalidade do cuidado dentro do sistema de saúde. A materialização desta proposta só pode ocorrer por meio das Redes de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (RAS), que foram propostas em 2012, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013a). Estas são definidas como estruturas poliárquicas, em que o foco do cuidado se encontra na atenção integral, sendo norteado pelo ciclo completo de uma condição de saúde, a fim de atender as demandas específicas de cada grupo populacional (MENDES, 2012; MENDES; MATOS; BARRA, 2019; NUGENT *et al*., 2018).

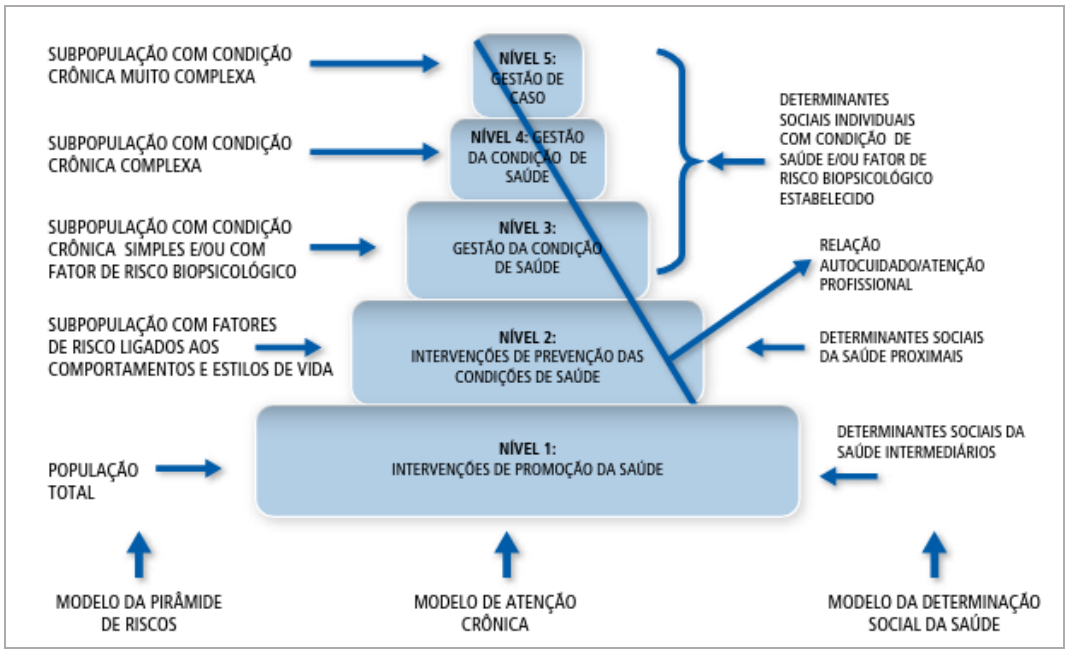
Para a operacionalização das RAS torna-se necessário o estabelecimento das linhas de cuidado (LC) direcionadas às condições específicas de saúde, como as DCNT. As LC são consideradas ferramentas norteadoras do fluxo da assistência do usuário com base em suas necessidades e, portanto, precisam ser construídas pelos próprios serviços de saúde. O fluxo tem início com a entrada do indivíduo em qualquer ponto do sistema em que se opere a assistência como, por exemplo, a atenção básica e domiciliar, as consultas médicas e os serviços de urgência. Tal percurso é definido, posteriormente, de acordo com as demandas do usuário identificadas pelos vários tipos de serviços disponíveis. Para a efetiva implantação das LC é preciso ordenar tanto a organização dos serviços (macropolítica) como o processo de trabalho (micropolítica) (MALTA & MERHY, 2010; MENDES, 2012).

Sob esta perspectiva, a macropolítica perpassa o comprometimento dos gestores em gerir os serviços de saúde, a fim de permitir o acesso, a vigilância, a produção de informações, os recursos, a qualificação dos profissionais e a articulação entre os demais serviços e setores que compõem a sociedade (MALTA & MERHY, 2010). Enquanto que, na micropolítica, isto implica na corresponsabilização do cuidado entre usuário e profissional, na construção de um plano terapêutico compartilhado e, particularmente, para os idosos com DCNT, na compreensão da heterogeneidade das condições de saúde relacionadas à própria

variação de idade que existe neste grupo populacional (BRASIL, 2013b; MALTA & MERHY, 2010; MENDES, 2012, 2018; MENDES; MATOS; BARRA, 2019).

Atrelada a compreensão das LC, como estratégia de gestão capaz de proporcionar novos modos de produzir saúde discute-se também a mudança no modelo de cuidado, que deve ser pautada na integralidade da atenção. Neste sentido, Mendes (2011) construiu para o uso no SUS, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MALTA & MERHY, 2010; MENDES, 2011). Esta estrutura caracteriza-se pela união de três outros modelos já descritos na literatura, sendo estes, o da Pirâmide de Riscos (MPR), o Modelo de Determinação Social da Saúde (DSS) e o Modelo de Atenção Crônica (CCM). O MACC, portanto, é composto por cinco níveis, que apontam a direção da linha de cuidado e suas ações direcionadas as subpopulações estratificadas em conformidade com o risco (MPR), com os tipos de intervenções variando entre as promocionais até a gestão de caso (CCM), com o foco definido pelos diferentes determinantes, intermediários, proximais e individuais (DSS), conforme observado na Figura 1 (MENDES, 2011).

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes (2011).

Neste caso, a linha que perpassa os níveis dois a cinco (intervenções de prevenção até a gestão de caso) corresponde à atenção à saúde. Notar que, a proporção da esquerda da linha é atribuída ao autocuidado apoiado pela APS, enquanto, a proporção da direita refere-se ao cuidado direcionado ao usuário pelos profissionais de saúde. Compreende-se que quanto

maior a complexidade da condição crônica mais importante será o papel do profissional (MENDES, 2011). A utilização deste modelo possibilita a quebra de uma estrutura de atenção fragmentada, maior autonomia ao usuário e ao profissional, com o direcionamento do fluxo e encadeamento das ações realizadas conforme as necessidades dos indivíduos (MALTA & MERHY, 2010; PORTO, 2015).

Além disso, permite a identificação dos usuários, inclusive dos idosos, que possuem demandas similares. A definição das diretrizes clínicas que irão nortear as intervenções e a redução da suboferta do cuidado para indivíduos com DCNT de alto risco e a sobreoferta para aqueles de menor risco (MENDES, 2011, 2012). Sob esta premissa, os protocolos clínicos elaborados devem ser compreendidos como uma estrutura adaptável, sendo objetos de reflexão para que o cuidado seja construído em conformidade à singularidade do sujeito (MALTA & MERHY, 2010). Neste sentido, em 2010, com objetivo de permitir uma abordagem populacional das condições crônicas de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), divulgou a Resolução SES nº 2.602/2010, que instituiu o Programa Hiperdia Minas como uma LC direcionada aos indivíduos com hipertensão, diabetes e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2010, 2021).

Em relação à organização do programa em nível de Atenção Primária à Saúde (APS) esta fundamenta-se, principalmente, pelas atribuições das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na Atenção Secundária à Saúde contempla as estratégias implementadas nos Centros Especializados à estas DCNT. E no nível de Atenção Terciária à Saúde, proporciona o suporte em situações de urgência, emergência e procedimentos de alta complexidade (MINAS GERAIS, 2013, 2021). Além de definir o fluxo da população com doença crônica pela rede assistencial, o programa possui o objetivo de garantir o fornecimento contínuo e gratuito dos medicamentos e insumos utilizados para estas condições de saúde. Ressalta-se ainda que, as informações produzidas nos diferentes níveis de atenção a partir do sistema Hiperdia devem ser utilizadas pelos profissionais na definição das prioridades coletivas e individuais (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Com base nesta dinâmica, destaca-se o papel coordenador da APS, na identificação do perfil de risco dos indivíduos e no seu direcionamento dentro do fluxo de redes (BRASIL, 2015). Particularmente, para o idoso hipertenso e/ou diabético é essencial acessar a APS, sentir-se acolhido e estar vinculado a uma equipe multiprofissional de saúde, que possui conhecimento sobre sua realidade individual e comunitária. A fim de que, possam ser motivados a participarem das ações de promoção da saúde, prevenção de outros agravos e de acompanhamento, a exemplo, dos grupos de educação em saúde e monitoramento de

diabéticos e hipertensos ofertados (KESSLER *et al.*, 2021; MENDES; MATOS; BARRA, 2019).

Dados do MS corroboram com isso, demonstrando que cerca de 60 a 80% destes casos podem ser tratados na APS apenas com estas medidas (BRASIL, 2001, 2015; KESSLER *et al.*, 2021; MALTA & MERHY, 2010; MENDES; MATOS; BARRA, 2019). Além disso, os profissionais precisam abrir espaço para discutirem a terapêutica e sua adesão junto aos indivíduos, a família, cuidadores e a equipe multiprofissional (MALTA & MERHY, 2010; MENDES; MATOS; BARRA, 2019). Este processo de diálogo está intimamente atrelado às ações de autocuidado apoiado que devem ocorrer, principalmente, em relação a automonitorização e ao uso de medicamentos considerando que o tratamento é essencial no controle da hipertensão e do diabetes (BRASIL, 2015; COSTA *et al*., 2021; MALTA & MERHY, 2010; MENDES; MATOS; BARRA, 2019).

Assim, uma avaliação clínica pela equipe precisa contemplar os aspectos físicos, psicológicos, funcionais e sociais para garantir que estes indivíduos sejam capazes de se autogerirem (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2019). Isso porque, a associação destas duas condições de saúde em um único idoso relaciona-se a detecção de sinais de comprometimento cognitivo, declínio nas atividades básicas (ABVD) e instrumentais da vida diária (AIVD), fragilidade e tratamentos medicamentosos complexos repercutindo negativamente sobre a habilidade de autogestão (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2019; MOTA *et al*., 2020). Deste modo, torna-se necessário uma comunicação alinhada entre a equipe de saúde para a realização de ajustes que atendam às necessidades destes idosos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2019).

Ademais, a equipe de saúde desempenha papel chave em relação a compreensão do idoso sobre sua condição crônica e comprometimento com o plano terapêutico. Portanto, quanto mais estreita a relação profissional-usuário maior a chance deste indivíduo adotar hábitos saudáveis, assim como alcançar níveis satisfatórios dos parâmetros bioquímicos. Por sua vez, todas estas condutas também refletem na melhoria do controle dos fatores de risco frente a outras complicações, na redução das hospitalizações e da mortalidade prematura, além de gerar impactos sobre a qualidade de vida (COSTA *et al*., 2021; MALTA & MERHY, 2010).

Embora o sistema público de saúde brasileiro apresente alguns pontos de entrave, muitas foram as conquistas quanto a construção das RAS e LC apontadas. As mesmas permitiram avanços em relação às ações coordenadas e direcionadas ao cuidado dos grupos populacionais. A atuação sobre grupos específicos resulta em ações mais efetivas, sendo uma

estratégia útil na abordagem das DCNT. Isso não significa que o foco das intervenções seja voltado apenas para estes casos, ao contrário, implica que ao garantir sua adequação às demandas destes indivíduos se garanta que cada indivíduo que procure o sistema consiga acessá-lo (BRASIL, 2010b, 2011b; MALTA & MERHY, 2010). Ademais, percebe-se que os sistemas de saúde orientados por uma APS à semelhança do brasileiro materializam-se como uma resposta social às necessidades de saúde dos grupos populacionais (GIOVANELLA *et al.*, 2020a; MENDES; MATOS; BARRA, 2019).

Isto pode ser observado ao analisar dados de um estudo transversal realizado em 2020 no país, com dados da PNS de 2013 e 2019. A pesquisa apontou que, a ESF permanece como o principal modelo de APS no SUS e apresentou ao longo do tempo resultados promissores em direção a concretização da equidade devido, sobretudo, à grande capilaridade da estratégia (GIOVANELLA *et al.*, 2020a). Adicionalmente, segundo dados do MS, o número de equipes de saúde da família passou de 24.173 em 2007 para 43.775 em 2019. Além disso, em 2019, o número de idosos cadastrados na ESF correspondia aproximadamente a 18 milhões (BRASIL, 2021c). Outros estudos também vêm demonstrando que, a expansão da cobertura de ESF têm melhorado significativamente os indicadores de saúde dos idosos (BRASIL & COSTA, 2016; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; KESSLER *et al*., 2018; RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Entre eles, encontram-se a redução na taxa de mortalidade, de hospitalizações por condições sensíveis a este nível de atenção, assim como à melhoria daqueles relacionados à qualidade da assistência, do acesso e uso dos serviços de saúde (BRASIL & COSTA, 2016; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; KESSLER *et al*., 2018; RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019). Consequentemente, este panorama reflete positivamente sobre a universalização do acesso aos serviços de saúde (KESSLER *et al.*, 2021). No entanto, o êxito da APS em direção à saúde da população brasileira encontra-se atualmente ameaçado diante da direcionalidade da política nacional. Diversas ações estão sendo implementadas com objetivo de promover intensas rupturas ao incentivo do modelo adotado. Estas intervenções, ignoram os avanços apontados pela literatura sobre esta forma de organização dos serviços e abre espaço para a incorporação de valores que não são os pilares do SUS (AQUINO *et al.*, 2020; DALL'ALBA *et al.*, 2021; MARTUFÍ *et al.*, 2020; MEDINA *et al*., 2020).

Dessa forma, percebe-se a urgência em se fortalecer o modelo de APS brasileiro, o qual com a potencialidade da ESF é componente essencial na rede assistencial de cuidados para os idosos com DCNT, principalmente no momento atual, considerando a crise sanitária decorrente da pandemia do novo coronavírus. Neste sentido, a APS tem contribuído tanto no

suporte das ações de enfrentamento, a exemplo, da busca ativa dos casos de Covid-19 e de seu manejo precoce, como na coordenação da campanha de vacinação, sob os pontos de megadriveres, postos volantes e salas de vacina. Além disso, vêm retomando a oferta regular dos serviços, inclusive, aqueles referentes ao tratamento e acompanhamento dos idosos hipertensos e diabéticos, a fim de proporcionar maior proteção a estes indivíduos durante a pandemia (GIOVANELLA *et al.*, 2020a; MARTUFÍ *et al.*, 2020).

2.3 A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Com a crise de saúde global em curso, provocada pela disseminação do novo coronavírus, os desafios continuam a ser impostos, principalmente, para os grupos populacionais mais vulneráveis e para os sistemas de saúde em relação à sua capacidade de enfrentamento. Neste sentido, retoma-se que o primeiro caso confirmado de infecção foi relatado em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A partir disso, o vírus se espalhou rapidamente por todos os continentes, sendo declarada pela OMS, em março de 2020, como uma pandemia (CRODA *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). De acordo com dados atualizados, até dezembro de 2021, já são 265.194.191 casos confirmados e 5.254.116 óbitos em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a).

Desde então, medidas de saúde pública não farmacológicas para reduzir a propagação do vírus foram adotadas por todos os países, sendo elas: o uso de máscaras, a lavagem das mãos e o distanciamento social, incluindo, o isolamento de casos, a quarentena dos contatos, o fechamento de instalações, a restrição de reuniões em grupo e a contenção comunitária (em inglês *lockdown*). Haja vista que, o desenvolvimento, a produção e a compra de vacinas assim como a estruturação da campanha de vacinação ocorreram a *posteriori* (EUROSURVEILLANCE TEAM, 2020; WONG *et al.*, 2020). Neste sentido, os serviços de saúde também se organizaram para atender os indivíduos infectados pelo Sars-CoV-2 (AQUINO *et al.*, 2020; EUROSURVEILLANCE TEAM, 2020; MAHASE, 2020). Embora, no início da pandemia, os recursos de saúde tenham se esgotado devido à alta transmissibilidade da doença e o elevado número de casos provocando o aumento da taxa de mortalidade (AQUINO *et al.*, 2020; MAHASE, 2020).

Destaca-se que, os resultados das estratégias que foram e continuam a ser implementadas para conter as sucessivas ondas da pandemia estão diretamente atrelados aos aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, operacionais e de saúde característicos de cada país. No Brasil, este cenário tem alcançado contornos dramáticos ao se considerar a

intensificação das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde, as mudanças ministeriais, a recomendação de medicamentos ineficazes ou de eficácia não comprovada e a posição contrária das autoridades brasileiras às medidas de proteção individual e coletiva à propagação do vírus implementadas nos estados e municípios (AQUINO *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020b; LANCET, 2020).

Além disso, soma-se a falta de coordenação do governo federal nas ações de contenção da pandemia. Entre as quais encontram-se aquelas relacionadas ao distanciamento social, a vigilância epidemiológica, a aquisição de vacinas e a organização da campanha de vacinação (AQUINO *et al.*, 2020; BAUTISTA-MOLANO; GARROT; TORO, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020b; LANCET, 2020). Diante desta dinâmica observa-se então que, no país, o número de infecções e óbitos continuam a crescer. Até o início de fevereiro de 2022, foram contabilizados 26.484.546 casos e 632.095 mortes (REDE COVIDA, 2021). Admite-se que estes números sejam mais alarmantes devido à capacidade limitada de testagem e as subnotificações (AQUINO *et al.*, 2020).

Portanto, tendo em vista o aumento da intensidade da pandemia é preciso que o cenário seja examinado com cautela. No que tange às decisões quanto a flexibilização das medidas de contenção a serem adotadas, elas devem ser baseadas em evidências científicas confiáveis e na avaliação de indicadores epidemiológicos, como proposto pelo *Imperial College of Science and Technology* de Londres e a Comissão Europeia (AQUINO *et al*., 2020; EUROPEAN COMISSION, 2020; GIOVANELLA *et al*., 2020b; NOUVELLET *et al*., 2021). Também devem ser avaliadas questões sobre a transmissibilidade do vírus de acordo com o panorama internacional e nacional, o andamento da vacinação em cada região do país, assim como a distribuição e o acesso aos serviços de saúde (AQUINO *et al.*, 2020).

Outro ponto importante a ser destacado diz respeito à identificação dos grupos populacionais que possuem maior risco de adoecimento e morte pela Covid-19, a fim de possibilitar o direcionamento das ações de cuidado e proteção para aqueles que mais necessitam (EUROSURVEILLANCE TEAM, 2020). Sob esta perspectiva, a doença causada pelo novo coronavírus já foi apontada como uma emergência geriátrica. Isso porque, embora a infecção possa acometer qualquer pessoa, diversos estudos têm observado uma maior gravidade em indivíduos mais velhos e naqueles que possuem doenças crônicas preexistentes (ESPINOZA *et al*., 2021; LIMA-COSTA, 2020; SHAHID *et al.*, 2020; ZHOU *et al.*, 2020). No mundo, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde grande parte dos óbitos causados pela doença são de idosos, com maior expressão na faixa etária de 70 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021a).

O Brasil vem acompanhando esta mesma tendência: estima-se que 63% das mortes notificadas por Covid-19 até o primeiro semestre de 2021; ocorreram em indivíduos mais velhos que apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo as mais frequentes as cardiopatias e o diabetes *mellitus* (BRASIL, 2021d). A maior vulnerabilidade da pessoa idosa frente ao novo coronavírus está relacionada a diversos fatores. O primeiro deles consiste nas modificações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas derivadas do envelhecimento, que dificultam a resposta do sistema imune no combate à infecção aumentando a susceptibilidade em desenvolver quadros graves (BOLINA *et al*., 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021b).

Um outro aspecto, diz respeito ao processo de senilidade e a alta prevalência das DCNT nestes indivíduos. Além dos possíveis obstáculos enfrentados desde o início da pandemia em relação à continuidade do tratamento para estas condições de saúde (ARMITAGE & NELLUMS, 2020). Segundo a literatura científica, a prevalência de desfecho grave na infecção pelo Sars-CoV-2 em idosos diabéticos foi de 13%, enquanto que, nos hipertensos esteve próxima a 24% (LI *et al*., 2020). Assim, maiores taxas de hospitalizações e um pior prognóstico em idosos com doenças crônicas também têm sido relatados (SHAHID *et al.*, 2020; ZHOU *et al.*, 2020). Dessa forma, a fim de minimizar a propagação do vírus em grupos de alto risco, estes indivíduos foram fortemente aconselhados a permanecerem em casa (ARMITAGE & NELLUMS, 2020; KESSLER *et al*., 2020).

Nesta direção, um estudo realizado pela iniciativa ELSI-Brasil em 2020 demonstrou que os idosos vêm seguindo esta orientação. De acordo com os dados, observou-se que estes indivíduos, em comparação aos adultos, foram menos propensos a deixarem suas casas na última semana, considerando o período de maio a junho de 2020, em que foi realizada a pesquisa (MACINKO *et al*., 2020a). Adicionalmente, embora o distanciamento social ou isolamento social prolongado seja uma medida necessária, não se pode deixar de considerar seus impactos na vida da pessoa idosa. Um estudo de coorte, realizado a partir de informações de idosos com multimorbidade na atenção primária de Hong Kong, apontou implicações negativas na saúde psicossocial destes indivíduos após o início da pandemia quando comparado ao período anterior (WONG *et al.*, 2020).

Outras investigações também concluíram ser a população idosa uma das mais afetadas fisicamente e emocionalmente pelas mudanças provocadas pela Covid-19. Os autores relatam que, a desconexão social causada devido ao afastamento de pessoas próximas ou até de membros da família, pode aumentar a chance do aparecimento de outras condições de saúde, como doenças cardiovasculares, autoimunes e problemas de saúde mental (ARMITAGE &

NELLUMS, 2020; KESSLER *et al*., 2020; TYRREL & WILLIAMS, 2020). Estes efeitos podem ainda ser somados aos de fatores relacionados à dinâmica da pandemia, envolvendo o medo de contaminação, o estresse, a perda de familiares, a falta de suporte social, a adoção de um estilo de vida mais sedentário, a perda de massa muscular, o risco de quedas e a alteração da percepção de saúde (AQUINO *et al.*, 2020; LUKAS & THERESA, 2020; O'SULLIVAN *et al.*, 2021; WILLIAMS *et al*., 2020).

Todos estes aspectos e seus impactos precisam ser amplamente investigados, principalmente, nos idosos com DCNT, considerando que a disseminação do vírus e o surgimento de novas variantes de atenção ainda ameaçam a saúde das populações, mesmo após o desenvolvimento das vacinas e a implementação das medidas de saúde pública. Além disso, a situação se intensifica pela dificuldade dos sistemas de saúde em manter a oferta regular dos serviços direcionados ao monitoramento das doenças crônicas, como as consultas médicas, a aquisição e distribuição de medicamentos e os grupos de educação em saúde. Sob esta perspectiva, uma das consequências para estes indivíduos é o agravamento dos casos e, eventualmente, o aumento do número de óbitos por efeito indireto da pandemia (ARMITAGE & NELLUMS, 2020; BRASIL, 2021d; CASTRO *et al*., 2021; OLIVEIRA, 2021).

Em vista disso, muitas questões emergem sobre a reorganização do cuidado à pessoa idosa com DCNT. Esta nova estrutura precisa ser organizada de forma a impedir um declínio no estado de saúde destes indivíduos, inclusive daqueles que se infectaram com o vírus e foram hospitalizados. Visto que, nesta situação, parte dos idosos com múltiplas condições de saúde precisam de internação e após a alta hospitalar desenvolvem sintomas de longo prazo, como dor generalizada, fadiga, depressão e distúrbios do sono, sendo necessárias ações de reabilitação (CAMARANO, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021a, 2021b). Neste âmbito, para atender as necessidades atuais e futuras deste grupo populacional, os entes federativos articulados aos demais setores da sociedade precisam pactuar ações que perpassem as questões sanitárias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2021).

Na prática, dentro da macropolítica isto representa a construção de uma política de cuidados prolongados, de inclusão digital, de saúde mental e de renda básica, o financiamento da saúde, a implementação do prontuário único eletrônico, a ampliação dos serviços de telessaúde e o fortalecimento das redes de cuidado integral à população idosa. Em especial, ressalta-se a APS, a fim de potencializar sua capacidade de resposta e impedir uma sobrecarga do sistema. Este nível de atenção deve ser a principal ferramenta no gerenciamento das DCNT em tempos de pandemia devido a abordagem comunitária e domiciliar (ASSOCIAÇÃO

BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2021; BOLINA *et al*., 2021; CAMARANO, 2021; FARIAS *et al*., 2020; KONTOANGELOS; ECONOMOU; PAPAGEORGIOU, 2020; OLIVEIRA, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021a; SOARES *et al*., 2021).

Além disso, a reorganização dos serviços precisa acontecer alinhada ao perfil destes indivíduos, o qual é marcado por uma diminuição da independência e, consequentemente, pelo aumento da demanda em saúde. Isso porque estes idosos ao apresentarem múltiplas condições crônicas de saúde já exigem cuidados complexos, os quais podem ainda ser somados a outras necessidades decorrentes do período pandêmico, como as síndromes geriátricas, a diminuição da capacidade funcional, os problemas de saúde mental e as sequelas da Covid-19, para aqueles que se infectaram (SOARES *et al*., 2021). Sendo assim, o processo de organização precisa se estender, prioritariamente, em duas direções, para a redefinição das formas de atendimento e a reorganização dos fluxos (OLIVEIRA, 2021; SOARES *et al*., 2021).

Em termos de processo de trabalho significa que a equipe multiprofissional de saúde deve oportunizar o acesso ao serviço e estreitar o vínculo com o indivíduo, as famílias e/ou cuidadores. Sob esta perspectiva, a condução do plano de cuidados deve seguir pelo caminho de uma prática qualificada, de forma que os profissionais conheçam a realidade atual destes idosos quanto ao tratamento das DCNT e a magnitude do impacto da pandemia em suas vidas (DAZA *et al*., 2021; RODRIGUES; TORRES; BARBOSA, 2021; SARTI *et al*., 2020). Isso implica na investigação dos aspectos financeiros, familiares, sociais, psicológicos e de saúde, principalmente, no que se refere a agudização e desenvolvimento de outras DCNT (SARTI *et al*., 2020).

Além disso, estes indivíduos devem ser orientados acerca das ações de autocuidado fundamentais para a continuidade dos cuidados, com intuito de reduzir o risco de descompensação da glicemia e dos níveis pressóricos, possíveis efeitos adversos das medicações e as internações hospitalares (SOARES *et al*., 2021). Os profissionais de saúde, precisam também prestar informações acessíveis aos idosos e as famílias e/ou cuidadores sobre as medidas de prevenção e proteção contra a Covid-19 e suas manifestações clínicas. Precisam também instruí-los como devem proceder em casos de infecção, incluindo, orientações a respeito da realização do monitoramento dos sintomas e de quando torna-se necessário buscar atendimento médico (DAZA *et al*., 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021b).

Dentro disso, a partir da compreensão de que os familiares representam o apoio mais próximo a este idoso, poderá ser proposto ainda o envolvimento destes no processo de cuidado. Assim, estes indivíduos podem se sentir amparados e seguros, inclusive na autogestão de suas condições de saúde impactando positivamente sobre sua qualidade de vida (DAZA *et al*., 2021; ROSSI *et al*., 2021). A equipe de saúde precisa também considerar outros casos, como por exemplo, daqueles idosos com doenças crônicas que residem sozinhos. Em que, a execução das tarefas relacionadas ao autocuidado pode ter se tornado mais complexa durante este período pandêmico, sendo imprescindível a criação de estratégias de suporte para auxiliar estes indivíduos (ESPINOZA *et al*., 2021; ROSSI *et al*., 2021).

No que diz respeito, à dimensão técnico-organizacional dos serviços as ações recomendadas incluem a redefinição dos fluxos, a elaboração de protocolos, matrizes de gerenciamento e planos de ações. Assim como, a organização das agendas pela equipe de saúde de acordo com a estratificação de risco de cada idoso com DCNT, de modo a orientar o processo de tomada de decisão conforme as necessidades do indivíduo. Assim, idosos com condições crônicas e menores riscos serão orientados pelos profissionais, prioritariamente, sobre as ações de autocuidado apoiado e da APS. Enquanto, aqueles que possuem maior risco precisarão de ações especializadas e de um maior volume de procedimentos, devendo também ser garantida sua contrarreferência para APS (BARRA *et al*., 2020; SOARES *et al*., 2021).

Outro aspecto está relacionado a capacitação dos profissionais de saúde que deve ocorrer, principalmente, em direção às ações de autocuidado apoiado (BARRA *et al*., 2020; SOARES *et al*., 2021). Ainda, pontua-se a importância da ampliação quanto ao uso das tecnologias no acompanhamento dos idosos com comorbidades por meio de ligações telefônicas, mensagens eletrônicas e videochamadas. Atendimentos *online* em grupo também podem ser realizados, de forma a viabilizar a troca de experiências entre os usuários durante este período de distanciamento social. No entanto, é preciso considerar as diferenças existentes quanto ao acesso e a alfabetização dos idosos sobre os recursos digitais (ARMITAGE & NELLUMS, 2020; BARRA *et al*., 2020; RODRIGUES; TORRES; BARBOSA, 2021; SARTI *et al*., 2020; SOARES *et al*., 2021).

Por outro lado, em alguns casos para o tratamento das DCNT são necessários encontros presenciais na unidade de saúde, sendo de responsabilidade dos serviços a garantia de todas as condições para uma visita segura (MACINKO *et al*., 2020b). Além disso, devem ser priorizadas pelos estabelecimentos de saúde o desenvolvimento de indicadores, o fornecimento de medicamentos, o fortalecimento das estratégias de vacinação, a ampliação da capacidade de testagem, da busca ativa de casos e do isolamento dos contatos

(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021a). Diante do exposto, um aspecto essencial emerge sobre o cuidado da pessoa idosa com doenças crônicas em tempos de pandemia, a direcionalidade para o indivíduo e suas necessidades (DAZA *et al*., 2021). Haja vista que, dentro deste mesmo grupo podem existir idosos com diferentes demandas vivendo nos mais diversos contextos (OLIVEIRA *et al*., 2020).

2.4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A autopercepção de saúde refere-se à avaliação realizada pelo próprio indivíduo sobre sua saúde ou em comparação ao estado de saúde de seus pares de idade, e pode ser classificada em uma escala de quatro a cinco categorias ordinais. As perguntas e suas respectivas respostas variam de acordo com o contexto cultural dos países (JYLHÄ, 2009). Por exemplo, segundo a versão utilizada nos Estados Unidos da América (EUA) as categorias de resposta variam desde “excelente” a “ruim”. Já na Europa é adotada a escala recomendada pela OMS, que vai de “muito bom” até “muito ruim” (JUERGES; AVENDANO; MACKNBACH, 2008). No Brasil, a pesquisa Vigitel utiliza a segunda versão e a variável é definida através da pergunta: “*O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como?*”, sendo as seguintes opções de resposta dadas ao respondente: “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim” (BRASIL, 2020a, 2021b).

Esta medida é indicada para avaliar as condições de saúde dos grupos populacionais, sendo validada no país como um indicador de saúde geral do idoso (BAMIA *et al.*, 2017; LIMA-COSTA *et al*., 2012b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Além disso, possui aplicação na prática clínica, em pesquisas sociológicas e epidemiológicas, como os inquéritos populacionais (BAMIA *et al.*, 2017; JYLHÄ, 2009). A autopercepção de saúde ao ser inserida nas pesquisas de saúde apresenta uma vantagem, pois consegue captar uma grande quantidade de informações, o que não seria possível mesmo introduzindo uma variedade de indicadores normalmente utilizados (JYLHÄ, 2009). Neste sentido, de acordo com a literatura uma pior autopercepção está associada a um maior declínio funcional, a alta prevalência de morbidade, maiores taxas de mortalidade e um aumento no uso dos serviços de saúde (BAMIA *et al.*, 2017; HUISMAN & DEEG, 2010; JYLHÄ, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Os estudos, ao relatarem a associação desta variável com a mortalidade, destacam que a força da predição estatística parece ser maior quando a causa da morte é uma condição de

saúde já conhecida pelo indivíduo como as doenças crônicas. Visto que, neste caso seriam considerados no momento da avaliação a gravidade, as consequências e o prognóstico esperado destas doenças. Assim, quanto mais precisa são as informações do entrevistado sobre seu estado físico, melhor o valor prognóstico (JYLHÄ, 2009). Uma metanálise realizada com dados de oito estudos de coorte prospectivos do *Consortium on Health and Aging: Network of Cohortes in Europe and the Estados Unidos* (Chances) procurou investigar esta associação (BAMIA *et al.*, 2017).

A pesquisa concluiu que a autopercepção de saúde é uma ferramenta importante para identificar na comunidade idosos vulneráveis, sendo fortemente indicada na prática clínica. Neste caso, uma autopercepção classificada por estes indivíduos como regular ou ruim em relação a uma boa, muito boa ou excelente esteve associada a maior chance de mortalidade precoce por todas as causas (BAMIA *et al.*, 2017). Um estudo conduzido em uma coorte de idosos residentes em Bambuí - MG, também verificou a utilidade da medida na identificação deste perfil de idosos mais vulneráveis em comparação às medidas objetivas de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2012a). Ademais, um aspecto abordado por ambos os estudos foi a correlação existente entre a autopercepção do estado de saúde e a avaliação objetiva da saúde, medida aferida diretamente na prática por meio de escalas específicas de saúde (BAMIA *et al.*, 2017; LIMA-COSTA *et al.*, 2012a).

Neste sentido, as pesquisas têm demonstrado que a autopercepção de saúde em indivíduos com DCNT é capaz de abranger aspectos objetivos da saúde, entre eles os clínicos, cognitivos e funcionais (BOND *et al*., 2006; WU *et al*., 2013). Na mesma direção, dados de um estudo observacional prospectivo multicêntrico, conduzido com diabéticos, apontaram que a autopercepção de saúde regular ou ruim esteve associada ao declínio do estado clínico independente dos fatores demográficos e socioeconômicos (MCEWEN *et al*., 2009). Embora, somente ambas as medidas, avaliação objetiva e autopercepção de saúde, possam captar todas as dimensões que perpassam o conceito de saúde. O uso da autopercepção é capaz de acrescentar elementos, que auxiliam na compreensão de como os indivíduos se sentem quanto a própria saúde e as experiências vivenciadas condicionadas a ela (HUISMAN & DEEG, 2010; JYLHÄ, 2009).

Deste modo, torna-se necessário compreender as particularidades que perpassam a autopercepção de saúde para que seja explorada e interpretada corretamente nas pesquisas científicas. Sendo assim, Jylhä (2009), com intuito de explicar os diversos fatores envolvidos na resposta à questão da autopercepção de saúde propôs um modelo que reunisse tanto a perspectiva cognitiva como a epidemiológica. A autora destacou a importância em se

considerar que a autopercepção de saúde advém de um processo de cognição ativo e, por isso, possui uma natureza dinâmica (JYLHÄ, 2009). Partindo desta perspectiva, aponta-se que a autopercepção de saúde é resultante de vários processos psicológicos, que envolvem a codificação, a avaliação e a recuperação de informações (HUISMAN & DEEG, 2010).

Estes processos por sua vez são construídos continuamente ao longo da vida, haja vista que os indivíduos ajustam e atualizam suas concepções de saúde no instante em que direcionam a atenção para informações que julgam relevantes. Consequentemente, podem ser modificados em decorrência aos aspectos objetivos, subjetivos e contextuais que afetam direta ou indiretamente o indivíduo respondente, sendo resultante desta dinâmica a resposta dada ao item da autopercepção de saúde (HUISMAN & DEEG, 2010). No que diz respeito ao modelo propriamente dito, inicialmente estão contemplados os fatores relacionados à saúde, incluindo o próprio conceito do termo construído por cada indivíduo. Destaca-se que, como não existe uma definição universal estabelecida para o que é saúde, a compreensão é histórica, culturalmente variável e moldada pelas características individuais e sociais (JYLHÄ, 2009).

No primeiro nível encontram-se os aspectos objetivos da vida, representados pelo estado funcional, diagnóstico médico, sinais e sintomas de doenças experimentados, medicamentos prescritos, comportamentos em relação à saúde e fatores genéticos. Também fazem parte, as emoções, os sentimentos e sensações corporais, como dor crônica, fadiga e desânimo – considerados elementos subjetivos. Acrescido a isto, em segundo lugar, estão os aspectos contextuais que compreendem as experiências anteriores e atuais relacionadas à saúde determinadas, principalmente, pelos fatores culturais do ambiente em que os indivíduos estão inseridos (JYLHÄ, 2009). Assim, com base nesta estrutura os indivíduos de forma consciente ou inconsciente determinam quais componentes (objetivos, subjetivos e contextuais) melhor expressam sua saúde (JYLHÄ, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Contudo, a variável também possui limitações que merecem ser pontuadas. A primeira consiste na variação das escalas em que é descrita, o que impede a obtenção de gradientes e a comparação direta entre as frequências de condições opostas devido às divergências na formulação das categorias de resposta. Por esta razão, comparações entre estas medidas de saúde nas populações dos diversos países podem acarretar a observação de variações espúrias nos grupos populacionais avaliados. Além disso, a versão da questão sobre autopercepção de saúde recomendada pela OMS, a qual é utilizada pela maioria dos inquéritos populacionais brasileiros, tende a apresentar uma distribuição distorcida apresentando maior poder de discriminação na extremidade negativa (JUERGES; AVENDANO; MACKNBACH, 2008; SOUSA *et al*., 2020).

Assim, discussões futuras merecem investigar sobre a necessidade de uma reavaliação na formulação deste indicador de saúde, a fim de fornecer mais subsídios para nortear a realização de comparações entre as diferentes populações. Já quanto à comparação nos estudos das associações entre as covariáveis com a autopercepção de saúde não foi estabelecida nenhuma restrição na literatura (JUERGES; AVENDANO; MACKNBACH, 2008). Por fim, pontua-se a discussão sobre a transformação da autopercepção de saúde em uma variável dicotômica. Muitos autores apontam que ao inserir a categoria intermediária entre um dos pólos, o que ocorre quando há mais de 2 categorias, têm-se o risco de subestimar a associação entre desfecho e as demais covariáveis. Apesar disto, a maioria das investigações têm prosseguido suas análises estatísticas utilizando a categorização dicotômica (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; CARNEIRO *et al*., 2020; CONFORTIN *et al*., 2015; SOUSA *et al*., 2020).

Em relação a resposta à autopercepção de saúde, determinados grupos populacionais possuem maior probabilidade de autoavaliarem negativamente sua saúde. São eles: mulheres (CONFORTIN *et al.*, 2015; MORCILLO CEBOLLA, 2017; SOUSA *et al.*, 2020), idosos (MORCILLO CEBOLLA, 2017), indivíduos que se autodeclaram não brancos (BARATA *et al*., 2007; SOUSA *et al.*, 2020), com baixa escolaridade (CONFORTIN *et al.*, 2015; KHALAILA, 2017; MASSA & CHIAVEGATTO FILHO, 2021; SOUSA *et al*., 2020; VINCENS; EMMELIN; STAFSTRÖM, 2018), pertencentes a classes sociais menos privilegiadas e de baixa renda (KONG *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2020), assim como indivíduos que apresentam comportamentos de risco relacionados à saúde (KHALAILA, 2017; KONG *et al.*, 2017). Para os idosos em relação às demais faixas etárias este processo torna-se ainda mais complexo, pois seus julgamentos são baseados na saúde anterior, expectativas futuras ou em comparação aos seus pares de idade (JYLHÄ, 2009).

Dentro deste contexto, estudos têm demonstrado que o rebaixamento na autopercepção de saúde pode ocorrer devido a perdas objetivas ou inesperadas no estado de saúde durante o decorrer do processo de envelhecimento (SANTOS-LOZADA & MARTINEZ, 2018; TSENG *et al.*, 2020). Neste sentido, foi realizado um estudo transversal em 2020, na Finlândia, com dados de uma pesquisa de base populacional, o Vitality 90+. Objetivou, entre outras questões, analisar as relações diretas e indiretas entre os fatores relacionados à saúde e sua autopercepção para idosos longevos. A pesquisa apontou que, para estes indivíduos, mais importante do que possuir uma doença, são as consequências que podem ser ocasionadas, como tontura, fadiga e problemas físicos (LISKO; TÖRMÄKANGAS; JYLHÄ, 2020).

Além disso, estudos apontam que a vivência de situações adversas é um dos fatores que podem afetar negativamente autopercepção de saúde da pessoa idosa (RIBEIRO *et al.*, 2018). Atualmente, devido a pandemia de Covid-19, as populações dos diversos países e, em especial, os idosos, têm experimentado diversas perdas, situações novas e inesperadas, que exigem adaptação e podem acarretar mudanças repentinas em sua saúde, inclusive, quanto a percepção sobre a mesma (ESPINOZA *et al.*, 2020; WILLIAMS *et al.*, 2020). Esta dinâmica, ocorre paralelamente ao aumento da dependência e das comorbidades, sendo os idosos com doenças crônicas considerados como um grupo ainda mais vulnerável (ESPINOZA *et al.*, 2020).

Sob esta perspectiva, as medidas de bloqueio impostas pela pandemia impactaram drasticamente o acompanhamento destas condições de saúde, os hábitos de vida, o comportamento social e a estrutura das redes de apoio destes indivíduos (ESPINOZA *et al.*, 2020; MARTINEZ-FERRAN *et al.*, 2020; ONO; KASHIMA; ASAKAWA, 2021). Particularmente, o distanciamento social tem se materializado no declínio da saúde física e no agravamento das doenças crônicas. Além disso, é relatada uma maior probabilidade de ocorrência ou piora da ansiedade, irritabilidade, tristeza, insônia, depressão, estresse e solidão experimentados (ARMITAGE & NELLUMS, 2020; ESPINOZA *et al.*, 2020; GONZÁLEZ-SANGUINO *et al.*, 2020; HUARCAYA-VICTORIA, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020d).

O conhecimento por estes indivíduos de integrarem um grupo de risco também pode levar a uma percepção negativa da situação aumentando a sensação de vulnerabilidade e medo (KONTOANGELOS; ECONOMOU; PAPAGEORGIOU, 2020). De acordo com a literatura científica, as restrições de mobilidade impostas vêm sendo associadas a um maior risco de fragilidade, problemas de saúde mental e mortalidade prematura (DAVIES *et al.*, 2020). Ainda, a presença da tríade, doença física, isolamento social e solidão já são fatores de risco reconhecidos para uma maior chance de suicídio em idosos, principalmente, em períodos de surtos, tal como foi no ano de 2003, na epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em Hong Kong (CHEUNG; MERRY; SUNDRAM, 2015; YIP *et al.*, 2010). Considerando a responsabilidade do Estado pela saúde das populações, alguns países vêm buscando alternativas de modo a intervir sobre este cenário (ESPINOZA *et al.*, 2020).

Cuba, por exemplo, implementou um programa nacional, o COVID-19, direcionado aos idosos com objetivo de oferecer apoio social e comunitário (DOMÍNGUEZ, 2020). A Argentina também desenvolveu com este enfoque, uma rede destinada ao atendimento e monitoramento dos adultos e idosos mais vulneráveis. Nesta, as ações prioritárias foram o

acompanhamento telefônico e digital, a atenção domiciliar e os espaços de atendimento para isolamento preventivo. Além disso, esta iniciativa está em consonância a recomendação da OMS em utilizar os recursos tecnológicos, a fim de proporcionar maior interação com os idosos (ESPINOZA *et al*., 2020). Na China, esta orientação foi instituída por meio de um programa de terapia cognitivo-comportamental *online*. O qual oferece suporte vinte quatro horas por dia durante os sete dias da semana (KONTOANGELOS; ECONOMOU; PAPAGEORGIOU, 2020; LIU *et al*., 2020).

A criação de estratégias que enfatizem as redes de apoio formais e informais respeitando o distanciamento físico recomendado pelas autoridades sanitárias é fundamental para minimizar os sentimentos de solidão, angústia e incerteza por este grupo populacional (ESPINOZA *et al*., 2020). Além disso, ações que visem estimular a promoção de comportamentos de promoção da saúde como, a prática de atividade física e a adoção de uma dieta balanceada são importantes para promover melhorias na saúde física dos idosos com doenças crônicas. Isto pode evitar o aumento da resistência à insulina, da gordura corporal, de citocinas inflamatórias e, consequentemente, o desenvolvimento de outras condições crônicas de saúde, além de um desfecho grave em casos de infecção pelo Sars-CoV-2 (MARTINEZ-FERRAN *et al*., 2020).

Diante do exposto, a avaliação da autopercepção de saúde e de informações adicionais sobre suas mudanças durante um intervalo de tempo, como este entre o período pré-pandêmico e pandêmico podem fornecer uma triagem completa e sensível dos idosos com doenças crônicas mais afetados pela pandemia. Isso porque, estudos vêm observando que um declínio ou melhora nesta medida é capaz de prever prognósticos positivos ou negativos entre os idosos com estas condições de saúde (BENYAMINI *et al*., 2014; ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020; JYLHÄ, 2009). Além disso, outras investigações têm associado piores níveis de saúde autorrelatados por estes indivíduos às consequências físicas e mentais causadas pela Covid-19 (ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020).

Destarte, a autopercepção de saúde ao partir do conceito de saúde construído por cada indivíduo proporciona informações que são importantes tanto para a compreensão das atuais necessidades de saúde dos idosos com doenças crônicas. Quanto ao direcionamento das ações intersetoriais a serem implementadas, no sentido de antecipar e minimizar os impactos associados à pandemia sobre os grupos populacionais mais vulneráveis. Neste cenário, as pesquisas de base populacional, como o Vigitel, exercem papel de destaque ao permitirem o monitoramento das condições de saúde dos brasileiros, inclusive, da autopercepção de saúde (BRASIL, 2020a, 2021b).

2.5 INQUÉRITOS POPULACIONAIS

Os estudos epidemiológicos são ferramentas importantes, principalmente, na área do planejamento em saúde por auxiliar, entre outros aspectos, a formulação de políticas públicas e a avaliação de medidas preventivas, terapêuticas e de modelos assistenciais à saúde novos ou já existentes. Dentre os possíveis desenhos de estudo, os estudos transversais, especialmente os inquéritos merecem destaque, pois fornecem informações relevantes a respeito das questões que permeiam o modelo de determinação social da saúde (CASTILHO & GOLDBAUM, 2017; VIACAVA *et al*., 2019).

No Brasil, a utilização dos inquéritos de saúde de base populacional ainda se configura como uma prática recente quando comparado aos países desenvolvidos, mas é um artifício que, nos últimos anos têm ganhado espaço devido, sobretudo, ao investimento realizado pelo MS (BARROS, 2008; SZWARCWALD *et al.*, 2014). Assim, são exemplos de inquéritos nacionais: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), conduzida pelo IBGE. Além da pesquisa Vigitel, realizada pelo MS em parceria com Instituições Federais de Ensino Superior (BRASIL, 2020a, 2021b; CASTILHO & GOLDBAUM, 2017).

Entre as questões frequentemente abordadas nesses estudos estão os aspectos demográficos e socioeconômicos e as medidas referentes às condições de saúde, de uso e acesso de serviços de saúde e da cobertura do serviço de saúde suplementar (MALTA *et al.*, 2008; VIACAVA *et al*., 2019). A análise destas e de outras variáveis possibilita a abertura de novos espaços de investigação relacionados ao modo de organização da sociedade e, consequentemente, alinhados ao campo da Saúde Coletiva e ao debate sobre as necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais (MALTA; SZWARCWALD; PEREIRA, 2021; VIACAVA *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, o levantamento de dados referente ao perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco na população brasileira realizado periodicamente através dos inquéritos populacionais é considerado essencial, pois permite a construção de indicadores de saúde e, dessa forma, torna possível conhecer, observar e acompanhar as mudanças na situação de saúde destes indivíduos (CASTILHO & GOLDBAUM, 2017; MALTA; SZWARCWALD; PEREIRA, 2021). Além disso, as informações obtidas por estas pesquisas complementam outras provenientes dos sistemas de informação em saúde (MALTA *et al.*, 2008).

Isto posto, a integração dos dados produzidos a partir deste tipo de estudo com aqueles já existentes nos bancos nacionais de dados são capazes de sensibilizar e orientar os gestores nas três esferas de governo, principalmente, na formulação, implementação e gestão de políticas públicas que possam atender as necessidades de saúde das populações (SZWARCWALD *et al.*, 2014; VIACAVA *et al.*, 2019). Cabe ressaltar que, apesar de todas as aplicações destas pesquisas existem muitos desafios, entre eles, a atualização dos questionários, os custos elevados e a qualificação de recursos humanos para sua elaboração, posterior análise dos resultados e avaliação da qualidade das informações (DAMACENA *et al.*, 2015; VIACAVA *et al.*, 2019).

Além disso, pontua-se que mesmo perante os diversos avanços alcançados pelos inquéritos, ainda é necessário a elaboração de estudos nacionais que sejam especialmente desenhados para incluir grupos vulneráveis da sociedade como, pessoas vivendo em situação de rua, privadas de liberdade, negras, trabalhadores informais e a população idosa institucionalizada (BARROS, 2008). É válido também ressaltar que as discussões acerca das questões éticas que permeiam os estudos precisam ser levantadas, especialmente, no que diz respeito à forma como será realizado o retorno dos resultados aos participantes da pesquisa e a garantia da confidencialidade das informações obtidas (BARROS, 2008; VIACAVA, 2002).

2.5.1 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Nos últimos anos têm sido priorizadas iniciativas com o objetivo de descrever e analisar a contribuição das doenças crônicas no perfil atual de saúde da população brasileira, inclusive dos idosos (BARROS, 2008; MALTA *et al.*, 2008). Neste sentido, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, em 2006, coordenou a elaboração e a implantação do Vigitel (SZWARCWALD *et al.*, 2014), que desencadeou a aplicação dos inquéritos telefônicos em âmbito nacional (BRASIL, 2007). O principal objetivo da pesquisa é monitorar anualmente a frequência e a distribuição dos fatores de risco e de proteção para as DCNT na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, residentes em domicílios que possuem pelo menos uma linha telefônica (BRASIL, 2020a, 2021b).

Em relação às informações autorreferidas investigadas por este inquérito populacional encontram-se as características demográficas, socioeconômicas e comportamentais, incluindo o consumo alimentar, a prática de atividade física, o tabagismo, o consumo de bebidas

alcoólicas, o excesso de peso, a obesidade, a morbidade por doenças crônicas, o uso de medicamentos, a posse de plano de saúde e a realização de exames preventivos para o câncer de mama e o colo de útero (BRASIL, 2020a, 2021b). Além disso, também está entre as questões avaliadas pelo Vigitel, a autopercepção de saúde. É considerada uma variável robusta por estar diretamente relacionada ao conceito de saúde construído individualmente permitindo captar um grande número de informações sobre o estado de saúde geral dos indivíduos (BRASIL, 2020a, 2021b; JYLHÄ, 2009; MALTA *et al.*, 2008).

Sobre a metodologia da pesquisa pontua-se que, o Vigitel realiza a aplicação de pesos pós-estratificação para corrigir o viés derivado da exclusão da população sem linha de telefonia fixa e permitir a igualdade entre a população amostrada (com telefone fixo) e a população total de cada capital investigada (com e sem telefone fixo) (BRASIL, 2020a, 2021b). Até o ano de 2011, a construção dos pesos era realizada pelo método de ponderação por célula, sendo utilizados os dados populacionais obtidos no Censo de 2000, do IBGE (GRAHAM, 1983). Contudo, devido a identificação de vícios por diversos estudos nos indicadores divulgados pelo inquérito, a metodologia para a obtenção dos pesos de pós-estratificação foi alterada (BERNAL *et al*., 2013).

Assim, a partir de 2012, tem-se utilizado o método rake (GRAHAM, 1983). Este novo método utiliza no cálculo das ponderações para cada capital as estimativas populacionais por faixa etária e nível de escolaridade estratificado por sexo, obtidas nos dados do Censo, inclusive, no período intercensitário. Isto possibilita a equiparação da frequência total de cada variável na amostra ponderada e na população das respectivas cidades por meio de procedimentos de iteração (BRASIL, 2020a, 2021b). Porém, mesmo com este método, ainda há uma discussão sobre os vieses provenientes da baixa cobertura da telefonia fixa no país, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste. Particularmente, no Sudeste, espera-se que os vícios sejam irrelevantes, pois é a região com a maior taxa de cobertura de telefonia fixa variando entre 61% a 75% (BERNAL *et al*., 2017).

Neste sentido, outras pesquisas de saúde observaram que as regiões com alta cobertura de telefone móvel são também aquelas de menor cobertura para telefonia residencial e vice-versa. Sob esta perspectiva, um estudo foi conduzido a fim de avaliar o impacto da inclusão de dados derivados da população com telefone móvel (cadastro duplo) na amostra do Vigitel. Para isto, comparou-se as frequências obtidas no Vigitel com aquelas da PNS, utilizadas como padrão-ouro. Os resultados apontaram que, as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior cobertura para domicílios que possuíam apenas telefone móvel, sendo o perfil dos residentes constituído majoritariamente por adultos-jovens (BERNAL *et al*., 2017).

Quanto aos vícios nos indicadores, verificou-se que o uso do cadastro duplo (telefone fixo e móvel) reduziu o viés nos indicadores da região Norte e Nordeste, mas em contrapartida aumentou aqueles referentes às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (BERNAL *et al*., 2017). Diante desta questão, a SVS/MS compreendeu a importância de se realizar uma atualização metodológica na coleta de dados do Vigitel e, consequentemente, de incluir na amostra as entrevistas por telefone móvel. Esta alteração, deveria entrar em vigor após o término do contrato com a atual empresa responsável pela realização das entrevistas, válido até o início de maio de 2020. Contudo, devido a pandemia da Covid-19 houve atrasos no novo processo licitatório, não sendo possível implementar imediatamente a nova metodologia (BRASIL, 2021b).

Assim, no ano de 2020, a coleta de dados ainda ocorreu conforme a metodologia anteriormente empregada, configurando-se uma operação simplificada haja vista o curto prazo para o encerramento do contrato. Mesmo com uma edição simplificada, o inquérito consiste na única fonte de dados para avaliar tanto as estimativas da frequência dos fatores de risco e proteção para DCNT entre adultos, como a tendência temporal desses fatores (BRASIL, 2021b). Ademais, destaca-se que atualmente mudanças no comportamento de saúde dos indivíduos também vêm ocorrendo devido a pandemia e as medidas adotadas para reduzir a transmissão do novo coronavírus (MALTA *et al*., 2020).

Sob esta perspectiva, dados obtidos através de inquéritos populacionais como o Vigitel podem ser estratégicos na compreensão do atual panorama referente às necessidades de saúde dos grupos populacionais, com ênfase especial naqueles mais vulneráveis como a população idosa com DCNT que necessita cumprir medidas mais restritivas e de maior duração para evitar a contaminação pelo vírus (MALTA *et al*., 2020). O conhecimento destes aspectos pode orientar as ações de cuidado direcionadas a estes indivíduos, assim como auxiliar na formulação de políticas públicas e programas de promoção da saúde e prevenção de outros agravos (VIACAVA *et al*., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

3 HIPÓTESE

Houve mudança na autopercepção de saúde da população idosa (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, que responderam à pesquisa Vigitel realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais - MG, no período da pandemia da Covid-19 (2020) em relação aos que responderam no período pré-pandemia (2019).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a autopercepção de saúde e os fatores associados a mesma em idosos (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, que responderam à pesquisa Vigitel realizada em Belo Horizonte - MG, nos períodos de pré-pandemia (2019) e pandemia (2020) da Covid-19.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a autopercepção de saúde dos idosos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, no ano de 2019 e 2020;
- Analisar as relações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais e a autopercepção de saúde dos idosos com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, nos anos de 2019 e 2020;
- Comparar a autopercepção de saúde dos idosos com diagnóstico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, nos anos de 2019 e 2020;
- Identificar possíveis mudanças entre os subgrupos (pré-pandemia e pandemia) quanto à autopercepção de saúde considerando as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal repetido sobre a autopercepção de saúde de idosos (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos. A pesquisa se propõe a analisar os dados coletados pela pesquisa Vigitel, realizada nos anos de 2019 e 2020, de amostras distintas da população da cidade de Belo Horizonte - MG.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

As entrevistas realizadas pelo Vigitel são aplicadas a nível nacional, nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Porém, no presente estudo serão analisados apenas os dados coletados na cidade de Belo Horizonte - MG, referentes ao ano de 2019 e 2020. Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e está localizada na região Sudeste do país. De acordo com dados do Datasus, a população estimada para o ano de 2020 foi de 2.521.564 habitantes, sendo que destes 456.999 (18,12%) possuíam idade igual ou superior a 60 anos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2021a). Entre as capitais, Belo Horizonte foi a escolhida por ser a cidade do estado de Minas Gerais investigada pelo inquérito. Além disso, o presente estudo, ao ser direcionado para uma das capitais, permite que os resultados em termos de recomendação das ações propostas também possam servir de base para outras regiões do país.

5.3 AMOSTRAGEM DA PESQUISA VIGITEL

O sistema Vigitel utiliza um método de amostragem que busca obter amostras probabilísticas da população adulta brasileira (≥ 18 anos) residente em domicílios, que possuem pelo menos uma linha de telefonia fixa em cada uma das capitais do país e no Distrito Federal. O tamanho amostral mínimo estabelecido para a pesquisa, nos anos de 2019 e 2020, foi, respectivamente, de 2 mil e 1 mil indivíduos em cada cidade. Esta diferença no tamanho mínimo da amostra entre os anos, ocorreu devido ao curto tempo para a coleta de dados imposto pela pandemia da Covid-19. Assim, ambas as amostras permitem estimar com um intervalo de confiança (IC) de 95%, a frequência de qualquer fator de risco na população

de estudo. Consequentemente, o erro máximo esperado para as estimativas nos anos de 2019 e 2020 são, respectivamente, de dois e três pontos percentuais (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021b).

O processo de amostragem do inquérito é composto por dois estágios. O primeiro consiste em um sorteio sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP) de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por capital, o qual é realizado a partir do cadastro eletrônico das empresas de telefonia. A seguir, as linhas são novamente sorteadas e agrupadas em réplicas com 200 linhas, em que cada réplica reproduz a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro. Este procedimento ocorre até que seja completado o número mínimo de entrevistas estabelecido. Verifica-se ainda, a elegibilidade da linha sorteada, sendo elegíveis todas as linhas telefônicas residenciais ativas e não elegíveis aquelas que: a) pertencem a empresas; b) não mais existem ou se encontram fora de serviço e; c) não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021b).

No segundo estágio, para cada linha elegível é verificada a anuência em participar da pesquisa e, assim obtida, enumeram-se os adultos residentes no domicílio a fim de, sortear quem irá participar do estudo. Em relação ao ano de 2019, foram realizadas ligações para 197.600 linhas telefônicas agrupadas em 988 réplicas, destas somente 75.789 foram linhas elegíveis. Foram completadas 52.443 entrevistas, indicando uma taxa de sucesso de 69,2% (BRASIL, 2020a). Já no ano de 2020, foram realizadas 183.600 ligações divididas em 876 réplicas, destas apenas 47.031 foram elegíveis. Assim, ao final 27.077 entrevistas foram realizadas indicando uma taxa de sucesso de 58,0% (BRASIL, 2021b). Neste sentido, o Anexo A e B, sumariza o desempenho do Vigitel em cada uma das capitais brasileiras, no ano de 2019 e 2020, respectivamente (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021b).

Cabe ressaltar que, como a cobertura da rede de telefonia fixa não é universal, devem ser atribuídos pesos amostrais aos indivíduos estudados, com intuito de permitir a inferência estatística dos resultados à população adulta com linha de telefonia fixa em cada cidade. Deste modo, o peso amostral resulta do produto de dois fatores: o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio e o número de adultos residentes no domicílio. Os quais corrigem, respectivamente, a maior chance de selecionar indivíduos que tenham mais de uma linha telefônica e a menor chance de que indivíduos em domicílios habitados por mais pessoas tenham de ser selecionados. Ademais, o peso final atribuído a cada respondente, denominado pós-estratificação, iguala a composição sociodemográfica estimada para a população adulta com telefone pela amostra Vigitel àquela estimada para a população adulta total da mesma cidade, no respectivo ano do levantamento (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021b).

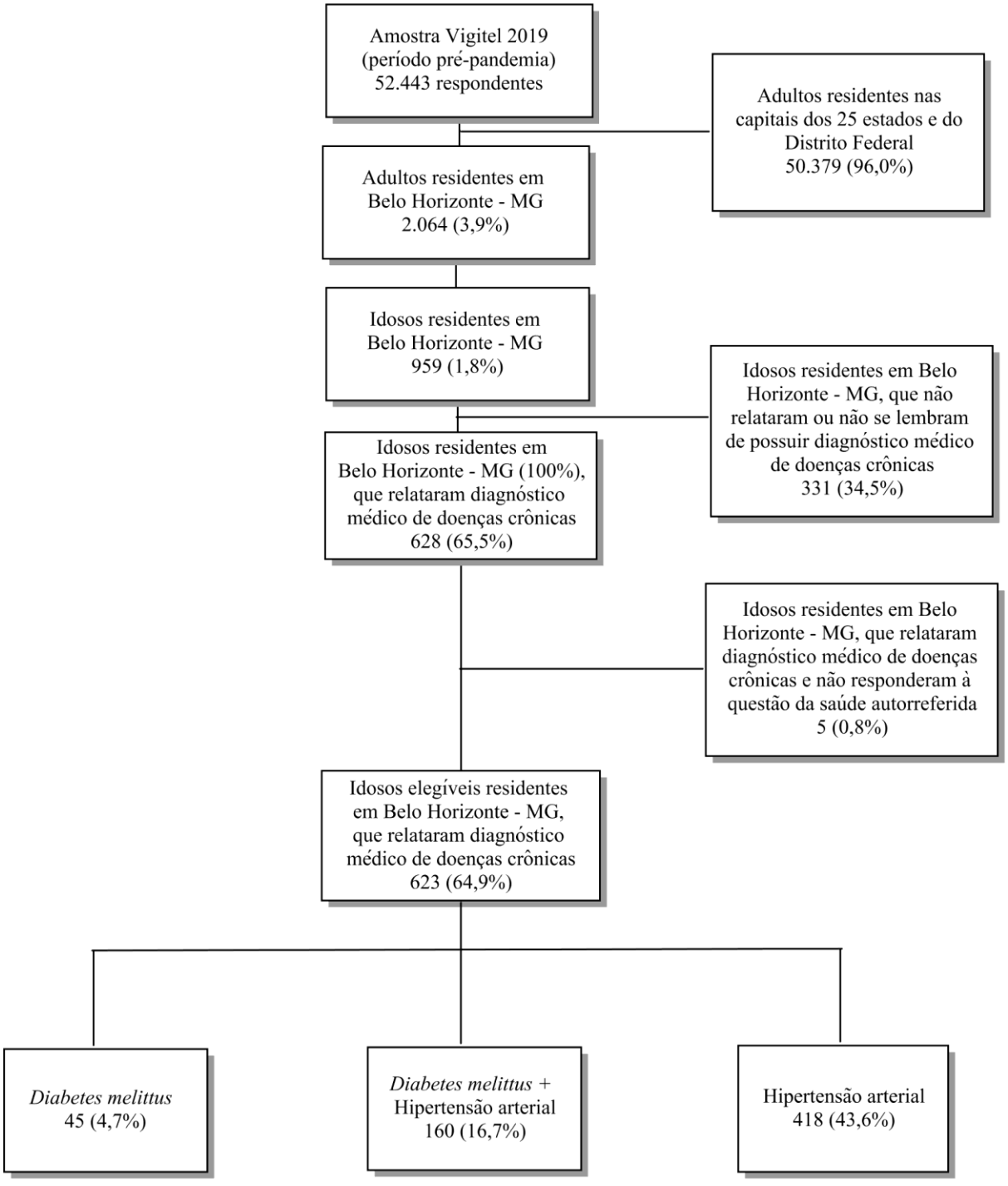
Para isto, utiliza-se para o cálculo do peso pós-estratificação o método rake (GRAHAM, 1983). Foram consideradas as seguintes variáveis na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais de idade) e nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo). A estimativa para cada uma destas variáveis nas capitais brasileiras é obtida por meio de sua distribuição nos censos demográficos de 2000 e 2010 e sua variação anual média no período intercensitário. Mais detalhes sobre a metodologia empregada podem ser consultados no estudo de Graham (1983) (BRASIL, 2020a; 2021b).

5.4 AMOSTRA DO ESTUDO

No ano de 2019, a pesquisa Vigitel totalizou 52.443 participantes dos quais 2.064 (3,9%) eram indivíduos adultos residentes em Belo Horizonte - MG; destes 959 (1,8%) eram idosos. No presente estudo, foi representada pela amostra toda a população idosa residente na cidade de Belo Horizonte, que relatou na entrevista telefônica possuir diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial. A adoção deste critério correspondeu a um total de 628 (65,5%) idosos, sendo que, destes, 5 (0,8%) foram excluídos por não responderem à questão relativa à autopercepção de saúde. Assim, a amostra do estudo foi constituída por 623 (64,9%) idosos, sendo que 45 (4,7%) autorrelataram possuir diagnóstico médico de diabetes *mellitus*, 418 (43,6%) de hipertensão arterial e 160 (16,7%) de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, conforme descrito na Figura 1.

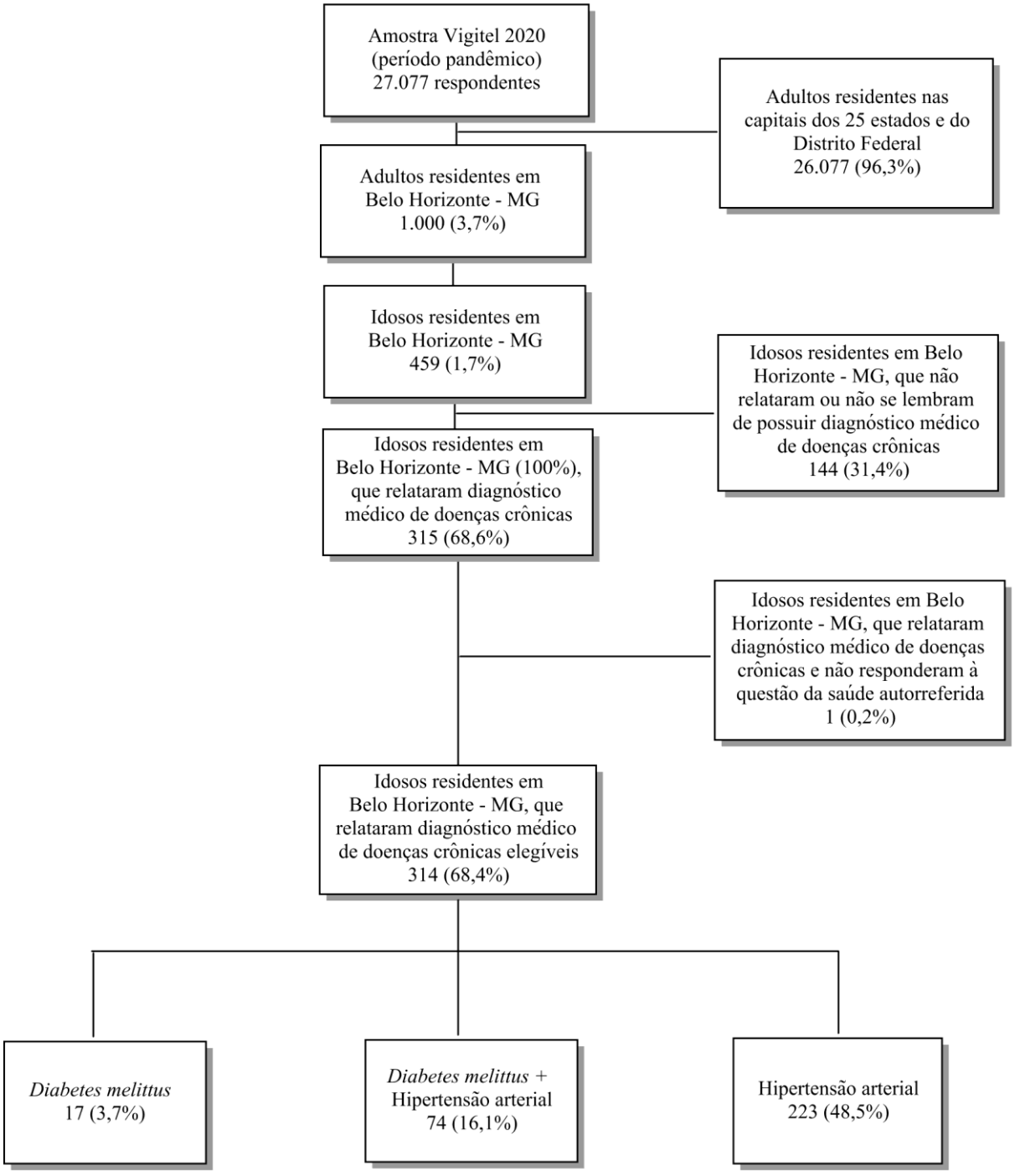
No ano de 2020, a pesquisa Vigitel totalizou 27.077 participantes dos quais 1.000 (3,7%) eram indivíduos adultos residentes em Belo Horizonte - MG, destes 459 (1,7%) eram idosos. No presente estudo, foi representada pela amostra toda a população idosa residente na cidade de Belo Horizonte, que relatou na entrevista telefônica possuir diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial. A adoção de tal critério correspondeu a um total de 315 (68,6%) idosos, contudo, destes, 1 (0,2%) foi excluído por não responder à questão relativa à autopercepção de saúde. Assim, a amostra do estudo foi constituída por 314 (68,4%) idosos, sendo que 17 (3,7%) autorrelataram possuir diagnóstico médico de diabetes *mellitus*, 223 (48,5%) de hipertensão arterial e 74 (16,1%) de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, de acordo com a descrição da Figura 2.

Figura 2 - População de estudo amostra Vigitel 2019 (período pré-pandemia).



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 3 - População de estudo amostra Vigitel 2020 (período pandêmico).



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.5 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS DO VIGITEL

As entrevistas telefônicas da pesquisa Vigitel, referente ao ano de 2019, foram realizadas entre os meses de janeiro e dezembro do respectivo ano (BRASIL, 2020a). Já as

entrevistas correspondentes ao ano de 2020, ocorreram entre os meses de janeiro e abril do mesmo ano. Nos dois anos, uma empresa especializada sediada em Belo Horizonte - MG foi a responsável pela coleta dos dados. Contudo, pontua-se que em 2020, as entrevistas não aconteceram ao longo de todo o ano, pois o término do contrato com esta empresa estava vigente apenas até o início de maio de 2020. Assim, devido a pandemia da Covid-19 houve atrasos quanto às etapas do novo processo licitatório, não sendo possível dar continuidade de forma ininterrupta a realização das entrevistas (BRASIL, 2021b).

O questionário da pesquisa Vigitel foi planejado com objetivo de possibilitar a realização das entrevistas telefônicas através do uso de computadores, no qual as perguntas são lidas na tela de um monitor pelos pesquisadores e as respostas registradas de forma imediata em meio eletrônico. Ressalta-se que, a equipe responsável pela coleta dos dados envolveu entrevistadores, monitores, supervisores e coordenadores. Todos receberam treinamento prévio e supervisão durante toda a operação por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde (Nupens/USP), do grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Ambiente Alimentar e Saúde (Geppaas/UFMG) e técnicos da SVS/MS (BRASIL, 2020a; 2021b).

Além disso, ao adotar-se este sistema de coleta é possível, por exemplo, o sorteio automático do indivíduo residente no domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face das respostas anteriores, a crítica imediata das respostas não válidas, a cronometragem da duração da entrevista, assim como a alimentação direta e contínua do banco de dados do sistema. Em relação as questões autorreferidas abordadas no inquérito estão: as características demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade, número de moradores no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas) e as informações dos comportamentos relacionados à saúde (BRASIL, 2020a; 2021b).

Em relação às questões comportamentais investigadas encontram-se, o hábito alimentar, a prática de atividade física, o peso e altura autorreferidos, o uso e a frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, a autopercepção de saúde, as comorbidades autorreferidas, o uso de medicamentos, a realização de exames para detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama em mulheres, a posse de plano de saúde e o comportamento no trânsito (Anexo C e D). Para a construção do questionário, a coordenação do inquérito utilizou como base instrumentos empregados em outros países no monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas e o conhecimento adquirido tanto nos testes de implantação do sistema Vigitel como aquele acumulado desde a implementação da pesquisa.

Ademais, o questionário utilizado em 2020, o qual foi aplicado no início do respectivo ano também precisou ser reduzido devido às consequências da Covid-19 sobre a coleta de dados, já pontuadas anteriormente neste trabalho. Assim, foram retiradas as questões não utilizadas no cálculo dos indicadores reportados pelo relatório principal do inquérito, sendo elas: a investigação da ocorrência de diabetes gestacional; da idade dos respondentes quando receberam o diagnóstico de diabetes; sobre a forma como os respondentes com comorbidades conseguem os anti-hipertensivos, os hipoglicemiantes orais e injetáveis e, se no último mês por algum motivo não conseguiram adquirir estas medicações; sobre a realização da aferição da pressão arterial e do exame de glicemia. Em relação ao comportamento no trânsito, em caso de multa, sobre o local em que esta ocorreu e questões sobre a realização do teste do bafômetro. Ainda, informações quanto a posse de celular; número de adultos no domicílio e o recebimento de bolsa família pelos próprios respondentes e/ou familiares (BRASIL, 2020a; 2021b).

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.6.1 Variável de recorte da amostra do estudo

A variável de recorte da amostra do estudo foi definida como o autorrelato de diagnóstico médico de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. A partir das perguntas: "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?*"; "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*". Aqueles que responderam a opção "não lembra" foram excluídos da amostra final, pois esta opção não permite classificá-los quanto ao diagnóstico para estas condições de saúde (BRASIL, 2020a; 2021b).

5.6.2 Variável dependente

A autopercepção de saúde foi avaliada pela pergunta: "*O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como?*". Em concordância com a maioria das investigações presentes na literatura e para fins de análise, às respostas neste estudo foram categorizadas em: muito boa/boa e regular/ruim/muito ruim. Aqueles que responderam as opções "não sei" e "não quis informar" foram excluídos da amostra final, pois esta opção não permite classificá-los em nenhuma das categorias quanto a autopercepção do estado de saúde (BRASIL, 2020a; 2021b).

5.6.3 Variáveis independentes

Quadro 1 - Descrição e categorização das variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variáveis	Descrição	Categorias
Demográficas e Socioeconômicas		
Sexo	Sexo do participante. Estimado a partir da pergunta: "*Qual seu sexo?*".	Feminino; Masculino
Faixa etária	Faixa etária do participante. Estimada a partir da pergunta: "*Qual sua idade (em anos)?*".	60-79 anos; ≥ 80 anos
Cor da pele	Cor da pele do participante. Estimada a partir da pergunta: "*A sua cor ou raça é?*".	Branca; Preta; Outras (parda, amarela, indígena ou outra cor autorrelatada); Não sabe
Escolaridade	Escolaridade do participante em anos de estudo completo. Estimada a partir das perguntas: "*Até que série e grau o(a) Sr.(a) estudou?*".	Anos de estudo completos: ≤ 8 anos; > 8 anos
Situação conjugal	Estado civil do participante. Estimada a partir da pergunta: "*Qual seu estado conjugal atual?*".	Sem companheiro (solteiro; viúvo; separado/divorciado); Com companheiro (casado legalmente; união estável ≥ 6 meses); Não quis informar
Trabalho nos últimos três meses	Exercício de atividade ocupacional pelo participante nos últimos três meses. Estimado a partir da pergunta: "*Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) trabalhou?*".	Sim; Não
Posse de plano de saúde	Posse de plano de saúde privado pelo participante. Estimada a partir da pergunta: "*O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?*".	Sim (apenas um; mais de um); Não, Não quis informar

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa Vigitel Brasil 2019 e 2020 (2021).

Quadro 2 - Descrição e categorização das variáveis comportamentais.

Variáveis	Descrição	Categorias
Comportamentais		
Tabagismo	Indicador do hábito de fumar, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração. Estimado a partir da pergunta: "*Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?*".	Sim; Não
Histórico de tabagismo	Indicador do hábito de fumar no passado. Estimado a partir da pergunta: "*No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?*".	Sim; Não
Prática de atividade física suficiente no lazer	Indicador da prática de atividade física suficiente (> 150 min/sem) a considerar somente o tempo, independentemente do tipo e frequência da atividade. Estimado a partir das perguntas: "*Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?*", "*No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?*".	Insuficiente/Inativo; Suficiente/Ativo
Tempo de tela total	Indicador do hábito de assistir à televisão e utilizar o computador, tablet ou celular no tempo livre mais do que três horas/dia. Estimado a partir das perguntas: "*Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?*", "*Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), o uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?*".	Sim; Não
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças	Indicador da frequência do consumo regular (pelo menos 5 vezes na semana) de hortaliças/legumes e frutas pelo participante. Estimado a partir das perguntas: "*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume?*", "*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?*", "*Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?*".	Sim; Não

Consumo ocasional de bebida alcoólica	Indicador do consumo ocasional de bebida alcoólica pelo participante. Estimado a partir da pergunta: "*O Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica ?*".	Sim; Não
Estado nutricional	Indicador do estado nutricional do participante. Estimado a partir do Índice de Massa Corpórea (IMC) (peso/altura^2), sendo as informações para este cálculo obtidas a partir das perguntas: "*O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?*", "*O(a) Sr.(a) sabe sua altura?*".	Baixo peso ($\leq$ 22 kg/m^2); Peso normal ($>$ 22 kg/m^2 e $<$ 27 kg/m^2); Sobrepeso ($\geq$ 27 kg/m^2)
Uso atual de anti-hipertensivo	Indicador do uso de medicamento para controle da hipertensão arterial. Estimado a partir da pergunta: "*Atualmente o(a) Sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?*".	Sim; Não
Uso atual de hipoglicemiante oral	Indicador do uso de medicamento para controle do diabetes *mellitus*. Estimado a partir da pergunta: *"Atualmente o(a) Sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?*".	Sim; Não
Uso atual de hipoglicemiante injetável	Indicador do uso de medicamento para controle da hipertensão arterial. Estimado a partir da pergunta: "*Atualmente o(a) Sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?*".	Sim; Não
Ser diabético e hipertenso	Indicador do tipo de comorbidade. Estimado a partir das respostas afirmativas para as perguntas: "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*" e "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?*".	Ser diabético e hipertenso; Não ser diabético e hipertenso

Ser hipertenso	Indicador do tipo de comorbidade. Estimado a partir da resposta afirmativa para a pergunta: "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?*".	Ser hipertenso; Não ser hipertenso
Ser diabético	Indicador do tipo de comorbidade. Estimado a partir da resposta afirmativa para a pergunta: "*Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*".	Ser diabético; Não ser diabético

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa Vigitel Brasil 2019 e 2020 (2021).

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados referentes a pesquisa Vigitel 2019 e 2020 foram organizados em um banco de dados através do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* IBM versão 21.0. A preparação das bases de dados utilizadas compreendeu a edição dos dados obtidos, incluindo, a codificação das variáveis, a depuração dos dados e a criação de variáveis derivadas. As análises foram conduzidas no módulo *Complex Samples* do referido pacote, o qual permitiu que as ponderações atribuídas a cada indivíduo fossem consideradas, sendo elas: o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio, o número de adultos residentes no domicílio e a composição sociodemográfica.

Anterior às análises a significância estatística foi definida como valor-p $\leq 0,05$. Assim, realizou-se a análise descritiva dos dados referentes ao período pré-pandêmico e pandêmico a fim de obter as medidas de frequência para as variáveis categóricas demográficas, socioeconômicas e comportamentais de interesse do estudo. Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson para analisar em cada um dos dois momentos, a associação entre a autopercepção de saúde e as potenciais variáveis independentes. Em seguida, para cada ano, um modelo hierárquico foi testado controlando para os tipos de comorbidades (ser diabético; ser hipertenso; ser diabético e hipertenso) por meio de regressão logística binária, a qual foi realizada em três blocos: comorbidades; demográfico/socioeconômico; comportamental.

Assim, no modelo referente a cada ano, os blocos das variáveis foram inseridos de forma sequencial e hierarquizada. No primeiro bloco foram incluídas as três variáveis dos tipos de comorbidades. No segundo bloco foram inseridas as variáveis demográficas e

socioeconômicas. Enquanto que, no terceiro bloco foram adicionadas as comportamentais. Sendo que, neste último bloco, o efeito do uso atual dos medicamentos foi avaliado por meio de interações para cada grupo de indivíduos considerando o tipo de comorbidade, a saber: ser hipertenso*uso atual de anti-hipertensivo; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante oral; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante injetável; ser diabético e hipertenso*uso de anti-hipertensivo; ser diabético e hipertenso*uso de hipoglicemiante oral; ser diabético e hipertenso*uso atual de hipoglicemiante injetável.

Permaneceram no modelo final, somente as variáveis que em cada bloco apresentaram um valor-p $\leq$ 0,001. A estratégia de análise utilizada considerou a existência de uma hierarquia de determinação entre as variáveis independentes (VICTORA *et al*., 1997). Com os resultados das estimações dos modelos estimou-se as *odds ratios* (OR) com IC de 95%. Em relação, as categorias de análise e referência para a variável dependente (autopercepção de saúde) estas foram representadas, respectivamente, pelos desfechos: muito boa/boa e regular/ruim/muito ruim.

Já no que diz respeito as categorias de referência para as variáveis independentes, estas foram representadas pelos desfechos: sexo - feminino; faixa etária - ≥80 anos; cor da pele - preta; escolaridade - ≤8 anos de estudos; situação conjugal - sem companheiro; trabalho nos últimos três meses – não; posse de plano de saúde - não; prática de atividade física suficiente no lazer - inativo; consumo regular semanal de frutas e hortaliças - não; tempo de tela total - sim; estado nutricional - peso normal; tabagismo - sim; histórico de tabagismo - sim; consumo ocasional de bebida alcoólica - sim; e uso atual de anti-hipertensivo, hipoglicemiante oral e injetável - não.

Utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* IBM versão 25.0 realizou-se o teste T de *Student* para amostras independentes com IC de 95%, para comparar as proporções de autoavaliações positivas de saúde e fatores associados obtidas no período pandêmico com aquelas do período pré-pandêmico. Além disso, com objetivo de verificar de acordo com o valor dos coeficientes possíveis mudanças para as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais entre o período pandêmico e o pré-pandêmico foi utilizado o teste estatístico sugerido por Paternoster *et al*. (1998). O teste proposto analisa os coeficientes estimados em grandes amostras obtidos nos modelos de regressão finais em dois grupos distintos, por meio da seguinte fórmula: $t = \frac{ß_1 - ß_2}{\sqrt{SEß_1{}^2 + SEß_2{}^2}}$, em que:

$ß_{1:}$ é o coeficiente obtido na regressão logística binária para uma determinada variável independente no período pandêmico; $ß_2$: é o coeficiente obtido na regressão logística binária para a mesma variável independente no período pré-pandêmico; $SEß_1$: é o erro padrão do estimador para uma determinada variável independente no período pandêmico; $SEß_{2:}$ é o erro padrão do estimador para a mesma variável independente no período pré-pandêmico.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa utiliza as informações do inquérito populacional Vigitel, o qual possui aprovação em todas as suas edições do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008) (BRASIL, 2020a). Os dados utilizados neste estudo são de livre acesso e estão disponíveis no endereço eletrônico: <*http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/*> (BRASIL, 2020b).

Ressalta-se que, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituído pelo consentimento verbal obtido na ocasião do contato telefônico, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) por se tratar de entrevistas telefônicas (BRASIL, 2013a; 2020a). Ainda, antes do início das entrevistas realizadas pelo sistema, os indivíduos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, a inexistência de risco ou danos à sua saúde, a garantia do sigilo das informações e a possibilidade de desistir a qualquer momento do estudo (BRASIL, 2020a).

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DO VIGITEL 2019 - PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO

Foram estudados 623 idosos (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, que responderam ao Vigitel em Belo Horizonte - MG, no período de pré-pandemia (2019). Destes, 65,1% eram do sexo feminino, com idades entre 60 a 79 anos (86,7%), 49,9% autodeclararam-se como pardos, amarelos ou indígenas e 57,2% viviam com cônjuge ou companheiro(a). Além disso, entre os entrevistados, 72,1% não haviam exercido atividade laboral nos últimos três meses, 65,9% relataram possuir até 8 anos completos de estudo e 55,5% relataram possuir pelo menos um plano de saúde ou convênio médico, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019).

Variáveis	Categorias	N absoluto	%	N ponderado	%
Sexo	Masculino	179	28,7	91.482	34,9
	Feminino	444	71,3	170.459	65,1
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Faixa etária	60 a 79 anos	521	83,6	227.136	86,7
	≥ 80 anos	102	16,4	34.805	13,3
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Cor da pele	Branca	259	41,6	99.704	38,1
	Preta	59	9,5	27.751	10,6
	Outras	296	47,5	130.666	49,9
	Não sabe	9	1,4	3.819	1,5
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Situação conjugal	Com companheiro(a)	304	48,8	149.920	57,2
	Sem companheiro(a)	318	51,0	111.390	42,5
	Não quis responder	1	0,2	631	0,2
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Trabalho nos últimos três meses	Sim	149	23,9	72.979	27,9
	Não	474	76,1	188.962	72,1
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Escolaridade	≤ 8 anos de estudo	396	63,6	172.629	65,9
	> 8 anos de estudo	227	36,4	89.312	34,1
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Posse de plano de saúde	Sim	364	58,4	145.367	55,5
	Não	258	41,4	116.266	44,4
	Não quis informar	1	0,2	308	0,1

Total	623	100,0	261.941	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em relação aos comportamentos de risco para a saúde destaca-se que o uso do tabaco pelos idosos com DCNT foi de apenas 7,4% e 41,8% relataram serem ex-tabagistas. Já o consumo ocasional de bebida alcoólica entre os entrevistados foi de 33,0%. Ainda, observou-se que 50,7% dos respondentes possuíam um consumo irregular semanal de frutas e hortaliças sendo a categoria sobrepeso (47,9%) a mais prevalente em relação ao estado nutricional. Além disso, 49,3% dos idosos assistiam à televisão e utilizavam aparelhos eletrônicos com acesso à internet por mais de três horas diárias, enquanto que 75,9% foram considerados sedentários/inativos para a prática de atividade física no lazer.

Sobre o tratamento das condições de saúde observou-se que entre os idosos hipertensos, 88,1% relataram estar utilizando atualmente a medicação para o controle desta comorbidade. Isto também foi verificado para os idosos diabéticos em que, 28,7% e 8,3% informaram estar atualmente fazendo o uso do hipoglicemiante oral e o uso do hipoglicemiantes injetável, respectivamente, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição segundo as variáveis comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019).

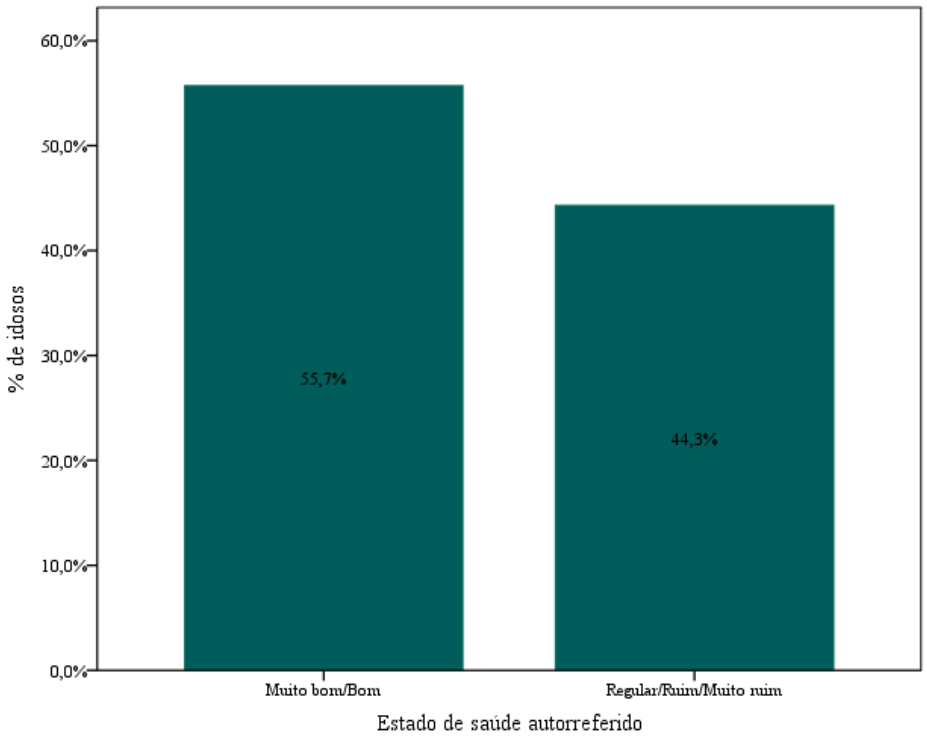
Indicadores	**Categorias**	**N absoluto**	**%**	**N ponderado**	**%**
Tabagismo	Sim	40	6,4	19.498	7,4
	Não	583	93,6	242.443	92,6
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Histórico de tabagismo	Sim	226	38,8	101.436	41,8
	Não	357	61,2	141.007	58,2
	Total	583	100,0	242.443	100,0
Consumo ocasional de bebida alcoólica	Sim	183	29,4	86.311	33,0
	Não	440	70,6	175.629	67,0
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças	Sim	324	52,0	129.262	49,3
	Não	299	48,0	132.679	50,7
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Estado nutricional	Baixo peso	65	10,4	28.391	10,8
	Peso normal	260	41,7	108.013	41,2
	Sobrepeso	298	47,8	125.536	47,9
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Tempo de tela total	Sim	314	50,4	129.177	49,3
	Não	309	49,6	132.764	50,7
	Total	623	100,0	261.941	100,0

Prática de atividade física suficiente no lazer	Ativo	162	26,0	63.223	24,1
	Inativo	461	74,0	198.718	75,9
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Uso atual de anti-hipertensivo	Sim	549	88,1	230.662	88,1
	Não	29	4,7	14.035	4,7
	Não se aplica	45	7,2	17.244	7,2
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Uso atual de hipoglicemiante oral	Sim	179	28,7	75.202	28,7
	Não	26	4,2	10.663	4,2
	Não se aplica	418	67,1	176.076	67,1
	Total	623	100,0	261.941	100,0
Uso atual de hipoglicemiante injetável	Sim	52	8,3	21.371	8,3
	Não	153	24,6	64.494	24,6
	Não se aplica	418	67,1	176.076	67,1
	Total	623	100,0	261.941	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem a casos faltantes.

A Figura 4 representa a autopercepção de saúde dos idosos com DCNT no período pré-pandêmico (2019). Entre os entrevistados, 55,7% consideraram seu estado de saúde como muito bom ou bom e 44,3% como regular, ruim ou muito ruim.

Figura 4 - Distribuição percentual segundo a autopercepção de saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019).



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A Tabela 3 apresenta o resultado das análises bivariadas da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde dos idosos com DCNT no período pré-pandêmico (2019).

Ao observar o valor-p do teste Qui-Quadrado de Pearson é possível dizer que, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a autopercepção de saúde e as variáveis: sexo, faixa etária, cor, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses, escolaridade, posse de plano de saúde, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo ocasional de bebida alcoólica, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, estado nutricional, prática de atividade física no lazer, tempo de tela total, uso atual de anti-hipertensivo, uso atual de hipoglicemiante oral e uso atual de hipoglicemiante injetável.

Tabela 3 - Análise bivariada da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019).

Variáveis	**Muito boa/Boa**		**Regular/Ruim/Muito ruim**		**p-valor***
	n	**%**	**n**	**%**	
Sexo					
Masculino	52.657	57,6	38.825	42,4	< 0,001
Feminino	86.870	51,0	83.589	49,0	
Faixa etária					
60 a 79 anos	123.495	54,4	103.642	45,6	< 0,001
≥ 80 anos	16.033	46,1	18.772	53,9	
Cor da pele					
Branca	58.823	59,0	40.881	41,0	
Preta	14.195	45,0	17.376	55,0	
Outras	66.510	50,9	64.157	49,1	< 0,001
Não sabe	1.911	50,0	1.908	50,0	
Situação conjugal					
Com companheiro(a)	81.105	54,1	68.815	45,9	
Sem companheiro(a)	58.422	52,2	53.599	47,8	< 0,001
Não quis responder	0	0,0	631	100,0	
Trabalho nos últimos três meses					
Sim	44.079	60,4	28.900	39,6	< 0,001
Não	95.448	50,5	93.514	49,5	
Escolaridade					
≤ 8 anos de estudo	78.417	45,4	94.213	54,6	< 0,001

> 8 anos de estudo	61.111	68,4	28.201	31,6	
Posse de plano de saúde					
Sim	80.373	55,3	64.994	44,7	
Não	59.155	50,7	57.420	49,3	< 0,001
Não quis informar	0	0,0	308	100,0	
Tabagismo					
Sim	11.470	58,8	8.028	41,2	< 0,001
Não	128.058	52,8	114.386	47,2	
Histórico de tabagismo					
Sim	51.819	51,1	49.617	48,9	< 0,001
Não	76.239	54,1	64.768	45,9	
Consumo ocasional de bebida alcoólica					
Sim	54.196	62,8	32.116	37,2	< 0,001
Não	85.332	48,6	90.298	51,4	
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças					
Sim	76.766	59,4	52.496	40,6	< 0,001
Não	62.762	47,3	69.917	52,7	
Estado nutricional					
Baixo peso	14.235	50,1	14.156	49,9	
Peso normal	61.582	57,0	46.431	43,0	< 0,001
Sobrepeso	63.710	50,8	61.826	49,2	
Prática de atividade física no lazer					
Ativo	36.572	57,8	26.651	42,2	< 0,001
Inativo/insuficiente	102.956	51,8	95.762	48,2	
Tempo de tela total					
Sim	67.599	52,3	61.578	47,7	< 0,001
Não	71.928	54,2	60.836	45,8	
Uso atual de anti-hipertensivo					
Sim	122.422	53,1	108.241	46,9	
Não	7.785	55,5	6.250	44,5	< 0,001
Não se aplica	9.321	54,1	7.923	45,9	
Uso atual de hipoglicemiante oral					
Sim	30.568	40,6	44.634	59,4	< 0,001

Não	5.364	50,3	5.299	49,7	
Não se aplica	103.595	58,8	72.481	41,2	
Uso atual de hipoglicemiante injetável					
Sim	6.376	29,8	14.995	70,2	
Não	29.556	45,8	34.938	54,2	< 0,001
Não se aplica	103.595	58,8	72.481	41,2	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*p-valor calculado pelo teste Qui-Quadrado de Pearson desconsiderando os dados (não sabe/não quis responder).

O modelo hierárquico referente ao período pré-pandêmico foi desenvolvido utilizando a regressão logística binária, a fim de testar a associação entre a autopercepção de saúde e as variáveis independentes, tendo sempre as variáveis dos tipos de comorbidades como controle. Assim, foram adicionadas no primeiro bloco as três variáveis dos tipos de comorbidades, a saber: ser diabético, ser hipertenso; ser diabético e hipertenso. No segundo bloco foram inseridas todas as variáveis demográficas e socioeconômicas, a saber: sexo, faixa etária, cor, escolaridade, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses e posse de plano de saúde. Posteriormente, acrescidas a estas foram inseridas no terceiro bloco as variáveis comportamentais, a saber: prática de atividade física no lazer, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, tempo de tela total, estado nutricional, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo ocasional de bebida alcoólica e o uso atual de medicamentos.

Sendo, o efeito do uso das medicações avaliado por meio da interação para cada grupo de indivíduos considerando o tipo de comorbidade, a saber: ser hipertenso*uso atual de anti-hipertensivo; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante oral; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante injetável; ser diabético e hipertenso*uso de anti-hipertensivo; ser diabético e hipertenso*uso de hipoglicemiante oral; ser diabético e hipertenso*uso atual de hipoglicemiante injetável. Ao final, permaneceram nos blocos as variáveis estatisticamente significativas (valor-p $\leq$ 0,001), sendo elas: sexo, faixa etária, cor, escolaridade, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses, posse de plano de saúde, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, tempo de tela, estado nutricional, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo de bebida alcoólica e o uso atual de anti-hipertensivo, uso atual de hipoglicemiante oral e injetável nos respectivos grupos avaliados, conforme descrito na Tabela 4.

Fundamentado no resultado do teste de Wald de significância para cada parâmetro estimado no modelo de regressão verificou-se que em relação às características demográficas e socioeconômicas, os resultados mostraram diferenças por gênero entre os idosos com

DCNT, com os do sexo masculino apresentando uma maior chance (OR= 1,39) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos do sexo feminino. No que se refere às faixas etárias, os idosos entre 60 a 79 anos de idade apresentaram uma maior chance (OR= 1,50) de autodeclararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles com idade igual ou superior a 80 anos. Em referência a cor da pele, aqueles que se declararam brancos, pardos, amarelos ou indígenas apresentaram maior chance (OR= 1,38; OR= 1,22), respectivamente, de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que se declararam pretos.

Quanto à escolaridade observou-se que indivíduos com oito anos ou mais de estudo completos demonstraram maior chance (OR= 2,30) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles com apenas oito anos completos de estudo. Acerca da situação conjugal verificou-se que entre os idosos com DCNT, aqueles que possuem companheiro(a) apresentaram menor chance (OR= 0,84) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aos solteiros, viúvos, separados e divorciados. Trabalhar nos últimos três meses repercutiu de forma positiva na autopercepção de saúde destes indivíduos. Sendo que, os idosos que exerceram atividade laboral nos últimos três meses apresentaram maior chance (OR= 1,29) de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aos que não trabalharam durante este mesmo período. Ainda, os idosos com plano privado de saúde apresentaram uma menor chance (OR= 0,77) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos que não possuem cobertura privada de saúde.

No que tange aos indicadores comportamentais, observou-se que entre os idosos com DCNT, aqueles que consumiam frutas e hortaliças regularmente durante a semana apresentaram uma maior chance (OR= 1,55) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aos que não consumiam estes alimentos durante a semana de forma regular. Em relação ao tempo de tela, encontrou-se que indivíduos que não ultrapassaram o tempo diário recomendado de tela apresentaram uma maior chance (OR= 1,39) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles que não cumpriam esta recomendação. Sobre o estado nutricional, os idosos classificados com baixo peso e sobrepeso, de acordo com o IMC, apresentaram uma menor chance (OR= 0,87; OR= 0,88), respectivamente, de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação àqueles enquadrados na faixa de peso considerada normal.

Ainda, entre os idosos com DCNT, os indivíduos que atualmente não fumam apresentaram uma menor chance (OR= 0,81) de declararem uma autopercepção de saúde

muito boa/boa em relação aqueles que declararam estar fazendo uso atual do tabaco. Já os idosos que nunca fumaram apresentaram uma maior chance (OR= 1,15) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos ex-fumantes. Sobre o consumo de álcool verificou-se que os indivíduos que não consumiam bebida alcoólica apresentaram uma menor chance (OR= 0,71) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que consumiram ocasionalmente algum tipo de bebida alcoólica.

No que tange ao tratamento das condições crônicas de saúde, os idosos hipertensos que relataram estar fazendo atualmente o uso da medicação para o controle da hipertensão arterial apresentaram uma menor chance (OR= 0,22) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aqueles que são hipertensos, mas por algum motivo não faziam o uso naquele momento dos anti-hipertensivos. Além disso, os idosos diabéticos que relataram estar fazendo atualmente o uso de duas medicações para o controle do diabetes *mellitus* apresentaram uma menor chance (OR= 0,48; OR= 0,30), para comprimido e insulina respectivamente, de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles que possuem esta comorbidade, mas por algum motivo não faziam o uso naquele momento dos hipoglicemiantes orais e injetáveis.

Ainda, os idosos diabéticos e hipertensos, que relataram estar fazendo o uso atual do hipoglicemiante oral apresentaram uma menor chance (OR= 0,83) de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que possuem estas comorbidades, mas por algum motivo não faziam atualmente o uso destes medicamentos. Já os idosos diabéticos e hipertensos, que relataram estar fazendo atualmente o uso do anti-hipertensivo e do hipoglicemiante injetável apresentaram uma maior chance (OR= 1,16; OR=1,87), respectivamente, de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aqueles que apresentam estas condições de saúde, mas por algum motivo não faziam no momento da entrevista o uso destas medicações.

Tabela 4 - Resultado do modelo logístico hierárquico explicativo da chance da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial reportar uma autopercepção de saúde muito boa/boa segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019).

Variáveis	**Muito boa/Boa**	
	OR (IC95%)	p-valor*
Bloco – Demográficas e Socioeconômicas		
Sexo		
Feminino	ref.	
Masculino	1,39 [1,35; 1,42]	< 0,001

Faixa etária		
≥ 80 anos	ref.	
60 a 79 anos	1,50 [1,46; 1,53]	< 0,001
Cor da pele		
Preta	ref.	
Branca	1,38 [1,34; 1,42]	< 0,001
Outra cor	1,22 [1,18; 1,25]	< 0,001
Escolaridade		
≤ 8 anos de estudo	ref.	
> 8 anos de estudo	2,30 [2,26; 2,35]	< 0,001
Situação conjugal		
Sem companheiro	ref.	
Com companheiro	0,84 [0,83; 0,86]	< 0,001
Trabalho nos últimos três meses		
Não	ref.	
Sim	1,29 [1,26; 1,31]	< 0,001
Posse de plano de saúde		
Não	ref.	
Sim	0,77 [0,76; 0,79]	< 0,001
Bloco – Comportamentais		
Prática de atividade física no lazer		
Inativo/Insuficiente	ref.	
Ativo	1,00 [0,98; 1,02]	0,724
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças		
Não	ref.	
Sim	1,55 [1,52; 1,58]	< 0,001
Tempo de tela total		
Sim	ref.	
Não	1,39 [1,36; 1,41]	< 0,001
Estado nutricional		
Peso normal	ref.	
Baixo peso	0,87 [0,85; 0,90]	< 0,001
Sobrepeso	0,88 [0,86; 0,90]	< 0,001
Tabagismo		
Sim	ref.	
Não	0,81 [0,79; 0,84]	< 0,001

Histórico de tabagismo		
Sim	ref.	
Não	1,15 [1,12; 1,17]	< 0,001
Consumo ocasional de bebida alcoólica		
Sim	ref.	
Não	0,71 [0,69; 0,72]	< 0,001
Hipertenso*Uso atual de anti-hipertensivo		
Não	ref.	
Sim	0,22 [0,20; 0,24]	< 0,001
Diabético*Uso atual de hipoglicemiante oral		
Não	ref.	
Sim	0,48 [0,45; 0,51]	< 0,001
Diabético*Uso atual de hipoglicemiante injetável		
Não	ref.	
Sim	0,30 [0,29; 0,32]	< 0,001
Diabético e hipertenso*Uso atual de anti-hipertensivo		
Não	ref.	
Sim	1,16 [1,12; 1,21]	< 0,001
Diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante oral		
Não	ref.	
Sim	0,83 [0,77; 0,90]	< 0,001
Diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante injetável		
Não	ref.	
Sim	1,87 [1,74; 2,00]	< 0,001

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*p-valor calculado pelo teste de Wald desconsiderando os dados (não sabe/não quis responder).

Além disso, é preciso analisar os indicadores relacionados ao modelo hierárquico final. A razão de verossimilhança foi utilizada para avaliar a qualidade de ajuste entre os modelos. Em que, o modelo mais complexo é aquele que contém todos os preditores – demográficos, socioeconômicos e comportamentais; e o modelo mais simples aquele que contém apenas os preditores demográficos e socioeconômicos. De acordo com as evidências encontradas pelo teste da razão de verossimilhança, a qual teve seu valor reduzido no modelo final de 339.093,360 para 329.421,680, conclui-se que o modelo mais complexo é ainda melhor que o

modelo mais simples. Isso porque, o valor-p (< 0,001) foi menor do que o nível de significância de 5% atribuído ao teste, permitindo rejeitar a hipótese nula. A qual pressupõe que o modelo simples é tão bom em termos de ajuste quanto o modelo complexo.

Ademais, ao analisar o ganho de informação do modelo final através do *pseudo-R^2 de Nagelkerke* observou-se que 15,6% da variação da autopercepção de saúde é explicada pelas variáveis preditoras do modelo final, o que indica uma boa qualidade do ajuste. Por fim, ao analisar a porcentagem global de acerto do modelo observou-se que 62,8% dos casos foram classificados de forma adequada pelo modelo selecionado. Sendo que, entre os idosos com diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, que autoavaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim e muito bom ou bom, 55,7% e 69,0%, respectivamente, foram classificados corretamente.

6.2 RESULTADOS DO VIGITEL 2020 - PERÍODO PANDÊMICO

Foram estudados 314 idosos (≥ 60 anos) com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos, que responderam ao Vigitel em Belo Horizonte - MG, no período pandêmico (2020). Destes, 62,5% eram do sexo feminino, com idades entre 60 a 79 anos (86,8%), 48,5% autodeclararam-se como pardos, amarelos ou indígenas e 61,7% viviam com cônjuge ou companheiro(a). Além disso, entre os entrevistados 73,2% não haviam exercido atividade laboral nos últimos três meses, 67,8% relataram possuir até 8 anos completos de estudo e 50,6% relataram possuir pelo menos um plano de saúde ou convênio médico, conforme descrito na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020).

Variáveis	**Categorias**	**N absoluto**	**%**	**N ponderado**	**%**
Sexo	Masculino	91	29,0	108.703	37,5
	Feminino	223	71,0	180.858	62,5
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Faixa etária	60 a 79 anos	257	81,8	251.263	86,8
	≥ 80 anos	57	18,2	38.298	13,2
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Cor da pele	Branca	132	42,0	121.047	41,8
	Preta	30	9,6	23.986	8,3
	Outras	147	46,8	140.372	48,5
	Não sabe	5	1,6	4.156	1,4

	Total	314	100,0	289.561	100,0
Situação conjugal	Com companheiro(a)	155	49,4	178.787	61,7
	Sem companheiro(a)	159	50,6	110.775	38,3
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Trabalho nos últimos três meses	Sim	72	22,9	77.617	26,8
	Não	242	77,1	211.944	73,2
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Escolaridade	≤ 8 anos de estudo	205	65,3	196.243	67,8
	> 8 anos de estudo	109	34,7	93.318	32,2
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Posse de plano de saúde	Sim	180	57,3	146.395	50,6
	Não	134	42,7	143.166	49,4
	Total	314	100,0	289.561	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em relação aos comportamentos de risco para a saúde destaca-se que o uso do tabaco pelos idosos com DCNT foi de apenas 10,4% e 36,7% relataram serem ex-tabagistas. Já o consumo ocasional de bebida alcoólica entre os entrevistados foi de 68,9%. Ainda, observou-se que 51,2% dos respondentes possuíam um consumo irregular semanal de frutas e hortaliças sendo a categoria sobrepeso (48,6%) a mais prevalente em relação ao estado nutricional. Além disso, 50,8% dos idosos assistiam à televisão e utilizavam aparelhos eletrônicos com acesso à internet por mais de três horas diárias, enquanto que 62,4% foram considerados sedentários/inativos para a prática de atividade física no lazer.

Sobre o tratamento das condições de saúde observou-se que entre os idosos hipertensos, 88,5% relataram estar utilizando atualmente a medicação para o controle desta comorbidade. Isto também foi verificado para os idosos diabéticos em que, 25,2% e 9,6% informaram estar atualmente fazendo o uso do hipoglicemiante oral e uso do hipoglicemiante injetável, respectivamente, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição segundo as variáveis comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020).

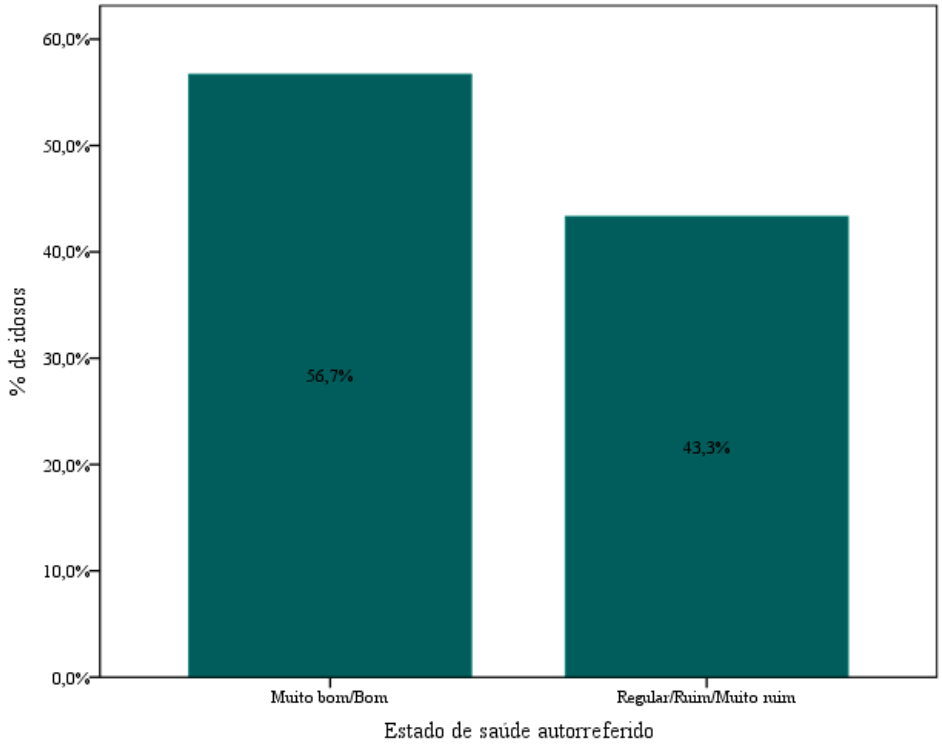
Indicadores	**Categorias**	**N absoluto**	**%**	**N ponderado**	**%**
Tabagismo	Sim	30	9,6	30.126	10,4
	Não	284	90,4	259.435	89,6
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Histórico de tabagismo	Sim	98	34,1	95.668	36,7
	Não	189	65,9	165.266	63,3
	Total	287	100,0	260.934	100,0
Consumo ocasional de	Sim	205	65,3	199.425	68,9

bebida alcoólica	Não	109	34,7	90.136	31,1
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças	Sim	158	50,3	141.416	48,8
	Não	156	49,7	148.145	51,2
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Estado nutricional	Baixo peso	39	12,4	34.475	11,9
	Peso normal	120	38,2	114.254	39,5
	Sobrepeso	155	49,4	140.832	48,6
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Tempo de tela total	Sim	168	53,5	147.012	50,8
	Não	146	46,5	142.549	49,2
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Prática de atividade física suficiente no lazer	Ativo	105	33,4	108.791	37,6
	Inativo	209	66,6	180.770	62,4
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Uso atual de anti-hipertensivo	Sim	278	88,5	251.713	88,5
	Não	19	6,1	23.080	6,1
	Não se aplica	17	5,4	14.768	5,4
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Uso atual de hipoglicemiante oral	Sim	79	25,2	75.597	25,2
	Não	12	3,8	9.431	3,8
	Não se aplica	223	71,0	204.533	71,0
	Total	314	100,0	289.561	100,0
Uso atual de hipoglicemiante injetável	Sim	30	9,6	26.089	9,6
	Não	61	19,4	58.939	19,4
	Não se aplica	223	71,0	204.533	71,0
	Total	314	100,0	289.561	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem a casos faltantes.

A Figura 5 representa a autopercepção de saúde dos idosos com DCNT no período pandêmico (2020). Entre os entrevistados, 56,7% consideraram seu estado de saúde como muito bom ou bom e 43,3% como regular, ruim ou muito ruim.

Figura 5 - Distribuição percentual segundo a autopercepção de saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020).



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A Tabela 7 apresenta o resultado das análises bivariadas da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde dos idosos com DCNT no período pandêmico (2020).

Ao observar o valor-p do teste Qui-Quadrado de Pearson é possível dizer que, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a autopercepção de saúde e as variáveis: sexo, faixa etária, cor, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses, escolaridade, posse de plano de saúde, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo ocasional de bebida alcoólica, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, estado nutricional, prática de atividade física no lazer, tempo de tela total, uso atual de anti-hipertensivo, uso atual de hipoglicemiante oral e uso atual hipoglicemiante injetável.

Tabela 7 - Análise bivariada da autopercepção de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais relacionadas à saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial autorreferidos residente em Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020).

Variáveis	**Muito boa/Boa**		**Regular/Ruim/Muito ruim**		**p-valor***
	n	**%**	**n**	**%**	
Sexo					
Masculino	73.810	67,9	34.893	32,1	< 0,001
Feminino	93.478	51,7	87.380	48,3	
Faixa etária					
60 a 79 anos	149.355	59,4	101.908	40,6	< 0,001
≥ 80 anos	17.932	46,8	20.366	53,2	
Cor da pele					
Branca	77.764	64,2	43.283	35,8	< 0,001
Preta	16.162	57,4	11.980	42,6	
Outras	73.361	52,3	67.011	47,7	
Não sabe	341	8,2	3.815	91,8	
Situação conjugal					
Com companheiro(a)	105.876	59,2	72.911	40,8	< 0,001
Sem companheiro(a)	61.412	55,4	49.363	44,6	
Trabalho nos últimos três meses					
Sim	50.759	65,4	26.857	34,6	< 0,001
Não	116.528	55,0	95.416	45,0	
Escolaridade					
≤ 8 anos de estudo	95.967	48,9	100.277	51,1	< 0,001
> 8 anos de estudo	71.321	76,4	21.997	23,6	
Posse de plano de saúde					
Sim	88.130	60,2	58.265	39,8	< 0,001
Não	79.158	55,3	64.009	44,7	
Tabagismo					
Sim	16.331	54,2	13.795	45,8	< 0,001
Não	150.957	58,2	108.479	41,8	
Histórico de tabagismo					
Sim	59.764	62,5	35.904	37,5	< 0,001
Não	86.370	44,5	107.524	55,5	
Consumo ocasional de bebida alcoólica					
Sim	114.713	57,5	84.711	42,5	< 0,001

Não	52.574	58,3	37.562	41,7	
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças					
Sim	82.183	58,1	59.233	41,9	< 0,001
Não	85.104	57,4	63.040	42,6	
Estado nutricional					
Baixo peso	22.266	64,6	12.209	35,4	
Peso normal	74.670	65,4	39.584	34,6	< 0,001
Sobrepeso	70.352	50,0	70.480	50,0	
Prática de atividade física no lazer					
Ativo	79.903	73,4	28.888	26,6	< 0,001
Inativo/insuficiente	87.384	48,3	93.386	51,7	
Tempo de tela total					
Sim	88.137	60,0	58.875	40,0	< 0,001
Não	79.151	55,5	63.399	44,5	
Uso atual de anti-hipertensivo					
Sim	142.780	56,7	108.933	43,3	
Não	15.371	66,6	7.709	33,4	< 0,001
Não se aplica	9.137	61,9	5.631	38,1	
Uso atual de hipoglicemiante oral					
Sim	29.562	39,1	46.035	60,9	
Não	5.118	54,3	4.313	45,7	< 0,001
Não se aplica	132.607	64,8	71.926	35,2	
Uso atual de hipoglicemiante injetável					
Sim	10.328	39,6	15.761	60,4	
Não	24.352	41,3	34.587	58,7	< 0,001
Não se aplica	132.607	64,8	71.926	35,2	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*p-valor calculado pelo teste Qui-Quadrado de Pearson desconsiderando os dados (não sabe/não quis responder).

O modelo hierárquico referente ao período pandêmico foi desenvolvido utilizando a regressão logística binária, a fim de testar a associação entre a autopercepção de saúde e as variáveis independentes, tendo sempre as variáveis dos tipos de comorbidades como variável de controle. Assim, foram adicionadas no primeiro bloco as três variáveis dos tipos de

comorbidades, a saber: ser diabético, ser hipertenso e ser diabético e hipertenso. No segundo bloco foram inseridas todas as variáveis demográficas e socioeconômicas, a saber: sexo, faixa etária, cor, escolaridade, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses e posse de plano de saúde. Posteriormente, acrescidas a estas foram inseridas no terceiro bloco as variáveis comportamentais, a saber: prática de atividade física no lazer, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, tempo de tela total, estado nutricional, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo de bebida alcoólica e o uso atual de medicamentos.

Sendo, o efeito do uso das medicações avaliado por meio da interação para cada grupo de indivíduos considerando o tipo de comorbidade, a saber: ser hipertenso*uso atual de anti-hipertensivo; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante oral; ser diabético*uso atual de hipoglicemiante injetável; ser diabético e hipertenso*uso de anti-hipertensivo; ser diabético e hipertenso*uso de hipoglicemiante oral; ser diabético e hipertenso*uso atual de hipoglicemiante injetável. Ao final, permaneceram nos blocos as variáveis estatisticamente significativas (valor-p $\leq$ 0,001), sendo elas: sexo, faixa etária, cor, escolaridade, situação conjugal, trabalho nos últimos três meses, posse de plano de saúde, prática de atividade física no lazer, consumo regular semanal de frutas e hortaliças, tempo de tela, estado nutricional, tabagismo, histórico de tabagismo, consumo de bebida alcoólica e o uso atual de anti-hipertensivo, uso atual de hipoglicemiante oral e injetável, somente para os idosos diabéticos e; diabéticos e hipertensos, conforme descrito na Tabela 8.

Fundamentado no resultado do teste de Wald de significância para cada parâmetro estimado no modelo de regressão verificou-se que em relação às características demográficas e socioeconômicas, os resultados mostraram diferenças por gênero entre os idosos com DCNT do sexo masculino apresentando uma maior chance (OR= 1,43) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos do sexo feminino. No que se refere a faixa etária, os idosos entre 60 a 79 anos de idade apresentaram uma maior chance (OR= 1,45) de autodeclararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles com idade igual ou superior a 80 anos. Em referência a cor da pele, aqueles que se declararam brancos apresentaram uma maior chance (OR= 1,09) e os pardos, amarelos ou indígenas uma menor chance (OR= 0,89), de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que se declararam pretos. Quanto à escolaridade observou-se que indivíduos com oito anos ou mais de estudo completos demonstraram maior chance (OR= 3,89) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles com apenas oito anos completos de estudo.

Acerca da situação conjugal verificou-se que entre os idosos com DCNT, aqueles que possuem companheiro(a) apresentaram menor chance (OR= 0,92) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aos solteiros, viúvos, separados e divorciados. Trabalhar nos últimos três meses repercutiu de forma positiva na autopercepção de saúde destes indivíduos. Sendo que, os idosos que exerceram atividade laboral nos últimos três meses apresentaram maior chance (OR= 1,16) de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aos que não trabalharam durante este mesmo período. Ainda, os idosos com plano privado de saúde apresentaram uma menor chance (OR= 0,73) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos que não possuem cobertura privada de saúde. Enquanto que, no que tange aos indicadores comportamentais observou-se que entre os idosos com DCNT, aqueles classificados como ativos para a prática de atividade física no lazer apresentaram uma maior chance (OR= 2,75) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aos classificados como inativos.

Em relação ao consumo de frutas e hortaliças, os idosos que consumiam estes alimentos regularmente durante a semana apresentaram uma menor chance (OR= 0,92) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aos que não consumiam frutas e hortaliças durante a semana de forma regular. Além disso, os indivíduos que não ultrapassaram o tempo diário recomendado para o uso de aparelhos eletrônicos apresentaram uma menor chance (OR= 0,93) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos que utilizam estes aparelhos por mais de três horas diárias. Sobre o estado nutricional, os idosos classificados com baixo peso e sobrepeso, de acordo com o IMC, apresentaram, respectivamente, uma maior chance (OR= 1,22) e uma menor chance (OR= 0,53) de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação àqueles enquadrados na faixa de peso considerada normal. Acerca dos indivíduos que atualmente não fumam, esses apresentaram uma maior chance (OR= 1,65) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em relação aqueles que declararam estar fazendo uso atual do tabaco.

Quanto aos idosos que nunca fumaram, estes apresentaram uma menor chance (OR= 0,66) de relatarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aos ex-fumantes. Sobre o consumo de álcool verificou-se que os indivíduos que não consumiam bebida alcoólica apresentaram uma maior chance (OR= 1,25) de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que consumiam ocasionalmente algum tipo de bebida alcoólica. No que tange ao tratamento das condições crônicas de saúde, os idosos diabéticos que relataram estar fazendo atualmente o uso de duas medicações para o controle do diabetes *mellitus* apresentaram uma menor e uma maior chance

(OR= 0,46; OR= 1,26), para comprimido e insulina respectivamente, de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa se comparado aqueles que possuem esta comorbidade, mas por algum motivo não faziam o uso naquele momento dos hipoglicemiantes orais e injetáveis.

Ainda, os idosos diabéticos e hipertensos, que relataram estar fazendo o uso atual do anti-hipertensivo apresentaram uma maior chance (OR= 1,33) de declararem uma autopercepção de saúde muito boa/boa quando comparado aos que possuem estas comorbidades, mas por algum motivo não faziam atualmente o uso desta medicação. Já os idosos diabéticos e hipertensos, que relataram estar fazendo atualmente o uso do hipoglicemiante oral e injetável, apresentaram uma menor chance (OR= 0,34; OR=0,74), respectivamente, de reportarem uma autopercepção de saúde muito boa/boa em comparação aqueles que apresentam estas condições de saúde, mas por algum motivo não faziam no momento da entrevista o uso destes medicamentos.

Tabela 8 - Resultado do modelo logístico hierárquico explicativo da chance da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial reportar uma autopercepção de saúde muito boa/boa segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2020).

Variáveis	**Muito boa/Boa**	
	OR (IC95%)	p-valor*
Bloco – Demográficas e Socioeconômicas		
Sexo		
Feminino	ref.	
Masculino	1,43 [1,40; 1,46]	< 0,001
Faixa etária		
≥ 80 anos	ref.	
60 a 79 anos	1,45 [1,41; 1,49]	< 0,001
Cor da pele		
Preta	ref.	
Branca	1,09 [1,06; 1,13]	< 0,001
Outra cor	0,89 [0,86; 0,92]	< 0,001
Escolaridade		
≤ 8 anos de estudo	ref.	
> 8 anos de estudo	3,89 [3,81; 3,98]	< 0,001
Situação conjugal		
Sem companheiro	ref.	
Com companheiro	0,92 [0,90; 0,94]	< 0,001

Trabalho nos últimos três meses		
Não	ref.	
Sim	1,16 [1,14; 1,19]	< 0,001
Posse de plano de saúde		
Não	ref.	
Sim	0,73 [0,71; 0,74]	< 0,001
Bloco – Comportamentais		
Prática de atividade física no lazer		
Inativo/Insuficiente	ref.	
Ativo	2,75 [2,70; 2,80]	< 0,001
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças		
Não	ref.	
Sim	0,92 [0,90; 0,94]	< 0,001
Tempo de tela		
Sim	ref.	
Não	0,93 [0,92; 0,95]	< 0,001
Estado nutricional		
Peso normal	ref.	
Baixo peso	1,22 [1,19; 1,26]	< 0,001
Sobrepeso	0,53 [0,52; 0,54]	< 0,001
Tabagismo		
Sim	ref.	
Não	1,65 [1,60; 1,70]	< 0,001
Histórico de tabagismo		
Sim	ref.	
Não	0,66 [0,65; 0,67]	< 0,001
Consumo ocasional de bebida alcoólica		
Sim	ref.	
Não	1,25 [1,23; 1,28]	< 0,001
Ser hipertenso*Uso atual de anti-hipertensivo		
Não	ref.	
Sim	0,00 [0,00; 0,00]	0,989
Ser diabético*Uso atual de hipoglicemiante oral		
Não	ref.	
Sim	0,46 [0,44; 0,49]	< 0,001
Ser diabético*Uso atual de hipoglicemiante		

injetável		
Não	ref.	
Sim	1,26 [1,20; 1,31]	< 0,001
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de anti-hipertensivo		
Não	ref.	
Sim	1,33 [1,28; 1,38]	< 0,001
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante oral		
Não	ref.	
Sim	0,34 [0,31; 0,36]	< 0,001
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante injetável		
Não	ref.	
Sim	0,74 [0,68; 0,80]	< 0,001

Fonte: Elaborado pela autora (2021).
*p-valor calculado pelo teste de Wald desconsiderando os dados (não sabe/não quis responder).

Além disso, é preciso analisar os indicadores relacionados ao modelo hierárquico final. A razão de verossimilhança foi utilizada para avaliar a qualidade de ajuste entre os modelos. Em que, o modelo mais complexo é aquele que contém todos os preditores – demográficos, socioeconômicos e comportamentais; e o modelo mais simples aquele que contém apenas os preditores demográficos e socioeconômicos. De acordo com as evidências encontradas pelo teste da razão de verossimilhança, a qual teve seu valor reduzido no modelo final de 350.661,290 para 327.194,648, conclui-se que o modelo mais complexo é ainda melhor que o modelo mais simples. Isso porque, o valor-p (< 0,001) foi menor do que o nível de significância de 5% atribuído ao teste, permitindo rejeitar a hipótese nula. A qual pressupõe que o modelo simples é tão bom em termos de ajuste quanto o modelo complexo.

Ademais, ao analisar o ganho de informação do modelo final através do *pseudo-R^2 de Nagelkerke* observou-se que 27,8% da variação da autopercepção de saúde é explicada pelas variáveis preditoras do modelo final, o que indica uma boa qualidade do ajuste. Por fim, ao analisar a porcentagem global de acerto do modelo observou-se que 69,4% dos casos foram classificados de forma adequada pelo modelo selecionado. Sendo que, entre os idosos com diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, que autoavaliaram seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim e muito bom ou bom, 59,7% e 78,5%, respectivamente, foram classificados corretamente.

6.3 RESULTADOS DA COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO VIGITEL 2019 E 2020

O teste T de *Student* para amostras independentes foi utilizado para comparar as proporções de autoavaliações positivas do estado de saúde e fatores associados obtidas pelo Vigitel no período pandêmico com aquelas do período pré-pandêmico. Neste teste, somente as variáveis estatisticamente significativas nos modelos finais de regressão foram comparadas. De acordo com o resultado apresentado na Tabela 9, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa na proporção de idosos com DCNT, que no período pandêmico autoavaliou positivamente seu estado de saúde quando comparado aquela do período pré-pandêmico (Df= 0,010; p > 0,05). Isso porque o valor-p encontrado foi maior do que o nível de significância de 5% atribuído ao teste, assim pode-se dizer que não se tem evidências nos dados para rejeitar a hipótese nula, a qual pressupõe a igualdade das proporções entre os dois períodos.

Já para as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais autorreferidas por estes indivíduos verificou-se com um nível de significância de 5%, que a proporção de idosos com DCNT que consumiram bebida alcoólica no período pandêmico foi diferente estatisticamente da proporção encontrada no período pré-pandêmico (Df= -0,359; p < 0,001). Assim, com base no valor obtido da diferença entre as proporções pode-se dizer que a proporção de idosos com DCNT que consumiram álcool de forma ocasional no período pandêmico foi menor em comparação àquela do período pré-pandêmico. As demais variáveis conforme o valor-p encontrado não demonstraram diferença estatisticamente significativa nas proporções entre os dois períodos analisados.

Tabela 9 - Resultado da comparação entre as proporções da variável categórica autopercepção de saúde e das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais autorrelatadas, obtidas no período pandêmico com o pré-pandêmico, pela população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial de acordo com o teste T de *Student* para amostras independentes, Belo Horizonte - Minas Gerais, Vigitel (2019, 2020).

Variáveis	**Proporções**	**Diferença nas proporções**	**t**	**p-valor**
Autopercepção de saúde	(2020): 0,567 (2019): 0,557	0,010 [-0,06; 0,08]	0,288	0,773
Sexo	(2020): 0,710 (2019): 0,713	-0,002 [-0,06; 0,06]	-0,079	0,937

Faixa etária	(2020): 0,182 (2019): 0,164	0,018 [-0,03; 0,07]	0,685	0,493
Cor da pele	(2020): 0,111 (2019): 0,109	0,002 [-0,04; 0,05]	0,107	0,915
Escolaridade	(2020): 0,347 (2019): 0,364	-0,017 [-0,08; 0,05]	-0,519	0,604
Situação conjugal	(2020): 0,506 (2019): 0,512	-0,006 [-0,07; 0,06]	-0,164	0,870
Trabalho nos últimos três meses	(2020): 0,771 (2019): 0,761	0,010 [-0,05; 0,07]	0,336	0,737
Posse de plano de saúde	(2020): 0,427 (2019): 0,416	0,011 [-0,06; 0,08]	0,323	0,747
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças	(2020): 0,497 (2019): 0,480	0,017 [-0,05; 0,09]	0,488	0,626
Tempo de tela	(2020): 0,465 (2019): 0,496	-0,031 [-0,10; 0,04]	-0,897	0,370
Estado nutricional	(2020): 0,494 (2019): 0,478	0,015 [-0,05; 0,08]	0,442	0,658
Tabagismo	(2020): 0,904 (2019): 0,936	-0,031 [-0,07; 0,006]	-1,722	0,085
Histórico de tabagismo	(2020): 0,688 (2019): 0,637	0,051 [-0,01; 0,11]	1,539	0,124
Consumo ocasional de bebida alcoólica	(2020): 0,347 (2019): 0,706	-0,359 [-0,42; -0,30]	-10,535	< 0,001
Uso atual de anti-hipertensivo	(2020): 0,115 (2019): 0,119	-0,004 [-0,05; 0,04]	-0,185	0,853
Uso atual de hipoglicemiante oral	(2020): 0,748 (2019): 0,713	0,036 [-0,02; 0,10]	1,156	0,248
Uso atual de hipoglicemiante injetável	(2020): 0,904 (2019): 0,917	-0,012 [-0,05; 0,03]	-0,617	0,537

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O teste sugerido por Paternoster *et al*. (1998), de acordo com o trabalho de Clogg *et al*. (1995) foi realizado utilizando a fórmula não enviesada para o cálculo do erro padrão do

estimador, com o objetivo de verificar possíveis mudanças nos coeficientes das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais obtidos nos modelos de regressão finais no período pandêmico com o pré-pandêmico, para a população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial. Considerando a distribuição amostral como normal e atribuído um nível de significância estatística de 5% tem-se um valor de t crítico estabelecido de 1,96 até -1,96.

Sendo assim, de acordo com os valores da estatística t e dos coeficientes das regressões apresentados na Tabela 10, observou-se que do período pandêmico para o pré-pandêmico houveram mudanças negativas estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos coeficientes das variáveis autorrelatadas pelos idosos com DCNT para uma autopercepção positiva de saúde, sendo elas, cor da pele para a categoria outras ($ß_{2020}$= -0,117), consumo regular semanal de frutas e hortaliças ($ß_{2020}$= -0,084), tempo de tela ($ß_{2020}$= -0,069) e histórico de tabagismo ($ß_{2020}$= -0,420), ser diabético e hipertenso*uso atual de hipoglicemiante injetável (ß= -0,302). Ainda, verificou-se que do período pandêmico para o pré-pandêmico houve mudanças positivas estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos coeficientes das variáveis estado nutricional para a categoria baixo peso ($ß_{2020}$= 0,201), tabagismo ($ß_{2020}$= 0,500), consumo ocasional de bebida alcóolica ($ß_{2020}$= 0,224) e ser diabético*uso atual de hipoglicemiante injetável ($ß_{2020}$= 0,228) autorrelatadas pelos idosos com DCNT para uma autopercepção positiva de saúde. Para as demais variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) não foram observadas mudanças nos coeficientes entre os dois períodos analisados.

Tabela 10 - Resultado da comparação dos coeficientes das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais obtidos nos modelos de regressão finais no período pandêmico com o pré-pandêmico, para população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial de acordo com o teste sugerido por Paternoster *et al*. (1998), Belo Horizonte - MG, Vigitel (2019, 2020).

Variáveis	**$ß_{1(2020)}$; OR**	**$SE_{ß1(2020)}$**	**$ß_{2(2019)}$; OR**	**$SE_{B2(2019)}$**	**t**	**p-valor**
Sexo						
Feminino	ref.		ref.			
Masculino	0,357; 1,43	0,011	0,326; 1,39	0,011	1,992755474	< 0,05
Faixa etária						
≥ 80 anos	ref.		ref.			
60 a 79 anos	0,371; 1,45	0,013	0,402; 1,50	0,013	-1,686177709	< 0,05
Cor da pele						
Preta	ref.		ref.			
Branca	0,087; 1,09	0,016	0,325; 1,38	0,015	-10,85186591	< 0,05

Outras	-0,117; 0,89	0,015	0,199; 1,22	0,014	-15,40089765	
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	ref.		ref.			
> 8 anos de estudo	1,359; 3,89	0,011	0,835; 2,30	0,011	33,68399576	< 0,05
Trabalho nos últimos três meses						
Não	ref.		ref.			
Sim	0,149; 1,16	0,011	0,252; 1,29	0,010	-6,928529778	< 0,05
Situação conjugal						
Sem companheiro	ref.		ref.			
Com companheiro	-0,085; 0,92	0,010	-0,171; 0,84	0,009	6,392329658	< 0,05
Posse de plano de saúde						
Não	ref.		ref.			
Sim	-0,321; 0,73	0,010	-0,256; 0,77	0,01	-4,596194078	< 0,05
Consumo regular semanal de frutas e hortaliças						
Não	ref.		ref.			
Sim	-0,084; 0,92	0,010	0,438; 1,55	0,009	-38,79995443	< 0,05
Tempo de tela						
Sim	ref.		ref.			
Não	-0,069; 0,93	0,009	0,326; 1,39	0,009	-31,03413095	< 0,05
Estado nutricional						
Peso normal	ref.		ref.			
Baixo peso	0,201; 1,22	0,015	-0,131; 0,87	0,015	15,650630009	< 0,05
Sobrepeso	-0,541; 0,53	0,010	-0,126; 0,88	0,009	-30,84670707	
Tabagismo						
Sim	ref.		ref.			
Não	0,500; 1,65	0,016	-0,207; 0,81	0,017	30,28455264	< 0,05
Histórico de tabagismo						
Sim	ref.		ref.			
Não	-0,420; 0,66	0,010	0,137; 1,15	0,010	-39,38584771	< 0,05

Consumo ocasional de bebida alcoólica						
Sim	ref.		ref.			
Não	0,224; 1,25	0,010	-0,338; 0,71	0,010	39,7394011	< 0,05
Ser diabético*Uso atual de hipoglicemiante oral						
Não	ref.		ref.			
Sim	-0,770; 0,46	0,031	-0,733; 0,48	0,030	-0,857686427	< 0,05
Ser diabético*Uso atual de hipoglicemiante injetável						
Não	ref.		ref.			
Sim	0,228; 1,26	0,020	-1,194; 0,30	0,024	45,51711082	< 0,05
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de anti-hipertensivo						
Não	ref.		ref.			
Sim	0,286; 1,33	0,018	0,151; 1,16	0,021	4,880935301	< 0,05
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante oral						
Não	ref.		ref.			
Sim	-1,094; 0,34	0,043	-0,182; 0,83	0,038	-15,89274712	< 0,05
Ser diabético e hipertenso*Uso atual de hipoglicemiante injetável						
Não	ref.		ref.			
Sim	-0,302; 0,74	0,043	0,624; 1,87	0,036	-16,51203733	< 0,05

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

7 DISCUSSÃO

Ao considerar a subjetividade e a complexidade da autopercepção de saúde sabe-se que existem diversos fatores que podem interferir na resposta a este item, tanto os objetivos, relacionados à condição física, aos comportamentos de saúde e fatores genéticos; quanto os subjetivos, em que se encontram as emoções, os sentimentos e sensações experimentados além dos contextuais, que compreendem os fatores do ambiente em que os indivíduos estão inseridos (JYLHÄ, 2009). Neste sentido, a pandemia da Covid-19 e as medidas de distanciamento social mais rígidas que precisaram ser adotadas, particularmente, no caso do Brasil a partir de março de 2020, impuseram mudanças repentinas na vida dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b), inclusive sobre os aspectos que podem contribuir para alterações na resposta à autopercepção de saúde (ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020; SZWARCWALD *et al*., 2021; WILLIAMS *et al.*, 2020).

Sob esta perspectiva, a literatura científica demonstra que modificações sugerindo um declínio ou melhora na autopercepção de saúde podem prever a longo prazo de forma independente, piores ou melhores prognósticos entre indivíduos com doenças crônicas (BENYAMINI *et al*., 2014). Assim, torna-se importante investigar se a população idosa com doenças crônicas experimentou após o início da pandemia, mudanças na autopercepção de saúde e nos comportamentos de risco relacionados à saúde. Para isto, o presente estudo descreveu, analisou e comparou a autopercepção de saúde e os fatores associados na população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial residentes em Belo Horizonte, que responderam ao Vigitel nos períodos pré-pandêmico e pandêmico.

Assim, em relação aos achados, nos anos de 2019 e 2020, observou-se que dos idosos diabéticos e/ou hipertensos, 56,7% e 57,6%, respectivamente, autoavaliaram sua saúde de forma positiva. Estudos internacionais de base populacional, como o de Bustos-Vásquez, Fernández-Niño e Astudillo-García (2017) encontraram prevalência de 60,1% para uma autopercepção positiva de saúde nos idosos residentes na Argentina. No país, entre os meses de março e abril de 2020, foi conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o *ConVid Behavior Survey*, um estudo transversal *online* que avaliou a saúde geral autorreferida de adultos após o início da pandemia. A pesquisa identificou uma prevalência de 74,0% para um autorrelato positivo de saúde geral na população adulta brasileira (SZWARCWALD *et al*., 2021).

Ainda, resultados similares foram encontrados por outros estudos nacionais, como o de Confortin *et al*. (2015) que observou em sua investigação uma prevalência de 51,2% para uma autopercepção positiva de saúde nos idosos brasileiros. Os valores de prevalência para uma autopercepção positiva de saúde variam na literatura científica devido as diferentes opções de resposta à pergunta e a divergência na forma de categorização da variável, assim como em relação ao contexto socioeconômico, político, cultural e de saúde dos territórios e países analisados (JUERGES; AVENDANO; MACKNBACH, 2008; JYLHÄ, 2009; SOUSA *et al*., 2020). Porém, pontua-se que não há qualquer objeção quanto a comparação que foi realizada entre as prevalências obtidas nestas pesquisas com aquelas obtidas no presente estudo, haja vista que a análise do desfecho para a autopercepção de saúde em todos os trabalhos ocorreu de forma dicotômica, sendo atribuída a categoria intermediária um sentido negativo de avaliação.

No que se refere, as associações encontradas nos modelos hierárquicos construídos para cada ano, têm-se que em 2019 e 2020, o sexo masculino foi um dos fatores associados as autoavaliações positivas de saúde pelos idosos diabéticos e/ou hipertensos. Parte das diferenças observadas entre homens e mulheres quanto à autopercepção de saúde podem ser explicadas pelo estilo de vida de risco dos homens e a maior chance que possuem de morrerem precocemente. Ainda, como um reflexo do papel socialmente atribuído a estes indivíduos, os homens também são mais resistentes em procurarem os serviços de saúde (ALMEIDA *et al*., 2015; CONFORTIN *et al*. 2015; SOUSA *et al*., 2020).

Ao contrário do que ocorre com as mulheres, pois devido a feminização da velhice, observada também neste estudo pela prevalência do sexo feminino na amostra, tem-se um aumento na chance de estas desenvolverem doenças incapacitantes, como as doenças crônicas. O que pode refletir na maior procura por serviços de saúde e na descoberta de outros agravos acarretando em pior autopercepção de saúde (ALMEIDA *et al*., 2015; CONFORTIN *et al*. 2015; SOUSA *et al*., 2020). Além disso, os homens não enfrentam tantos desafios para viverem na sociedade se comparado às mulheres. Esta diferença é observada pelos determinantes de saúde em que, os homens possuem melhores condições de trabalho, maior renda e independência favorecendo uma autopercepção positiva de saúde (MORCILLO CEBOLLA, 2017; SOUSA *et al*., 2020).

Pertencer a faixa etária mais jovem foi outro fator associado às autoavaliações positivas de saúde para idosos diabéticos e/ou hipertensos, nos anos de 2019 e 2020. De acordo com as projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2020, a porcentagem de idosos na faixa etária de 60 a 79 anos representou cerca de 6,5% do total da população

brasileira, enquanto que, a porcentagem daqueles com idade igual ou superior a 80 anos foi de aproximadamente 1,9% (UNITED NATIONS, 2019). O presente estudo corrobora isto, ao encontrar maior prevalência de idosos na faixa etária entre 60 a 79 anos. No país, o menor contingente de octogenários em relação ao de idosos mais jovens está imbricado com o recente processo de envelhecimento populacional e as condições socioeconômicas e de saúde (OLIVEIRA, 2016).

Idosos mais jovens com condições crônicas de saúde possuem melhor desempenho físico, funcional e cognitivo se comparado aos octogenários. Isto pode implicar em maior autonomia e independência na realização das atividades cotidianas, inclusive, naquelas relacionadas ao autocuidado e em melhor autopercepção de saúde (MORCILLO CEBOLLA, 2017; SOARES *et al*., 2019). Ainda, a literatura científica também aponta um risco elevado de complicações graves e morte por hipertensão e diabetes na população idosa acima dos 80 anos (OLIVEIRA, 2016). Embora seja preciso pontuar a possibilidade do viés de sobrevivência em relação às autoavaliações de saúde dos octogenários, os dados do presente estudo ressaltam a importância dos serviços e da equipe de saúde organizarem o processo de trabalho. A fim de responderem as necessidades dos idosos hipertensos e diabéticos longevos e oportunizar independente da faixa de idade melhor qualidade de vida (MENDES, 2011).

A cor da pele também esteve associada às autopercepções positivas de saúde nos dois anos avaliados. Em 2019, observou-se que os idosos brancos, pardos, amarelos e indígenas apresentaram maior chance se comparado aos negros de relatarem uma autopercepção positiva de saúde. As marcas do processo colonizatório foram responsáveis pela perpetuação de disparidades entre brancos e negros com reflexos negativos sobre as condições de saúde da população negra. Isto repercute, por exemplo, em maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e na adoção de hábitos de promoção e prevenção de agravos por indivíduos que se autodeclaram brancos e de outra cor. O que pode influenciar de forma positiva a autopercepção que estes idosos têm do seu estado de saúde (BARATA *et al.*, 2007; SOUSA *et al*., 2020).

Contudo, no ano de 2020, houve uma mudança negativa no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, somente para os idosos pardos, amarelos ou indígenas que apresentaram menor chance em comparação aos negros de relatarem uma percepção positiva de saúde. Este achado, pode estar relacionado à melhor condição socioeconômica dos indivíduos que compõem a amostra Vigitel e, a consequente, sub-representação dos idosos negros na amostra referente ao ano de 2020. Mas, este também pode tratar-se de um resultado espúrio, tendo em vista que, na verdade o que se

espera é uma maior vulnerabilidade da população idosa negra frente à pandemia da Covid-19, a qual vem sendo apontada por resultados de outros estudos brasileiros (BARBOSA *et al*., 2020).

Além disso, nos anos de 2019 e 2020, idosos com maior nível de escolaridade apresentaram chances mais altas de relatarem uma autopercepção positiva de saúde. Já está consolidado na literatura a relação entre educação e capital social. Assim, indivíduos mais escolarizados possuem maiores recursos econômicos e psicossociais, melhores condições de vida, facilidade de acesso à informação e aos serviços de saúde. Por sua vez, todos estes fatores são capazes de interferirem no comportamento individual, como por exemplo, na redução dos comportamentos de risco corroborando para melhor autopercepção de saúde (CONFORTIN *et al*., 2015; KHALAILA, 2017; SOUSA *et al*., 2020; VINCENS; EMMELIN; STAFSTRÖM, 2018). Massa & Chiavegatto Filho (2021) ao investigarem a autopercepção de saúde e os fatores associados na população idosa brasileira utilizando dados da PNS de 2013, também observaram a associação entre autopercepção positiva de saúde com o aumento da escolaridade. Indicando que, a educação é um fator importante na preservação de uma melhor percepção de saúde ao longo da vida, inclusive na velhice.

Acerca da situação conjugal, em 2019 e 2020, verificou-se que os idosos que possuíam companheiro(a) apresentaram menor chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde se comparado aos solteiros, viúvos, separados e divorciados. Esta associação é contrária a maioria dos achados encontrados na literatura científica (MASSA & CHIAVEGATTO FILHO, 2021). Contudo, alguns autores discutem que o próprio companheiro e os familiares, apesar de serem um dos suportes mais próximos para os idosos com doenças crônicas podem também tornar-se fontes estressoras para estes indivíduos provocando modificações nos padrões internos de relacionamento. O que pode afetar a adesão dos idosos quanto às práticas de autocuidado levando a redução do cuidado, ao descontrole da doença e, consequentemente, ao aparecimento de outros agravos com reflexos negativos sobre a autopercepção de saúde (BARRETO & MARCON, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2018).

Este resultado enfatiza a importância da equipe de saúde em realizar uma avaliação ampla que investigue aspectos, como o contexto familiar no qual estes idosos estão inseridos com vistas a intervir precocemente em seu estado de saúde (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2019; BARRETO & MARCON, 2014). Outro aspecto importante avaliado diz respeito à participação no mercado de trabalho. Neste sentido, em 2019 e 2020, uma autopercepção positiva de saúde foi associada positivamente ao exercício de atividade laboral nos últimos três meses. Ressalta-se que a força de trabalho como um determinante social da

saúde impacta diretamente sobre a renda das famílias (ALBUQUERQUE & SOUZA E SILVA, 2014). Diversos estudos têm demonstrado o aumento do contingente de adultos jovens desempregados e, consequentemente, a importância nas famílias brasileiras do rendimento dos idosos nos domicílios (CAMARANO, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2018). De acordo com dados da PNAD contínua de 2019, os idosos contribuem com uma proporção elevada do total da renda familiar (37,7%), em que 46,8% advém de aposentadorias ou pensões e 45,2% do trabalho (CAMARANO, 2020).

Assim, tendo em vista que a legislação brasileira permite ao indivíduo permanecer na atividade trabalhista mesmo após este se aposentar, pontua-se que a aposentadoria não significa a saída do idoso do mercado de trabalho (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014). Sob esta perspectiva, a literatura científica nacional aponta que esta permanência relaciona-se, principalmente, ao exercício da função de chefia no domicílio pelo idoso, a maior escolaridade e a melhores condições de saúde, tais como as características socioeconômicas observadas na amostra do presente estudo (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014; WAJNMAN; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2014). Compreende-se então, que o trabalho está também imbricado aos níveis de saúde de uma população. Particularmente, no caso dos idosos com DCNT, ainda a disposição de maiores recursos materiais podem proporcionar melhores condições para um acompanhamento das doenças crônicas reduzindo as chances de eventuais complicações. Logo, todos estes aspectos favorecem uma autopercepção positiva por estes indivíduos (ALBUQUERQUE & SOUZA E SILVA, 2014; KHALAILA, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2018; SOUSA *et al*., 2020).

Nos anos de 2019 e 2020, uma autopercepção positiva de saúde foi associada negativamente à cobertura de plano de saúde privado, resultado que diverge do encontrado pela maioria das pesquisas (LOYOLA-FILHO *et al*., 2018). Contudo, Louvison *et al*. (2008) na sua pesquisa realizada em uma amostra de idosos com melhores condições socioeconômicas encontrou associação entre a posse de plano privado e maior probabilidade de uso e acesso aos serviços de saúde, porém, destacou que a relação descrita não obrigatoriamente está atrelada a prestação de uma melhor atenção à saúde do idoso. Corrobora este aspecto, a investigação conduzida por Silva, Torres e Peixoto (2020), ao demonstrar que a população adulta brasileira com planos privados, os quais deveriam ter mais acesso às ações de promoção e prevenção de outros agravos, também foram os indivíduos que mais utilizaram os serviços públicos de saúde, especificamente, os da ESF, indicando a baixa resolutividade dos serviços privados. Assim, sugere-se que o cuidado produzido no setor privado pode não ser capaz de atender completamente as necessidades dos indivíduos,

inclusive, dos idosos com doenças crônicas, o que pode repercutir de forma negativa sobre a maneira como estes percebem seu estado de saúde.

Quanto às variáveis comportamentais verificou-se que, em 2020, uma autopercepção positiva de saúde foi associada positivamente a ser ativo no lazer, em que 37,6% dos idosos com doenças crônicas relataram a prática de atividade física suficiente no lazer. Já está documentado na literatura que a prática de exercício é capaz de proporcionar benefícios à saúde, como a redução da incidência de doenças crônicas e de quedas, a manutenção da independência, da autonomia e uma melhor saúde física e mental (ABULADZE *et al*., 2017; CONFORTIN *et al*., 2015; KHALAILA, 2017; WARBUTON & BREDIN, 2016). Além disso, ao favorecer a criação de vínculo entre os indivíduos configura-se uma forma importante de apoio social (CONFORTIN *et al*., 2015). Em idosos diabéticos e hipertensos, estas vantagens também se relacionam a redução do risco de outros agravos, ao controle da glicemia e da pressão arterial contribuindo para melhor qualidade de vida, inclusive, quanto a resposta do sistema imune no combate a infecções (GOUVEIA *et al*., 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021b).

Em 2019, esta variável não foi estatisticamente significativa no modelo de regressão. Assim, sugere-se ainda que estes resultados estejam relacionados a possibilidade de que os idosos que seguiram após o início da pandemia praticando atividade física também fossem aqueles que apresentavam um melhor estado de saúde. E, por isto somente, no ano de 2020, observou-se a associação positiva entre uma melhor autopercepção de saúde e a prática de atividade física no lazer. Corroboram com isto, os dados encontrados por Szwarcwald *et al*. (2021), que apontaram a prática de atividade física no lazer como um dos preditores no período pandêmico para uma autopercepção positiva pela população adulta brasileira.

Outro aspecto relevante nesta pesquisa, diz respeito ao comportamento sedentário. Em 2019, observou-se que não ultrapassar o tempo diário de uso de televisão, tablets, computadores e smartphones associou-se à maior chance de relatar uma autopercepção positiva de saúde. Atualmente, tem sido discutido o impacto positivo da utilização dos aparelhos eletroeletrônicos na saúde da população idosa. Isso porque, o uso comedido da tecnologia pode auxiliar na promoção da saúde mental, da capacidade funcional e cognitiva, assim como possibilitar a integração destes indivíduos ao mundo digital refletindo positivamente sobre a autopercepção de saúde (CONFORTIN *et al*., 2015). Em contrapartida, no ano de 2020, houve uma mudança negativa no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, em que os idosos que não ultrapassaram o tempo de tela diário apresentaram menor chance de alegarem uma

autopercepção positiva de saúde em comparação aos que utilizam estes aparelhos além do período recomendado.

Este achado pode estar relacionado às consequências das medidas rígidas de distanciamento social adotadas, principalmente, no início da pandemia. Dado que, utilizar por mais tempo as tecnologias pode demonstrar a tentativa dos idosos de aumentarem a interação com os familiares e amigos (SZWARCWALD *et al*., 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). Além disso, sobretudo, neste período configura-se uma ferramenta importante para adquirir informações a respeito da Covid-19 e permitir a continuidade do autocuidado apoiado pela equipe de saúde no acompanhamento das condições crônicas (ARMITAGE & NELLUMS, 2020; SOARES *et al*., 2021). Assim, utilizar por um menor tempo estes aparelhos pode ter ocasionado sentimentos de solidão, angústia e estresse nestes idosos repercutindo em uma autopercepção negativa da saúde (LUKAS & THERESA, 2020; SZWARCWALD *et al*., 2021). Estes resultados alertam sobre a importância da implementação de estratégias, com vistas a reduzir os prejuízos da adoção dos comportamentos de risco causados pela pandemia da Covid-19 sobre a saúde física e mental dos idosos com DCNT (SZWARCWALD *et al*., 2021).

Quanto ao hábito alimentar observou-se que, em 2019, uma autopercepção positiva de saúde foi associada positivamente ao consumo regular semanal de frutas e hortaliças. O resultado obtido pode estar relacionado aos benefícios de uma alimentação saudável para a saúde dos idosos com doenças crônicas. Os quais encontram-se a redução do risco de complicações cardiovasculares, de quedas e mortes prematuras, assim como a prevenção de outras condições de saúde (BRASIL, 2014a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Em 2020, houve uma mudança negativa no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, em que os idosos que consumiram frutas e hortaliças regularmente apresentaram menor chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde em comparação aos que não consumiram.

A relação entre alimentação e saúde perpassa os benefícios individuais dos nutrientes presentes nos alimentos e se inter-relacionam aos aspectos econômicos, culturais, sociais e contextuais, os quais são fatores mais importantes para a determinação do hábito alimentar (ABULADZE *et al*., 2017; BRASIL, 2014a; LIMA; FERREIRA NETO; FARIAS, 2015). Assim, este resultado pode ser um reflexo da restrição alimentar determinada pelas condições crônicas de saúde. Isso porque, alguns alimentos relacionam-se à identidade e aos sentimentos de autonomia e prazer experimentados pelos indivíduos e que, ao serem restringidos podem alterar negativamente a autopercepção destes sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2014a).

Ainda, as consequentes transformações na dinâmica da vida dos idosos ocasionadas pela pandemia da Covid-19 corroboram para a exacerbação desta autopercepção (SZWARCWALD *et al*., 2021).

Em relação ao estado nutricional, o presente estudo demonstrou nos anos de 2019 e 2020, que o sobrepeso se associou negativamente a uma autopercepção positiva de saúde. Este achado converge com os resultados de outras pesquisas, os quais apontam que idosos classificados de acordo com o IMC como pré-obesos ou obesos são mais propensos a autoavaliarem sua saúde de forma negativa (KHALAILA, 2017). Isto pode estar relacionado ao reconhecimento por estes idosos do efeito negativo da obesidade e seus impactos no controle das condições crônicas e no maior número de internações hospitalares (ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020; FONTENELLE *et. al*, 2018; FORAKER *et al*., 2011). Contudo, no ano de 2020, houve uma mudança positiva no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, somente para os idosos classificados com baixo peso que apresentaram maior chance de relatarem uma percepção positiva de saúde em comparação aos que estavam dentro da faixa de peso considerada normal.

Diante desta perspectiva, compreende-se que as transformações fisiológicas e metabólicas naturais decorrentes do processo de senescência e as consequentes mudanças comportamentais, psicológicas e contextuais que ocorrem no envelhecer podem contribuir para a tendência da perda de peso em idosos e para a manutenção de uma autopercepção positiva de saúde (FAZZIO, 2012; FONTENELLE *et. al*, 2018; MACENA; HERMANO; COSTA, 2018). Ao mesmo tempo, também existem outras causas para o baixo peso relacionadas ao processo de senilidade, entre as quais estão, a diminuição do apetite e da mobilidade, a má absorção dos nutrientes, o isolamento social, a depressão e o uso de medicamentos. Aspectos que podem acarretar no agravamento do estado de saúde e repercutir de forma negativa na autopercepção (FAZZIO, 2012; NETTO, 2013). Considerando então, as modificações do processo de senescência e senilidade somados aos impactos da pandemia, sugere-se que estes resultados estejam relacionados a possibilidade dos idosos com doenças crônicas terem emagrecido no período pandêmico. O que pode ter impactado no valor encontrado para o IMC e, consequentemente, na classificação do estado nutricional a ser atribuída. Mas, esta é uma questão que deve ser melhor compreendida em investigações futuras.

Sobre o tabagismo, em 2019, idosos que atualmente não fumavam apresentaram menor chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde se comparado aos que

estavam fazendo o uso atual do tabaco. Este achado diverge da maioria dos dados encontrados na literatura, os quais descrevem os malefícios do uso do cigarro para a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Contudo, este resultado pode ser explicado em parte pelos sentimentos e sensações de prazer e "bem-estar" experimentados pelos fumantes derivados das substâncias presentes no cigarro (GOMES; CARVALHO; PACHÚ, 2020). Ainda, corroboram com isto os dados obtidos por Malta *et al*. (2015), que analisou a tendência para o indicador prevalência de fumantes no país, entre os anos de 2006 a 2015. A pesquisa demonstrou que as menores taxas de redução média anual de fumantes ocorreram na faixa etária de 55 anos ou mais, apontando maior dependência destes indivíduos a nicotina (MALTA *et al*., 2015; GOMES; CARVALHO; PACHÚ, 2020). Todavia, este também pode tratar-se de um resultado espúrio, pois o presente estudo não investigou quais entre estes mesmos indivíduos fumavam anteriormente.

Já em 2020, houve uma mudança positiva no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, em que os idosos que não fumam atualmente apresentaram maior chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde em comparação àqueles que fazem o uso atual de cigarro. O uso do cigarro possui inúmeros efeitos nocivos à saúde, que implicam no surgimento de doenças crônicas, como as cardiovasculares, as respiratórias e o câncer. Além disso, aumenta o risco de mortes prematuras e outros agravos para os idosos que já possuem comorbidades, assim indivíduos que não fumam possuem maior probabilidade de relatarem uma melhor autopercepção de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Este achado, corrobora com os dados encontrados por Szwarcwald *et al*. (2021) que demonstrou um aumento no número de cigarros pelos fumantes durante a pandemia e, a consequente, piora na autopercepção de saúde. Sob esta perspectiva, no presente estudo os idosos com doenças crônicas que não estavam fazendo o uso do cigarro durante a pandemia podem ter se sentido um pouco menos vulneráveis em relação a infecção pelo vírus Sars-CoV-2, visto que o tabagismo também é um dos fatores que agravam o prognóstico da doença.

Outra questão investigada neste estudo, refere-se ao histórico do uso de tabaco pelos idosos com doenças crônicas. Em 2019, indivíduos que nunca fumaram apresentaram maior chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde em comparação aos ex-tabagistas. Este resultado pode estar associado ao reconhecimento pelos idosos dos impactos negativos do cigarro e sua relação com a incidência de outros agravos sobre seu estado de saúde, os quais já foram comentados anteriormente (GOMES; CARVALHO; PACHÚ, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Além disso, corrobora com a crescente tendência que

vem sendo observada no país quanto à adesão de comportamentos protetores (MALTA *et al*., 2015). Porém, em 2020, houve uma mudança negativa no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, em que indivíduos que nunca fumaram apresentaram menor chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde em comparação aos ex-tabagistas. Este achado diverge dos dados encontrados na literatura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Contudo, pode estar relacionado ao fato de que para os idosos que nunca fumaram outros fatores são mais importantes na determinação do *status* da autopercepção de saúde, principalmente, considerando que foi neste mesmo período, no país, que houve o início da pandemia da Covid-19. Ao contrário do que ocorre com seus pares de idade ao cessarem o uso do tabaco, os quais experimentam uma melhoria na qualidade de vida, inclusive, no sistema cardiorrespiratório e vascular, sendo um fator capaz de contribuir para melhor percepção de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Além disso, a literatura científica aponta que após a cessação do cigarro há um aumento de dois a três anos na expectativa de vida destes idosos (GOMES; CARVALHO; PACHÚ, 2020). Porém, este também pode tratar-se de um resultado espúrio, pois questões específicas da dinâmica da pandemia não puderam ser avaliadas diretamente no estudo devido a abordagem ser direcionada a análise de dados secundários.

No que diz respeito ao consumo de álcool, em 2019, observou-se que idosos com comorbidade que não consumiram ocasionalmente bebida alcoólica apresentaram menor chance de relatarem uma autopercepção positiva de saúde. Pontua-se que, não existe um consenso bem estabelecido na literatura a respeito deste aspecto e sua influência sobre a autopercepção. Assim, o resultado encontrado no presente estudo pode estar relacionado à própria existência da doença crônica e sua exigência em evitar e/ou reduzir o consumo de álcool (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019). Mas, outros estudos que investigaram a temática neste grupo populacional encontraram um desfecho positivo entre o consumo moderado de bebida alcoólica e autopercepção de saúde, os quais são relacionados a melhor cognição, qualidade de vida, menores índices de depressão e maior convívio social (CONFORTIN *et al*., 2015; KRUG *et al*., 2018; LANG *et al*., 2007). Contudo, este é um achado que deve ser interpretado com cautela considerando também os riscos para a saúde dos idosos com comorbidades quanto ao consumo de álcool (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; GRISWOLD *et al*., 2018).

Em 2020, houve uma mudança positiva no coeficiente desta variável para uma autopercepção positiva de saúde. Assim, verificou-se uma relação inversa, em que os idosos

que não consumiram ocasionalmente bebida alcoólica apresentaram maior chance em comparação aos que consumiram de relatarem uma autopercepção positiva de saúde. Uma análise realizada a partir dos dados do GBD 2016 procurou avaliar a magnitude da carga global do uso de álcool e seus efeitos em 195 países. A pesquisa apontou que não existe um nível seguro para o consumo de álcool, tendo em vista que os pequenos ganhos observados com a ingestão de baixos níveis foram também responsáveis pelo aumento do risco de desenvolver outros problemas de saúde, como as neoplasias. Os próprios autores salientam que os dados encontrados por eles estão em conflito com as orientações de saúde, que defendem os benefícios do consumo máximo de até duas doses de álcool por dia (GRISWOLD *et al*., 2018).

Ainda, Szwarcwald *et al*. (2021) demonstrou um aumento no consumo de álcool pela população adulta brasileira durante a pandemia e sua associação com a piora na autopercepção de saúde. Neste sentido, o resultado do presente estudo pode estar relacionado a preocupação dos idosos com doenças crônicas em adotarem comportamentos saudáveis para manter um melhor estado de saúde e, consequentemente, também se protegerem da infecção pelo vírus Sars-Cov-2.

No ano de 2019, em relação ao uso atual de medicamentos, a autopercepção positiva de saúde foi associada negativamente ao uso atual de anti-hipertensivos pelos idosos hipertensos, ao uso atual dos hipoglicemiantes orais e injetáveis pelos idosos diabéticos e ao uso atual dos hipoglicemiantes orais pelos idosos diabéticos e hipertensos. Em 2020, o uso atual dos hipoglicemiantes orais pelos idosos diabéticos e o uso atual dos hipoglicemiantes orais e injetáveis pelos idosos diabéticos e hipertensos, também se associaram negativamente a autopercepção positiva de saúde. Este achado diverge dos dados encontrados na literatura. Contudo, pode estar relacionado aos sentimentos e sensações experimentados pelos próprios idosos advindos da necessidade do uso contínuo das medicações. Isso porque, estes indivíduos podem sentir-se mais doentes e tristes ao compreenderem a importância da terapia medicamentosa para se ter um melhor estado de saúde e postergar a evolução da doença (GUÉNETTE *et al*., 2015; SILVEIRA *et al.*, 2018).

Além disso, Gouveia *et al*. (2020) em sua pesquisa com idosos diabéticos no município de João Pessoa na Paraíba, apontou as principais dificuldades relatadas por estes indivíduos para gerir o próprio tratamento. Entre estas questões, estão o desconforto diário devido ao uso da insulina e os possíveis efeitos adversos destas medicações (GOUVEIA *et al*., 2020). Inclusive, pontua-se que a utilização dos hipoglicemiantes orais frequentemente ocasionam problemas gastrointestinais, principalmente, a metformina – utilizada como

medicamento de primeira escolha no tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2, sendo possível que este aspecto também tenha contribuído para a repercussão de uma percepção negativa de saúde (GUÉNETTE *et al*., 2015).

Assim, embora a utilização dos anti-hipertensivos e antidiabéticos orais e injetáveis sejam essenciais para o controle das condições crônicas de saúde, múltiplos fatores relacionados à sua utilização podem ser percebidos de forma negativa pelos idosos contribuindo para o agravamento do quadro clínico e, consequentemente, impactando sobre a autopercepção de saúde. De forma geral, estes resultados demonstram a importância de que o cuidado seja conduzido de forma compartilhada entre a equipe de saúde e o indivíduo, a fim de que os profissionais de saúde estejam disponíveis e dialoguem com os idosos hipertensos e/ou diabéticos sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos com intuito de promover um melhor ajuste da terapia e minimizar o risco de abandono do tratamento e complicações das doenças (MENDES, 2011).

No ano de 2019, em relação ao uso atual de medicamentos, a autopercepção positiva de saúde foi associada positivamente ao uso atual de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes injetáveis pelos idosos diabéticos e hipertensos. Em 2020, o uso atual dos hipoglicemiantes injetáveis pelos idosos diabéticos e o uso atual de anti-hipertensivos pelos idosos diabéticos e hipertensos, também se associaram positivamente a autopercepção positiva de saúde. Este resultado está de acordo com os dados encontrados na literatura, os quais apontam que a compreensão pelos indivíduos da eficácia dessas medicações no controle da glicemia e dos níveis pressóricos e seus benefícios a médio e a curto prazo experimentados influenciam uma melhor percepção de saúde (GUÉNETTE *et al*., 2015). Além disso, no presente estudo, os idosos que estavam fazendo o uso das medicações durante a pandemia podem ter se sentido um pouco mais protegidos em relação a Covid-19, embora façam parte de um dos grupos de risco frente à infecção pelo Sars-CoV-2.

No que se refere, a comparação realizada entre as proporções das autoavaliações positivas do estado de saúde obtidas no período pandêmico com aquelas do período pré-pandêmico pode-se dizer que não houve diferença estatisticamente significativa na proporção de idosos entre os anos para esta variável. Sob esta perspectiva, Szwarcwald *et al*. (2021) em sua pesquisa também investigou a autopercepção de saúde da população adulta brasileira após o início da pandemia, mas somente conseguiu observar mudanças no indicador ao utilizar uma adaptação da pergunta, definida como: "*Você acha que a pandemia causou mudanças na sua saúde?*", sendo as seguintes opções de reposta dadas ao respondente: "melhorou", "permaneceu o mesmo", "piorou um pouco" e "piorou muito". Em que, 29,4% dos

participantes relataram uma piora no estado de saúde após a pandemia se comparado ao período anterior.

O mesmo pode ser verificado para as investigações internacionais. Assim, em Israel, outro estudo transversal *online* foi conduzido com objetivo de avaliar a autopercepção de saúde pela população adulta com doenças crônicas após o início da pandemia. A investigação encontrou, ao utilizar a medida da autoavaliação do estado de saúde geral que, 60,0% dos indivíduos não relataram nenhuma mudança na autopercepção de saúde. Contudo, modificações foram observadas quando se utilizou questões adaptadas ao item, a saber: "*Quanto você sente que a crise da Covid-19 afetou sua saúde física?*" e "*Quanto você sente que a crise da Covid-19 afetou sua saúde mental?*", sendo as seguintes opções de resposta dadas ao respondente: "melhorou muito", "melhorou um pouco", "inalterada", "piorou um pouco" e "piorou muito". Em que, 47,2% e 50,5%, relataram um declínio físico e mental, respectivamente (ELRAN-BARAK & MOZEIKOV, 2020).

Deste modo, ao contrário do que se esperava, no presente estudo não puderam ser observadas diferenças na autopercepção de saúde. Para isto, sugere-se alguns fatores, o primeiro deles pode estar relacionado às perguntas utilizadas para avaliar a autopercepção de saúde. Isso porque, como comentado o desenho de estudo dos autores Elran-Barak & Mozeikov (2020) e Szwarcwald *et al*. (2021) possibilitaram que fossem incluídas as adaptações ao item da autoavaliação do estado de saúde geral permitindo que os próprios respondentes comparassem seu estado de saúde na pandemia em referência ao período anterior. O que não foi possível nesta pesquisa, visto que se utilizou dados secundários de um inquérito epidemiológico anual, o Vigitel, o qual contempla somente a medida da autoavaliação do estado de saúde geral.

Por outro lado, compreende-se que este é um resultado importante, pois os dados utilizados no estudo foram coletados cerca de dois meses após o início da implementação das medidas mais rígidas de distanciamento social no Brasil, demonstrando o primeiro impacto da pandemia sobre a autopercepção de saúde dos idosos com doenças crônicas. Ressalta-se que neste período inicial, a pandemia ainda não havia conseguido afetar de forma significativa a saúde destes indivíduos, por isso não foram observadas mudanças quanto a autopercepção de saúde no período pandêmico em relação ao período pré-pandêmico.

Em relação a comparação realizada entre as proporções das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais obtidas no período pandêmico com aquelas do período pré-pandêmico verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa somente para o consumo ocasional de bebida alcóolica, sendo menor a proporção de idosos com doenças

crônicas que consumiram álcool no período pandêmico em comparação àquela do período pré-pandêmico. Este resultado pode estar relacionado às restrições mais rígidas impostas pelo distanciamento social no período inicial a pandemia onde estabelecimentos, como comércios, lojas, escolas, academias e outros foram fechados. Assim, todos os indivíduos perderam a mobilidade social ficando confinados em seus domicílios, principalmente, os idosos com doenças crônicas (AQUINO *et al*., 2020). Estes aspectos contribuíram para a redução expressiva das reuniões familiares e sociais, o que pode ter repercutido também na diminuição do consumo ocasional de bebida alcoólica.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os resultados obtidos nesta pesquisa onde se discute os diferentes aspectos envolvidos na determinação da autopercepção de saúde apontando entre eles, as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais estão de acordo com o modelo conceitual descrito na literatura científica. Em síntese, no período pré-pandêmico (2019), as análises dos dados do Vigitel apontaram que a autopercepção positiva de saúde da população idosa com diagnóstico médico de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial residente em Belo Horizonte, associou-se positivamente ao sexo masculino, a faixa etária de 60-79 anos, a cor de pele branca, parda, amarela e indígena, a alta escolaridade, ao trabalho nos últimos três meses, ao consumo regular semanal de frutas e hortaliças, ao tempo de tela de três horas diárias, a nunca ter fumado e, no caso, dos diabéticos e hipertensos, a usar anti-hipertensivo e hipoglicemiante injetável.

Já no período pandêmico (2020), a autopercepção positiva de saúde associou-se positivamente ao sexo masculino, a faixa etária de 60-79 anos, a cor de pele branca, a alta escolaridade, ao trabalho nos últimos três meses, a ser ativo no lazer, ao baixo peso, a não ser tabagista atualmente, a não consumir ocasionalmente bebida alcoólica e, no caso, dos diabéticos e dos diabéticos e hipertensos, a usar hipoglicemiante injetável e anti-hipertensivo, respectivamente. Os resultados encontrados reforçam que uma autopercepção positiva de saúde está diretamente relacionada à adoção de comportamentos protetores para a saúde. Ainda, verificou-se uma proporção menor de idosos com doenças crônicas que consumiram álcool de forma ocasional no período pandêmico em comparação ao período pré-pandêmico, sendo este um impacto do distanciamento social observado no presente estudo.

O estudo ao investigar a autopercepção positiva de saúde dos idosos com doenças crônicas no período pré-pandêmico e pandêmico pretende demonstrar que a subjetividade presente nas autoavaliações de saúde configura-se elemento capaz de possibilitar um diagnóstico robusto e de auxiliar na identificação dos fatores de risco e proteção relacionados à saúde desta população. Demonstrando aos gestores a importância em se utilizar este indicador na adequação do cuidado produzido nos serviços de saúde de Belo Horizonte, principalmente, no momento atual considerando a pandemia da Covid-19. Assim como, na formulação de políticas públicas e programas de promoção da saúde e prevenção de outros agravos.

Algumas limitações devem ser discutidas para avaliação dos resultados desta pesquisa. Uma primeira limitação refere-se ao viés derivado da exclusão da população sem linha de

telefonia fixa, o qual é minimizado pelos fatores de ponderação que são atribuídos. Ainda, para unidades da federação com altas taxas de cobertura de telefonia fixa, como a região Sudeste, este vício pode ser considerado irrelevante. Também, pontua-se a possibilidade do viés de sobrevivência dos estudos transversais com a população idosa. Nesta perspectiva, destaca-se que a pesquisa possui um caráter exploratório, sendo assim não pretende realizar inferências causais, mas apenas lançar luz sobre a complexidade da autopercepção de saúde e dos fatores associados. Outra questão é o uso do desfecho dicotômico para a análise da autopercepção de saúde, na qual há o risco de se subestimar a associação encontrada com as covariáveis. Apesar disto, esta é a forma mais usual utilizada nas investigações para interpretação do indicador.

Pontua-se também a utilização de informações autorreferidas, as quais são mais susceptíveis a imprecisões. Contudo, o autorrelato é frequentemente utilizado nas grandes pesquisas de saúde pelo baixo custo, pela agilidade na coleta de dados e pela obtenção de estimativas semelhantes aquelas diretamente aferidas. Além disso, o estudo ao utilizar os dados do Vigitel 2020, os quais foram coletados dois meses apenas depois de ser decretado o início da pandemia da Covid-19 no país e reforçadas as medidas para reduzir o contágio do vírus, os achados encontrados podem não ter conseguido refletir todo o impacto causado pela pandemia na saúde dos idosos com doenças crônicas. A isto, soma-se o fato de que questões específicas da dinâmica da pandemia não puderam ser avaliadas diretamente no estudo devido a abordagem ser direcionada a análise de dados secundários. Sendo necessário, posteriormente, que a estes dados coletados pela edição simplificada do inquérito sejam adicionados aqueles da operação completa a ser realizada.

É importante ressaltar que os modelos de regressão logística ajustados tiveram como objetivo apenas a explicação das possíveis associações, não tendo sido realizada a validação dos mesmos. No entanto, a vantagem de se verificar as associações com a possibilidade de controlar por variáveis explicativas moderadoras foi explorada no presente estudo. Assim, apesar das limitações, a pesquisa apresenta várias potencialidades, incluindo, a utilização de dados de um inquérito nacional de base populacional com um processo de amostragem probabilístico e a utilização de pesos pós-estratificação, o que possibilita generalizar mais fidedignamente os resultados. Ainda, este trabalho abre espaço para que os achados encontrados possam ser aprofundados em outros estudos longitudinais, que busquem investigar questões específicas da dinâmica da pandemia e seus efeitos a longo prazo na autopercepção de saúde dos idosos com doenças crônicas visando minimizar os futuros impactos da pandemia na saúde destes indivíduos.

Em trabalhos futuros, almeja-se analisar as variáveis investigadas pela pesquisa Vigitel por meio de um outro tipo de regressão, denominada regressão de Ridge e Lasso, com objetivo de minimizar e discutir a ocorrência de falsos positivos em grandes amostras. Além disso, com os dados do inquérito, pretende-se avaliar o uso de serviços de saúde, especificamente, o uso de medicamentos, tendo como referência o modelo comportamental de Andersen.

REFERÊNCIAS

ABATE, S. M.; CHECKOL, Y. A.; MANTEFARDO, B. Global prevalence and determinants of mortality among patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Annals of Medicine & Surgery**, [S.l.], v. 64, n. 102204, p. 1-11, 2021.

ABULADZE, L.; KUNDER, N.; LANG, K.; VAASK, S. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis **BMJ Open**, [*online*], v. 7, supl. e013257, p. 1-9, 2017.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SOUZA E SILVA, M. J. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.

ALMEIDA, A. V.; TAVARES MAFRA, S. C.; DA SILVA, E. P.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ANDRADE, G. F. de.; LOCH, M. R.; SILVA, A. M. R. Mudanças de comportamento relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00151418, 2019.

AQUINO, E. M. L.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A.; ROCHA, A. S.; FERREIRA, A.; VICTOR, A.; TEIXEIRA, C.; MACHADO, D. B.; PAIXÃO, E.; ALVES, F. J. O.; PILECCO, F.; MENEZES, G.; GRABRIELLI, L. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, 2020.

ARMITAGE, R.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet Public Health**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. e256, 2020.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES. Older adults: standards of medical care in diabetes-2019. **Diabetes Care**. v. 42, supl.1, p.139-147, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2020. 21 p. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/Abrasco_Fortalecer-o-SUS.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZAMS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA NÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde: In: AKERMAN, M.; CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, Y. M.; DRUMOND NÚNIOR, M.; MINAYO, M. C. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 375-416.

BAMIA, C.; ORFANOS, P.; JUERGES, H.; SCHÖTTKER, B.; BRENNER, H.; LORBEER, R.; AADAHL, M.; MATTHEWS, C. E.; KLINAKI, E.; KATSOULIS, M.; LAGIOU, P.; BUENO-DE-MESQUITA, H. B. A.; ERIKSSON, S.; MONS, U.; SAUM, K. U.; KUBINOVA, R.; PAJAK, A.; TAMOSIUNAS, A.; MALYUTINA, S.; GARDINER, J.; PEASEY, A.; GROOT, L. C. de.; WILSGAARD, T.; BOFFETTA, P.; TRICHOPOULOU,

A.; TRICHOPOULOS, D. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. **Maturitas**, [S.l.], v. 103, p. 37-44, 2017.

BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. de.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. da. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007.

BARBOSA, I. R.; GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, T. A. de.; GOMES, S. M.; MEDEIROS, A. de. A.; LIMA, K. C. de. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2020.

BARBOSA, R. L.; SILVA, T. D. C. dos S.; SANTOS, M. F.; CARVALHO, F. R. de.; MARQUES, R. V. D. de A.; MATOS JUNIOR, E. M. de. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 357-373, 2018.

BARONE, M. T. U.; HARNIK, S. B.; DE LUCA, P. V.; LIMA, B. L. de. S.; WIESELBERG, R. J. P.; NGONGO, B.; PEDROSA, H. C.; PIMAZONI-NETO, A.; FRANCO, D. R.; SOUZA, M. de. F. M. de.; MALTA, D. C.; GIAMPAOLI, V. The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. **Diabetes Research and Clinical Practice**, [S.l.], v. 166, p. 108304, 2020.

BARRA, R. P.; MORAES, E. N. de.; JARDIM, A. A.; OLIVEIRA, K. K. de.; BONATI, P. C. de. R.; ISSA, A. C.; MACHADO, C. J. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlância, Minas Gerais. **Revista da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 38-43, 2020.

BARRETO, M. da. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.

BARROS, M. B. A. Health household surveys: potential and challenges. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, Supl. 1, p. 6-19, 2008.

BATISTA, S. R.; SOUZA, A. S. S. de.; NOGUEIRA, J.; ANDRADE, F. B. de.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, D. S. da. C.; LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa elsi-covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-14, 2020.

BAUTISTA-MOLANO, W.; GARROT, L. F.; TORO, C. Exploring the impact of COVID-19 in América Latina. **Journal of Clinical Rheumatology**: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 218-219, 2020.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018. 595 p.

BENYAMINI, Y.; GERBER, Y.; MOLSHATZKI, N.; GOLDBOURT, U.; DRORY, Y.

Recovery of self-rated health as a predictor of recurrent ischemic events after first myocardial infarction: A 13-year follow-up. **Health Psychology**, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 317-325, 2014.

BERNAL, R. T. I.; MALTA, D. C.; ARAÚJO, T. S. de.; SILVA, N. N. da. Inquérito por telefone: pesos de pós-estratificação para corrigir vícios de baixa cobertura em Rio Branco, AC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 316-325, 2013.

BERNAL, R. T. I.; MALTA, D. C.; CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Efeito da inclusão de entrevistas por telefone celular ao Vigitel. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 1s-12s, 2017.

BOLINA, A. F.; AZNAR, A. V.; ALEMÁN, A. F.; TORRES, G. I.; FERNANDEZ, J. M.; LOPES-JÚNIOR, L. C.; REZENDE, M. A. D. Sistema de saúde na América Latina: potencialidades, desafios e papel da Atenção Primária à Saúde diante da COVID-19. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 2. p. 35-46.

BOND, J.; DICKINSON, H. O.; MATTHEWS, F.; JAGGER, C.; BRAYNE, C. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: A longitudinal cohort study**. European Journal of Ageing**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 193-206, nov. 2006.

BORGES, E.; BATISTA, K. R. O.; ANDRADE, L. E.; SENA, P. L. S. C.; SOARES, N. M. M.; SILVA, F. B.; HERNÁNDEZ, M. O envelhecimento populacional um fenômeno mundial. In.: DANTAS, E. H. M.; SANTOS, C. A. de. S. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017, Cap. 1. p. 17-46.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 1986. 29 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, nº 191, p. 1-32, 05 de out. 1988.

_____. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasilía, DF, nº 182, p. 18055, 20 de set. 1990a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, nº 249, p. 25694, 31 de dez. 1990b.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial de União**: seção I, Brasília, DF, nº 3, p. 77, 05 de jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao**

diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. 1. ed. Brasília, DF, 2001. 102 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 59).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 702, de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, nº 56, p. 65, 12 de abr. 2002.

_____. Lei nº 10. 741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, nº 192, p. 1, 03 de out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006c.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 1. ed. Brasília, DF, 2007. 297 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso**. Atenção à Saúde da pessoa Idosa e Envelhecimento**. 1. ed. Brasília, DF, 2010a. 44 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 12).

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, p. 89, 31 dez. 2010b.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

_____. Ministerio da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2021. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013a.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde,

2013b. 28 p.

_____. Ministerio da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., Brasília, DF, 2014a, 156 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 46 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 137 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Dados das edições da pesquisa Vigitel. **Dados da pesquisa Vigitel 2019**. Brasil, 2020b. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 89 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19)**, 2021a. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 06 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissivéis. **Vigitel Brasil 2020**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças nas capitais dos 26 estado brasileiros e no Distrito Federal. 1. ed. (versão preliminar) Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 115 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica.** Brasil, 2021c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> . Acesso em: 30 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial** - **Doença pelo Coronavírus COVID-19**: semana Epidemiológica 8 (21 a 27/02/2021). 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. 85 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf>. Acesso em: 16

dez. 2021.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 10-1, 2016.

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C. *et al*. (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Cap. 1. p. 27-40. (Informação para ação na Covid-19).

BUSTOS-VAZQUEZ, E.; FERNANDEZ-NINO, J. A.; ASTUDILLO-GARCIA, C. I. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. **Biomédica**, Bogotá, v. 37, supl. 1, p. 92-103, 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho?. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento?. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Cap. 12. p. 377-406.

CAMARANO, A. A. Viver mais: estamos envelhecendo ou envelhecendo mais?. **Vibrant:** Virtual Brazilian Anthropology, Brasília, v. 13, n. 1, p. 155-175, 2016.

_____. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: orfãos ou novos pobres?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4169-4176, 2020.

_____. Envelhecimento e consumo: o que mudou com a pandemia?. **Diálogo com a Economia Criativa**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 26-34, abr. 2021.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; JESUS, D. R. de.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. de. A.; COSTA, F. M. da.; CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 909-918, 2020.

CARVALHO, M. L. de.; FIGUEIREDO, M. do L. F.; SILVA, G. R. F. da. Concepções filosóficas sobre o cuidado de enfermagem ao idoso. In: FIGUEIREDO, M. do L. F. *et al*. **A multidimensionalidade do envelhecimento**: conhecimento para cuidar. Piauí: Edufpi, 2020. Cap. 2. p. 23-38.

CARVALHO, J. N.; RONCALLI, A. G.; CANCELA, M. C.; SOUZA, D. L. B. Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics. **PloS ONE**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1-13, 2017.

CASTILHO, E. A.; GOLDBAUM, M. Chronic noncommunicable diseases and population surveys. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-2, 2017.

CASTRO, M. S. M. de; TAVARES, A. B.; MARTINS, A. L. J.; SILVA, G. D. M. da.; MIRANDA, W. D. de.; SANTOS, F. P. dos.; PAES-SOUSA, R. Social isolation relaxation

and the effective reproduction number (Rt) of COVID-19 in twelve Brazilian cities. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4681-4691, 2021.

CHEUNG, G.; MERRY, S.; SUNDRAM, F. Medical examiner and coroner reports: uses and limitations in the epidemiology and prevention of late-life suicide. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [S.l.], v. 30, n. 8, p. 781-792, 2015.

CLOGG, C. C.; PETKOVA, E.; HARITOU, A. Statistical Methods for Comparing Regression Coefficients Between Models. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 100, n. 5, p. 1261-1293, 1995.

CONFORTIN, S. C.; GIEHL, M. W. C.; ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; d'ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.5, p. 1049-1060, 2015.

COSTA, L. S. da.; SILVA, J. T. da.; FELIPE, S. G. B.; SILVA, C. R. D. T.; GONÇALVES, C. F. G.; NETO, N. M. G. Envelhecimento e vulnerabilidade de idoso. In: FIGUEIREDO, M. do L. F. *et al*. **A multidimensionalidade do envelhecimento**: conhecimento para cuidar. Piauí: Edufpi, 2020. Cap. 3. p. 39-54.

COSTA, K. F. de. L.; VIEIRA, A. N.; BEZERRA, S. T. F.; SILVA, L . de. F. DA.; FREITAS, M. C. de.; GUEDES, M. V. C. Nursing theory for patients' compliance with the treatments of arterial hypertension and diabetes mellitus. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 30, supl.e20200344, p. 1-15, 2021.

CRODA, J.; OLIVEIRA, W. K. de.; FRUTUOSO, R. L.; MANDETTA, L. H.; BAIA-DA-SILVA, D. C.; BRITO-SOUSA, J. D.; MONTEIRO, W. M.; LACERDA, M. V. G. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l.], v. 53, p. e20200167-e20200167, 2020.

DALL'ALBA, R.; ROCHA, C. F.; SILVEIRA, R. de. P.; DRESCH, L, da. S. C.; VIEIRA, L. A.; GERMANÒ, M. A. COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics. **The Lancet** [online], v. 397, n. 10274, p. 579-580, 2021.

DAMACENA, G. N.; SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; VIEIRA, M. L. F. P.; PEREIRA, C. A.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2015.

DAVIES, N.; FROST, R.; BUSSEY, J.; HARTMANN-BOYCE, J.; PARK, S. Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. **Centre for Evidence-Based Medicine,** (No prelo), 2020. Disponível em: < https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10094045/>. Acesso em: 21 dez. 2021.

DAZA, D. S.; BUENO, A. de. A.; GÓMEZ, B. A.; SOUZA, E. M. S. de.; GOMES, L. C. Cuidados interprofissionais de enfermagem para o idoso em tempos de pandemia na Atenção Primária à Saúde. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 5. p. 74-85.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente**. Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2020, Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 22 abr. 2021.

_____. Informações de saúde. Epidemiológicas e Morbidade**. Morbidade Hospitalar do SUS - Por local de residência, a partir de 2008, Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 30 nov. 2021.

DOMÍNGUEZ, M. I. Cuba ante la pandemia del COVID-19. **Consejo Latino Americano de Cencias Sociales**, La Habana, v. 46, p. 1-4, 2020

ELRAN-BARAK, R.; MOZEIKOV, M. One Month into the Reinforcement of Social Distancing due to the COVID-19 Outbreak: Subjective Health, Health Behaviors, and Loneliness among People with Chronic Medical Conditions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 17, n. 15, supl. 5403, p. 1-16, 2020.

ESPINOZA, Z. E. L.; ARAYA, A. X.; THOMAS, C. D.; BLOTTA, E. R.; OLIVEIRA, L. P. B. A. de.; PIPPINO, M. P. Apoio social ao idoso na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 8. p. 111-124.

EUROPEAN COMMISSION. **A european roadmap to lifting coronavirus containment measures**. UNIÃO EUROPEIA: EUROPEAN COMMISION, 2020. 3 p. Disponível em: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/factsheet-lifting-containment-measures_en.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

EUROSURVEILLANCE EDITORIAL TEAM. Updated rapid risk assessment from ECDC on the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK. **Euro surveillance:** European Centre for Disease Prevention and Control, v. 25, n. 10, p. 2003121, mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118344/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M. P.; BARRETOTI, F. K. de. A.; CAVALCANTI, L. P. de. G. O papel da atenção primária no ombate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, supl. 2455, p. 1-8, 2020.

FAZZIO, D.M. G. Envelhecimento e qualidade de vida: uma abordagem nutricional e alimentar. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Góias, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

FEDERAÇÃO INTERNATIONAL DE DIABETES. **IDF Diabetes Atlas**, 10. ed. Bruzelas, Bélgica: Federação Internacional de Diabetes, 2019. Dispoível em:

<https://www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 30 nov. 2021.

FONTENELLE, L. C.; SOARES, N. R. M.; LIMA, S. K. R.; BARRADAS, A. M.; SILVA, J. A. L.; CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. do C. C. Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. **RBNE** - Revista Brasileira De Nutrição Esportiva, v. 12, n. 71, p. 353-363, 2018.

FORAKER, R. E.; ROSE, K. M.; CHANG, P. P.; MCNEILL, A. M.; SUCHINDRAN, C. M.; SELVIN, E.; ROSAMOND, W. D. Socioeconomic status and the trajectory of self-rated health. **Age and ageing**, Reino Unido, v. 40, n. 6, p. 706-711, 2011.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, E. M.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. Cobertura da estratégia saúde da família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [*internet*], 2020a.

GIOVANELLA, L; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; BOUSQUAT, A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895-901, 2020b.

GOMES, D. R. B.; CARVALHO, J. S.; PACHÚ, C. O. Comorbidades entre tabagistas. *In*.: SAMPAIO, E. C. (Org.). **Envelhecimento humano**: desafios contemporâneos. 1. ed. Guaraujá: Científica, 2020. Cap. 17. p. 219-228.

GONZÁLEZ-SANGUINO, C.; AUSÍN, B.; CASTELLANOS, M. Á.; SAIZ, J.; LÓPEZ-GÓMEZ, A.; UGIDOS, C.; MUÑOZ, M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. **Brain, behavior, and immunity**, [S.l.], v. 87, p. 172–176, 2020.

GORZONI, M. L.; COSTA, E. F. de. A.; MENESES, M. do. C. L. de.; LINS, C. D. Comorbidade, multimorbidade e apresentações atípicas das doenças nos idosos. *In*: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 82. p. 1322-1340.

GOUVEIA, B. de. L. A.; SOUSA, M. M. de.; ALMEIDA, T. da. C. F. de.; SOUSA, V. A. G. de.; OLVEIRA, S. H. dos. S. Crenças relacionadas ao uso de insulina em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020.

GRAHAM, K. **Compensating for missing survey data**. Michigan: Institute for Social Research the University Michigan, 1983. 157 p.

GRISWOLD, M. G. et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016**. The Lancet**, Londres, v. 392, n. 10152, p. 1015-1035, 2018.

GUÉNETTE, L.; LAUZIER, S.; GUILLAUMIE, L.; GIGUÈRE, G.; GRÉGOIRE, J.; MOISAN, J. Patients' beliefs about adherence to oral antidiabetic treatment: a qualitative study. **Patient Preference and Adherence**, [S.l.], v. 9, p. 413-420, 2015.

HERRERA, R. R.; RUBIO, L. R. **El envejecimiento con éxito en el adulto mayor.**: algunos indicadores europeos. In: OSORIO, M. Q. **La salud de los adultos mayores**: una visión compartida. 2. ed. Washington: Organização Pan Americana de Saúde, 2011. Cap. 2. p. 37-66.

HUARCAYA-VICTORIA, J. Consideraciones sobre la salud mental em la pandemia de COVID-19. **Revista Peru Medicina Experimental y Salud Publica**, Peru, v. 37, n. 2, p. 327-334, 2020.

HUISMAN, M.; DEEG, D. J. H. A commentary on Marja Jylhä's "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model". **Social Science & Medicine**, Reino Unido, v. 70, n. 5, p. 652-654, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html. Acesso em: 13 abr. 2021.

JÜRGES, H.; AVENDANO, M.; MACKENBACH, J. P. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. **European Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 23, p. 773-781, 2008.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, Reino Unido, v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009.

KEINE, D.; ZELEK, M.; WALKER, J.Q.; SABBAGH, M. N. Polypharmacy in an Elderly Population: Enhancing Medication Management Through the Use of Clinical Decision Support Software Platforms. **Neurology and Therapy.** v. 8, n. 1, p. 79-94, 2019.

KESSLER, G.; BERMÚDEZ, N.; BINSTOCK, G.; CERRUTTI, M.; PECHENY, M.; POVANI, J. I.; WILKIS, A.; BECERRA, M. **Relevamiento del impacto social de las medidas del aislamiento dispuestas por el PEN**. 1. ed. Argentina: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. 2020. 138 p.

KESSLER, M.; THUMÉ, E.; MARMOT, M.; MACINKO, J.; FACCHINI, L. A.; NEDEL, F. B.; WACHS, L. S.; VOLZ, P. M.; OLIVEIRA, C. Family health strategy, primary health care, and social inequalities in mortality among older adults in Bagé, Southern Brazil. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 18, p. e1-e10, 2021.

KESSLER, M.; LIMA, S. B. S. de.; WEILLER, T. H.; LOPES, L. F. D.; FERRAZ, L.; THUMÉ, E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, 2018.

KHALAILA, R. N. R Socioeconomic status, health behaviors, obesity and self-rated health among older arabs in Israel. **Journal of Cross-Cultural Gerontolology**, [S.l.], v. 32, p. 115-130, 2017.

KONG, K. A.; KANHG, Y. H.; CHO, H. J.; JANG, S. M.; JUNG-CHOI, K. Neo-marxian social class inequalities in self-rated health among the employed in South Korea: the role of material, behavioral, psychosocial, and workplace environmental factors. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 345, 2017.

KONTOANGELOS, K.; ECONOMOU, M.; PAPAGEORGIOU, C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. **Psychiatry investigation**, [S.l.], v. 17, n. 6, p. 491-505, 2020.

KRUG, R. de. R.; SCHNEIDER, I. J. C.; GIEHL, M. W. C.; ANTES, D. L.; CONFORTIN, S. C.; MAZO, G. Z.; XAVIER, A. J.; d'ORSI, E. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 21, supl. e180004, 2018.

LANCET, T. COVID-19 in Brazil: "So what?". **Lancet**, Londres, v. 395, n. 10235, p. 1461, mai. 2020.

LANG, I.; WALLACE, R. B.; HUPPERT, F. A.; MELZER, D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. **Age and Aging**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 256– 261, 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de. O.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, N. N. da. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1-21, 2018.

LI, B.; YANG, J.; ZHAO, F.; ZHI, L.; WANG, X.; LIU, L.; BI, Z.; ZHAO, Y. (2020). Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. **Clinical research in cardiology**: official journal of the German Cardiac Society, [S.l.], v. 109, n. 5, p. 531-538, 2020.

LIMA-COSTA, M. F. Aging and public health: the brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, p. 2s, 2018.

_____. Envelhecimento no Brasil e coronavírus: iniciativa elsi-covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-3, 2020.

LIMA, R. de. S.; FERREIRA NETO, J. A.; FARIAS, R. de. C. P. Alimentação, comida e cultura: exercício da comensalidade. **DEMETRA**: alimentação, nutrição & saúde, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA, P. R. B. Jr.; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. The brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. **American Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; CESAR, C. C.; CHOR, D.; PROIETTI, F. A. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. **American Journal of Epidemiology**, [S.l.], v. 175, n. 3, p. 228-235, 2012a.

LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A; MATOS, D. L.; MACINKO, J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 100-107, 2012b.

LIN, H.; LI, Q.; HU, Y.; ZHU, C.; MA, H.; GAO, J.; WU, J.; SHEN, H.; JIANG, W.; ZHAO, N. The prevalence of multiple non-communicable diseases among middle-aged and elderly people: the shanghai changfeng study. **European Journal Of Epidemiology**, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 159-163, 2016.

LISKO, I.; TÖRMÄKANGAS, T.; JYLHÄ, M. Structure of self-rated health among the oldest old: analyses in the total population and those living with dementia. **Social Science & Medicine - Population Health**, Reino Unido, v. 11, p. 100567, 2020.

LIU, S.; YANG, L.; ZHANG, C.; XIANG, Y.; LIU, Z.; HU, S.; ZHANG, B. Online mentak health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. e17-e18, 2020.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos**: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras. 2011. 193 f. Tese - Doutorado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

LOYOLA-FILHO, A. I. de.; FIRMO, J. O. A.; MAMBRINI, J. V. de. M.; PEIXOTO, S. V.; JUNIOR, P. R. B. de. S.; ANDRADE, F. B.; LIMA-COSTA, M. F.; ACÚRCIO, F. de. A. Cost-related underuse of medications in older adults: ELSI-BRAZIL. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, p. 8s-10s, 2018.

LUKAS, R.; THERESA, H. Caught between two fronts: successful aging in the time of COVID-19. **Working with Older People**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 273-280, 2020.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, [S.l.], v. 15, n. 27, p. 223-238, 2018.

MACINKO, J.; SEIXAS, B. V.; WOOLLEY, N. O.; ANDRADE, F. B. de.; LIMA-COSTA, M. F. Prevalência e características de brasileiros com 50 anos ou mais que recebera, um diagnóstico médico de COVID-19: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 3, p. 1-8, 2020a.

MACINKO, J.; WOOLLEY, N. O.; SEIXAS, B. V.; ANDRADE, F. B. de.; LIMA-COSTA, M. F. Procura por atendimento médico devido a sintomas relacionados à COVID-19 e cancelamento de consultas médicas em função da epidemia entre adultos brasileiros mais velhos: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 3, p. 1-13, 2020b.

MAHASE, E. Covid-19: UK starts social distancing after new model points to 260 000 potential deaths. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 368, p. m1089, 2020.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES C., BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T. *et al*. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, n. 3, supl.3, p.1-83, 2016.

MALTA, D.C.; GOMES, C.S.; ALLANA, G.S.; SÁ, A.C.M.G.N.; PRATES, E.J.S.; FREITAS, M.I..F.; MACHADO, I.E.; BARROS, M.B.A.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B.; ROMERO, D.; DAMACENA, G.N.; AZEVEDO, L.O.; SZWARCWALD, C.L. Mudanças no estilo de vida em adultos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais. In.:. SILVA, A. R. da. (Org.). **Enfermagem e Covid-19**: desafios e perspectivas. Paraná: Atena, 2021. Cap. 4. p. 35-49.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, Supl. 1, p. 159-167, 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; LUZ, M.; STOPA, S. R.; SILVA JUNIOR, J. B. da.; REIS, A. A. C. dos. Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 631-640, 2015.

MALTA, D. C.; SZWARCWALD, C. L.; BARROS, M. B. de. A.; GOMES, C. S.; MACHADO, I. E.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de.; ROMERO, D. E.; LIMA, M. G.; DAMACENA, G. N.; PINA, M. de. F.; FREITAS, M. I. de. F.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P. da.; AZEVEDO, L. O.; GRACIE, R. The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020.

MALTA, D. C.; SZWARCWALD, C. L.; PEREIRA, C. A. Pesquisa Nacional de Saúde, análises laboratoriais e monitoramento de metas de redução de doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1, 2021.

MARTINEZ, R.; LOYD-SHERLOCK, P.; SOLIZ, P.; EBRAHIM, S.; VEGA, E.; ORDUNEZ, P. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990-2017: a population-based study. **Lancet Global Health** [*internet*], v. 8, n. 4, p. e511-e523, 2020.

MARTINEZ-FERRAN, M.; GUÍA-GALIPIENSO, F. de. la.; SACHIS-GOMAR, F.; PAREJA-GALEANO, H. Metabolic impacts of confinement during the COVID-19 pandemic due to modified diet and physical activity habits. **Nutrients**, [S.l.], v. 12, n. 1549, p. 1-17, 2020.

MARTUFÍ, V.; RUIZ, D. C.; CURY, G. C.; ACIOLI, S.; GIOVANELLA, L. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. **Seminário virtual Rede APS [online].** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), p. 1-21, abr. 2020.

MASSA, K. H. C.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Income Inequality and Self-Reported Health Among Older Adults in Brazil. **Journal of Applied Gerontology**, Connectcuti. 40, n. 2, p. 152-161, 2021.

MCEWEN, L. N.; KIM, C.; HAAN, M. N.; GHOSH, D.; LANTZ, P. M.; THOMPSON, T. J.; HERMAN, W. H. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with

mortality? Insights form Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). **Primary Care Diabetes**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 37-42, 2009.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. E. M.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

_____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, jun. 2018.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B. de.; BARRA, R. P. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019. 192 p.

MENDONÇA, J. M. B. de.; ABIGALIL, A. P. de. C.; PEREIRA, P. A. P.; YUSTE, A.; RIBEIRO, J. H. de. S. O sentido do envelhecer para o idoso dependente**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 57-65, 2021.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316- 323, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.606, de 7 de dezembro de 2010. **Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências**. Belo Horizonte: SES/MG, dez. 2010, p. 1-10.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Redes Assistenciais. Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes. Programa Hiperdia Minas. **A Assistência programada na rede de atenção aos hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES/MG, jan. 2013, p. 7.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Hiperdia Minas**. Belo Horizonte: SES/MG, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/353-hiperdia-minas-sesmg> . Acesso em: 02 dez. 2021.

MINAYO, M. C. de S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252, 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORCILLO CEBOLLA, V. **Desigualdades em la salud autopercibida de la población española:** revisión sistemática de la literatura. 2017. 152 f. Tese - Doutorado em Medicina e Cirurgia, Universidad Autonoma de Madrid, Madrid, 2017.

MOTA, T. A.; ALVES, M. B.; SILVA, V. A. da.; OLIVEIRA, F. A. de.; BRITO, P. M. C. de.; SILVA, R. S. da. Fatores associados à capacidade funcional de idosos com hipertensão e/ou diabetes mellitus. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020.

MUNIZ, E. C. S.; GOULART, F. C.; LAZARINI, C. A.; MARIN, M. J. S. Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health insurance plans. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 374-386, 2017.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **The Lancet**, Londres, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020.

NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. **Lancet**, Londres, v. 392, n. 10152, p. 1072-1088, 2018.

NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, E. V. de.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 1. p. 62-75.

NOLÊTO, J. dos S.; SANTOS, A. M. R. dos.; LIRA, J. A. C.; SILVA, R. F.; SÁ, G. G. de. M. Reflexões acerca do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa. In: FIGUEIREDO, M. do L. F. *et al*. **A multidimensionalidade do envelhecimento**: conhecimento para cuidar. Piauí: Edufpi, 2020. Cap. 1. p. 12-22.

NOUVELLET, P.; BHATIS, S.; AINSLIE, K. E. C.; BAGUELIN, M.; BHATT, S.; BOONYASIRI, A.; BRAZEAU, N. F.; CATTARINO, L.; COOPER, L. V.; COUPLAND, H.; CUCUNUBA, Z. M.; CUOMO-DANNENBURG, G.; DIGHE, A.; DJAAFARA, B. A.; DORIGATTI, I.; EALES, O. D.; VAN ELSLAND, S. L.; NASCIMENTO, F. F.; FITZJOHN, R. G.; GAYTHORPE, K. A. M.; GEIDELBERG, L.; GREEN, W. D.; HAMLET, A.; HAUCK, K.; HISLEY, W.; IMAI, N.; JEFFREY, B.; KNOCK, E.; LAYDON, D. J.; LEES, J. A.; MANGAL, T.; MELLAN, T. A.; NEDJATI-GILANI, G.; PARAG, K. V.; PONS-SALORT, M.; RAGONNET-CRONIN, M.; RILEY, S.; UNWIN, J. T.; VERITY, R.; VOLLMER, M. A. C. VOLZ, E.; WALKER, P. G. T.; WALTERS, C. E.; WANG, H.; WATSON, O. J.; WHITTAKER, C.; WHITTLES, L. K.; XI, X.; FERGUSON, N. M.; DONNELLY, C. A. Reduction in mobility and COVID-19 transmission. **Nature Communications**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 1090, 2021.

NUGENT, R.; BERTRAM, M. Y.; JAN, S.; NIESSEN, L. W.; SASSI, F.; JAMISON, D. T.; PIER, E. G.; BEAGLEHOLE, R. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. **Lancet**, Londres, v. 19, n. 391, supl. 10134, p. 2029-2035, 2018.

NUNES, B. P.; SOUZA, A. S. S. de.; NOGUEIRA, J.; ANDRADE, F. B. de.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, D. S. da C.; LIMA-COSTA, M. F.; FACCHINI, L. A.; BATISTA, S. R. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da

Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1-12, 2020.

OLIVEIRA, R. P. de. Envelhecimento populacional, desigualdades sociodemográficas e saúde: Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. *In*: VII CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLÁCION E XX ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, **Anais...** Foz do Iguaçu: Alap/Abep, 2016, p. 1-18.

OLIVEIRA, W. K. de. Panorama atual da COVID-19 no mundo e na América Latina, com abordagem no idoso. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 1. p. 23-34.

OLIVEIRA, D. C. de.; OLIVEIRA, C. M. de.; LIMA-COSTA, M. F.; ALEXANDRE, T. da. S. Dificuldade em atividades de vida diária e necessidade de ajuda em idosos: discutindo modelos de distanciamento social com evidências da iniciativa elsi-covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-11, 2020.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. de.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MALTA, D. C.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**. Revista Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 468-475, 2017.

ONO, T.; KASHIMA, M.; ASAKAWA, Y. Self-rated changes of health status during stay-at-home orders among older adults using the long-term care insurance system of Japan: a cross-sectional study. **Physical Therapy Research**, [S.l.], p. 1-6, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Ministério Público Portugal. Procuradoria-Geral da República. Gabinete de Documentação e Direito Comparado**. Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas adotados pela Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991**. Portugal: OPAS, 1991. 3 p. Disponível em: < https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Banco de Notícias. **Folha informativa**: envelhecimento e saúde. Brasil: OPAS, 2018. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820>. Acesso em: 20 abr. 2021.

_____. **Un panorama de las ciudades y comunidades amigables com las personas mayores em las Américas durante la pandemia de lá COVID-19**: experiência adquirida. Washington: OPAS, 2021a. 12 p.

_____. **Manejo clínico da COVID-19**: orientação dinâmica em 25 de janeiro de 2021. Washington: OPAS, 2021b. 87 p.

O'SULLIVAN, R.; LAWLOR, B.; BURNS, A.; LEAVEY, G. Will the pandemic reframe loneliness and social isolation? **The Lancet Healthy Longevity**, Londres, v. 2, n. 2, p. e54–e55, 2021.

PASSOS, V. M. de A.; CHAMPS, A. P. S.; TEIXEIRA, R.; LIMA-COSTA, M. F. F.; KIRKWOOD, R.; VERAS, R.; NASCIMENTO, B. R.; NOGALES, A. M.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the global burden of disease study 2017. **Population Health Metrics**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 1-15, 2020.

PATERNOSTER, R., BRAME, R., MAZEROLLE, P.; PIQUERO, A. using the correct statistical test for the equality of regression coefficients. **Criminology**, [S.l.], v. 36, p. 859-866, 1998.

PEREIRA, M. J.; PEREIRA, D. S.; TORRES, J. L.; ROCHA, V. C. L. G.; SILVA, S. L. A. da. Association between Frailty and Public Health Care Services Utilization among Older Adults: a cross-sectional study. **Ageing International**, [S.l.], v. 46, n. 1, p. 17-34, 2020.

PORTO, R. D. **Proposta de intervenção**: cadastramento e estratificação de risco dos portadores de doenças crônicas, da Equipe de Saúde da Família Várzea, de Lagoa Santa - Minas Gerais. 2015. 31 f. Monografia - Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

REDE CoVIDA. **Painel coronavírus Brasil**. Salvador: Rede CoVIDA, 2021. Disponível em: <https://painel.redecovida.org/brasil>. Acesso em: 06 fev. 2022.

RIBEIRO, E. G.; MATOZINHOS, F. P.; GUIMARÃES, G. de. L.; COUTO, A. M. do.; AZEVEDO, R. S.; MENDOZA, I. Y. Q. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl.2, p. 860-867, 2018.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. 1-11, 2019.

RODRIGUES, R. A. P.; TORRES, L. L.; BARBOSA, R. G. B. Breve histórico da pandemia da COVID-19 e a prática do enfermeiro no cuidado do idoso na Atenção Primária à Saúde. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 4. p. 60-73.

ROSSI, C. L.; RIVERA, A. R.; FERNANDES, D. de. S.; TORRES, E. R.; SILVA, L. M.; FUENTES, R. R. S. Promoção à saúde do idoso em grupos de convivência em tempos de pandemia na Atenção Primária à Saúde. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 7. p. 99-110.

SALIVE, M. E. Multimorbity in older adults. **Epidemiologic Reviews**, [*internet*], v. 35, n. 1, p. 75-83, 2013.

SANTOS-LOZADA, A. R.; MARTINEZ, M. J. How have you been? or ¿Como estás?: Does language of interview influences self-rated health among hispanic subgroups? **Journal of Immigrant and Minority Health**, New York, v. 20, n. 4, p. 766-775, 2018.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. ¿Cuál es el papel de la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, supl. e2020166, p. 1-5, 2020.

SHAHID, Z.; KALAYANAMITRA, R.; McCLAFFERTY, B.; KEPKO, D.; RAMGOBIN, D.; PATEL, R.; AGGARWAL, C. S.; VUNNAM, R.; SAHU, N.; BHATT, D.; JONES, K.; GOLAMARI, R.; JAIN, R. COVID-19 and older adults: what we know. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 68, n. 5, p. 926-929, 2020.

SILVA, P. A. B.; SANTOS, F. C.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Journal Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-105, 2018.

SILVA, S. L. A. da.; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 783-792, 2020.

SILVEIRA, D. R.; GIACOMINI, K. C.; DIAS, R. C.; FIRMO, J. O. A. A percepção de idosos sobre sofrimentos ligados à sua fragilização. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 220-228, 2018.

SOARES, V. N.; FATTORI, A.; NERI, A. L.; FERNANDES, P. T. Influência do desempenho físico na mortalidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos: dados do estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4181-4190, 2019.

SOARES, S. M.; LEÃO, D. B. M.; ANGRINO, K. S.; JIMÉNEZ, L. V.; BENITES, M. E. V.; RIBEIRO, R. de. C. H. M. O cuidado do idoso com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19. In: RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; LIMA, F. M. de. **O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021. Cap. 20. p. 262-271.

SOUSA, J. L. de; ALENCAR, G. P.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. da. Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00230318, 2020.

SOUZA, D. O. de. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020.

STARFIELD, B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. **Annals of Family Medicine**, [S.l.], v. 4, p. 101-103, 2006.

_____. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. **Primary Health Care Research & Development**, Londres, v. 12, n. 1, p. 1-2, 2011.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; BARROS, M. B. de. A.; MALTA, D. C.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de.; AZEVEDO, L. O.; MACHADO, I. E.; LIMA, M. G.; ROMERO, D.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P. de.; GRACIE, R.;

PINA, M. de. F. de. Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-13, 2021.

SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A.; VIEIRA, M. L. F. P.; CONDE, W. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; AZEVEDO, L. O.; SILVA, G. A.; FILHA, M. M. T. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. da. S. D. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, p. 1s-11s, 2016.

TSENG, H.-Y.; LOCKENHOFF, C.; LEE, C.-Y.; YU, S.-H.; WU, I.-C.; CHANG, H.-Y.; CHIU, Y.-F.; HSIUNG, C. A. The paradox of aging and health-related quality of life in Asian Chinese: results from the healthy aging longitudinal study in Taiwan. **BMC geriatrics**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 91, 2020.

TYRREL, C. J.; WILLIAMS, K. N. The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. **Psychological Trauma**: Theory, Research, Practice, and Policy, [S. l.], v. 12, supl. 1, p. s214-s216, 2020.

UNITED STATES. General Assembly (2017). **Progress on the prevention and control of non-communicable diseases**. New York, 2017. 28 p. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1474584>. Acesso em: 30 mar. 2021.

UNITED NATIONS. Departament of Economic and Social Affairs, Populations Division (2019). **World Populations Prospects 2019**. New York, 2019. 1238 p. (Volume II: Demographic Profiles). Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. da. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão e diabetes mellitus: implantação da Linha Assistencial em uma região de São Paulo, Brasil. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, 2016.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIACAVA, F.; PORTO, S. M.; CARVALHO, C. de. C; BELLIDO, J. G. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, Grã Bretanha, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

VINCENS, N.; EMMELIN, M.; STAFSTRÖM, M. Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: a fixed effects analysis. **Social Science & Medicine**, Reino Unido, v. 196, p. 115-122, 2018.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C. de.; OLIVEIRA, E. L. de. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In.: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Cap. 14.p. 453-479.

WARBURTON, D. E. R.; BREDIN, S. S. D. Reflections on physical activity and health: what should we recommend?. **Canadian Journal of Cardiology**, [S.l.], v. 32, n. 4, p. 495-504, 2016.

WILLIAMS, S. N.; ARMITAGE, C. J.; TAMPE, T.; DIENES, K. Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: a UK-based focus group study. **British Medical Journal Open**, Londres, v. 10, n. 7, p. e039334, 2020.

WONG, S. Y. S.; ZHANG, D.; SHAN SIT, R. W.; KEI YIP, B. H.; CHUNG, R. Y.; WONG, C. K. M.; CHUN CHAN, D. C.; SUN, W.; KWOK, K. O.; MERCER, S. W. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. **The British Journal of General Practice:** the journal of the Royal College of General Practitioners, Reino Unido, v. 70, n. 700, p. e817-e824, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Keep fit for life**: meeting the nutritional needs of older persons. Genevan: World Health Organization, 2002. 83 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42515>.

_____. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation:** health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Comission on Social Determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. 256 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=52D0FEF62DEE2528EB44C6CAEB8BB174?sequence=1>. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Heath Organization, 2017. 56 p. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

_____. **Who report on the global tobacco epidemic, 2019**: offter help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization, 2019. 209 p. Disponível em: < https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. Acesso em: 08 jul. 2021.

_____. **The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services:** results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization, 2020a. 32 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncds-covid-rapid-assessment>. Acesso em: 13 abr. 2021.

_____. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 03 abr. 2021.

_____. **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: World Health

Organization, 2020c. 236 p.

_____. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.** Geneva: World Health Organization, 2020d. 6 p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

_____. **WHO Coronavírus (COVID-19) dashboard**. Geneva: World Health Organization, 2021a. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 07 dez. 2021.

_____. **Noncommunicable diseases**. Genebra: World Health Organization, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 30 nov. 2021.

WU, S.; WANG, R.; ZHAO, Y.; MA, X.; WU, M.; YAN, X.; HE, J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health,** [S.l.], v. 13, n. 320, p. 1-9, 2013.

YGNATIOS, N. T. M.; ANDRADE, F. B. de.; LIMA-COSTA, M. F.; TORRES, J. L. Predisposição a formas graves de COVID-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1863-1872, 2021.

YIP, P. S.; CHEUNG, Y. T.; CHAU, P. H.; LAW, Y. W. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. **Crisis**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 86-92, 2010.

ZHOU, F.; YU, T.; DU, R.; FAN, G.; LIU, Y.; LIU, Z.; XIANG, J.; WANG, Y.; SONG, B.; GU, X.; GUAN, L.; WEI, Y.; LI, H.; WU, X.; XU, J.; TU, S.; ZHANG, Y; CHEN, H.; CAO, B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet,** Londres, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

ANEXOS

ANEXO A - Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiras no ano de 2019

Capitais/DF	Número de linhas telefônicas*		Número de entrevistas realizadas		
	Sorteadas**	Elegíveis	Total	Homens	Mulheres
Aracaju	6.200	2.804	2.053	702	1.351
Belém	9.000	3.120	2.059	731	1.328
Belo Horizonte	6.000	2.876	2.064	766	1.298
Boa Vista	7.800	1.571	1.017	389	628
Campo Grande	7.400	3.066	2.086	731	1.355
Cuiabá	8.000	3.015	2.064	717	1.347
Curitiba	6.000	2.885	2.058	737	1.321
Florianópolis	7.800	3.037	2.080	790	1.290
Fortaleza	6.000	2.765	2.051	702	1.349
Goiânia	6.000	2.880	2.050	720	1.330
João Pessoa	7.800	3.026	2.064	636	1.428
Macapá	7.600	1.658	973	365	608
Maceió	7.000	3.003	2.064	634	1.430
Manaus	11.200	2.927	1.953	707	1.246
Natal	7.000	3.037	2.076	711	1.365
Palmas	9.000	2.096	1.470	566	904
Porto Alegre	6.800	2.984	2.058	710	1.348
Porto Velho	10.200	3.054	1.926	744	1.182
Recife	6.000	2.780	2.053	690	1.363
Rio Branco	9.400	2.829	1.812	631	1181
Rio de Janeiro	6.000	3.023	2.059	730	1.329
Salvador	6.000	2.749	2.056	641	1.415
São Luís	7.800	3.032	2.065	707	1.358
São Paulo	6.200	2.854	2.052	708	1.344
Teresina	7.400	3.086	2.075	733	1.342
Vitória	6.000	2.888	2.051	700	1.351
Distrito Federal	6.000	2.744	2.054	746	1.298
Total	**197.600**	**75.789**	**52.443**	**18.354**	**34.089**

*Aproximadamente 7 mil linhas foram, inicialmente, sorteadas em cada cidade e divididas em réplicas de 200 linhas. São sumarizadas, aqui, apenas as linhas pertencentes às réplicas efetivamente utilizadas no Vigitel 2019.
**Apenas aquelas pertencentes às réplicas efetivamente utilizadas no Vigitel 2019.

ANEXO B - Desempenho da Pesquisa Vigitel em cada uma das capitais brasileiras no ano de 2020

Capitais/DF	Número de linhas telefônicas*		Número de entrevistas realizadas		
	Sorteadas**	Elegíveis	Total	Homens	Mulheres
Aracaju	4.800	1.721	1.001	355	646
Belém	5.400	1.896	1.007	369	638
Belo Horizonte	3.600	1.489	1.000	361	639
Boa Vista	15.800	1.964	1.003	396	607
Campo Grande	5.400	1.642	1.001	382	619
Cuiabá	6.000	1.673	1.002	357	645
Curitiba	4.000	1.521	1.004	348	656
Florianópolis	4.200	1.731	1.000	383	617
Fortaleza	5.200	1.737	1.001	339	662
Goiânia	4.400	1.718	1.009	343	666
João Pessoa	3.600	1.481	1.001	350	651
Macapá	7.400	1.707	1.014	436	578
Maceió	18.400	1.876	1.000	348	652
Manaus	5.800	1.843	1.002	399	603
Natal	11.200	1.969	1.001	338	663
Palmas	5.200	1.700	1.000	388	612
Porto Alegre	14.400	1.784	1.004	319	685
Porto Velho	5.000	1.747	1.002	407	595
Recife	9.600	1.811	1.001	353	648
Rio Branco	4.000	1.687	1.002	357	645
Rio de Janeiro	9.600	1.885	1.000	345	655
Salvador	5.600	1.891	1.000	324	676
São Luís	4.400	1.868	1.006	370	636
São Paulo	7.200	1.840	1.008	365	643
Teresina	3.600	1.562	1.002	327	675
Vitória	5.600	1.592	1.005	326	679
Distrito Federal	4.200	1.696	1.001	372	629
Total	**183.600**	**47.031**	**27.077**	**9.757**	**17.320**

Fonte: SVS/MS.

*Cerca de sete mil linhas foram, inicialmente, sorteadas em cada cidade e divididas em réplicas de 200 linhas. São sumarizadas, aqui, apenas as linhas perten às réplicas efetivamente utilizadas no Vigitel 2020.

**Apenas aquelas pertencentes às réplicas efetivamente utilizadas no Vigitel 2020.

PRELIMINAR

ANEXO C - Questionário da pesquisa Vigitel (2019)

VIGITEL

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde
Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel) – 2019
Disque-Saúde – 136

ENTREVISTA

Cidade: XX, confirma a cidade: ☐ sim ☐ não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e da agenda).

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?
☐ Sim ☐ Não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) Sr.(a) NOME DO SELECIONADO. Ele(a) está?

☐ Sim
☐ Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr.(a) NOME DO SELECIONADO?
☐ residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?
☐ Sim
☐ Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr.(a) NOME DO SELECIONADO?
☐ Residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) Sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?
☐ Sim (pule para Q5)
☐ **Não** – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) Sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 10 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista será gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O(a) Sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista? Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde.

5. Podemos iniciar a entrevista?
☐ Sim (pule para Q6)
☐ Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?
☐ Residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥18 anos e < 150) ____ anos

Q7. Sexo:
1( ) Masculino (pule a Q14) 2( ) Feminino (se > 50 anos, pule a Q14)

Q8. Até que série e grau o(a) Sr.(a) estudou?

8A	8B – Qual a última série (ano) o Sr.(a) completou?
1 ☐ Curso primário	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
2 ☐ Admissão	☐ 4
3 ☐ Curso ginasial ou ginásio	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4 ☐ 1° grau ou fundamental ou supletivo de 1° grau
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

5 ☐ 2° grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2° grau
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

6 ☐ 3° grau ou curso superior
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ou +

7 ☐ Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) ☐ 1 ou +

8 ☐ Nunca estudou

777 ☐ Não sabe (só aceita Q6 > 60)

888 ☐ Não quis responder

Q9. O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 kg e < 300 kg)
_____ kg 777 ☐ Não sabe 888 ☐ Não quis informar

Q11. O(a) Sr.(a) sabe sua altura? (só aceita ≥ 1,20 m e < 2,20 m)
__ m ____ cm 777 ☐ Não sabe 888 ☐ Não quis informar

Q12. O(a) Sr.(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (Apenas para Q6 > 20 anos)
1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para a Q14)

Q13. Qual era? (Só aceitar ≥ 30 kg e < 300 kg)
_____ kg 888 ☐ Não quis informar

Q14. A Sra. está grávida no momento? (Só aceitar se q6 < 50 & q7 = 2)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não sabe

R190. O(a) Sr.(a) possui habilitação para dirigir carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

R128a. O(a) Sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação

Q15. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer feijão?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca

6 ( ) Nunca

Q16. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para Q25)

6 ( ) Nunca (pule para Q25)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para Q19)

6 ( ) Nunca (pule para Q19)

Q18. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada:

1 ( ) No almoço (1 vez ao dia)

2 ( ) No jantar ou

3 ( ) No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para Q25)

6 ( ) Nunca (pule para Q25)

Q20. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido:

1 ( ) No almoço (1 vez ao dia)

2 ( ) No jantar ou

3 ( ) No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q25. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para Q27)

6 ( ) Nunca (pule para Q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) Sr.(a) toma de suco de frutas natural?

1 ( ) 1

2 ( ) 2

3 ( ) 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para Q29)

6 ( ) Nunca (pule para Q29)

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?

1 ( ) 1 vez no dia

2 ( ) 2 vezes no dia

3 ( ) 3 ou mais vezes no dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Quase nunca (pule para R301)

6 ( ) Nunca (pule para R301)

Q30. Que tipo?

1 ( ) Normal

2 ( ) *Diet/light*/zero

3 ( ) Ambos

Q31. Quantos copos/latinhas contuma tomar por dia?

1 ☐ 1 2 ☐ 2 3 ☐ 3 4 ☐ 4 5 ☐ 5 6 ☐ 6 ou + 777 ☐ Não sabe

Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que o Sr.(a) me dissesse se comeu algum deles ontem (desde quando acordou até quando foi dormir)

R301. Vou começar com alimentos naturais ou básicos.

a. Alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre
1☐ Sim 2☐ Não

b. Abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/caruru
1☐ Sim 2o Não

c. Mamão, manga, melão amarelo ou pequi
1☐ Sim 2☐ Não

d. Tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba
1☐ Sim 2☐ Não

e. Laranja, banana, maçã ou abacaxi
1☐ Sim 2☐ Não

f. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde
1☐ Sim 2☐ Não

g. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico
1☐ Sim 2☐ Não

h. Batata comum, mandioca, cará ou inhame
1☐ Sim 2☐ Não

i. Carne de boi, porco, frango ou peixe
1☐ Sim 2☐ Não

j. Ovo frito, cozido ou mexido
1☐ Sim 2☐ Não

k. Leite
1☐ Sim 2☐ Não

l. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará
1☐ Sim 2☐ Não

R302. Agora vou relacionar alimentos ou produtos industrializados.
a. Refrigerante
1☐ Sim 2☐ Não

b. Suco de fruta em caixa, caixinha ou lata
1☐ Sim 2☐ Não

c. Refresco em pó
1☐ Sim 2☐ Não

d. Bebida achocolatada
1☐ Sim 2☐ Não
e. Iogurte com sabor
1☐ Sim 2☐ Não

f. Salgadinho de pacote (ou *chips*) ou biscoito/bolacha salgado
1☐ Sim 2☐ Não

g. Biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote
1☐ Sim 2☐ Não

h. Chocolate, sorvete, gelatina, *flan* ou outra sobremesa industrializada
1☐ Sim 2☐ Não

i. Salsicha, linguiça, mortadela ou presunto
1☐ Sim 2☐ Não

j. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer
1☐ Sim 2☐ Não

k. Maionese, *ketchup* ou mostarda
1☐ Sim 2☐ Não

l. Margarina
1☐ Sim 2☐ Não

m. Macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado
1☐ Sim 2☐ Não

Agora, sobre o consumo de bebidas alcoólicas

Q35. O(a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

1 ☐ Sim 2 ☐ não (pula para R128a) 888 ☐ não quis informar (pula para R128a)

Q36. Com que frequência (a) Sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

1 ( ) 1 a 2 dias por semana

2 ( ) 3 a 4 dias por semana

3 ( ) 5 a 6 dias por semana

4 ( ) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5 ( ) Menos de 1 dia por semana

6 ( ) Menos de 1 dia por mês (pula para R128a)

Q37. Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou cinco doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

1 ☐ Sim (pule para Q39) 2 ☐ Não (pula para R128a)

Q38. Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

1 ☐ Sim 2 ☐ não (pula para R128a)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

1 ( ) Em 1 único dia no mês

2 ( ) Em 2 dias

3 ( ) Em 3 dias

4 ( ) Em 4 dias

5 ( ) Em 5 dias

6 ( ) Em 6 dias

7 ( ) Em 7 ou mais dias

777 ☐ Não sabe

R200. Nos dias do mês que isto ocorreu, qual foi o número máximo de doses consumido em uma única ocasião? (Exemplo: uma dose de bebida alcoólica seria uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada – registrar em doses inteiras – não ler)

___ ___ 777 ☐ Não sabe

R128a. O(a) Sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) Sr.(a) dirigiu logo depois de beber?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q40b. Independentemente da quantidade, o(a) Sr.(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica? (apenas para quem dirige – R128a=1)

1 ( ) Sempre

2 ( ) Algumas vezes

3 ( ) Quase nunca

4 ( ) Nunca

888 ☐ Não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia a dia

Q42. Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q47) (não vale fisioterapia)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

1 ☐ Caminhada (**não vale deslocamento para trabalho**)

2 ☐ Caminhada em esteira

3 ☐ Corrida (*cooper*)

4 ☐ Corrida em esteira

5 ☐ Musculação

6 ☐ Ginástica aeróbica (*spinning*, *step*, *jump*)

7 ☐ Hidroginástica

8 ☐ Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)

9 ☐ Natação

10 ☐ Artes marciais e luta (*jiu-jítsu*, caratê, judô, boxe, *muay thai*, capoeira)

11 ☐ Bicicleta (inclui ergométrica)

12 ☐ Futebol/*futsal*

13 ☐ Basquetebol

14 ☐ Voleibol/futevôlei

15 ☐ Tênis

16 ☐ Dança (balé, dança de salão, dança do ventre)

17 ☐ Outros _____

Q44. O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

1☐ sim 2☐ não (pule para Q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

1 ☐ 1 a 2 dias por semana

2 ☐ 3 a 4 dias por semana

3 ☐ 5 a 6 dias por semana

4 ☐ Todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

Q46. No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

1 ☐ Menos de 10 minutos
2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) trabalhou?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q50) 777 ☐ Não sabe (pule para Q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho?

Número de dias ___ 555 ☐ Menos de 1 vez por semana 888 ☐ Não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar?

HH:MM _____

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

1 ☐ Sim, todo o trajeto 2 ☐ Sim, parte do trajeto 3 ☐ não (pule para Q52)

Q51. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

1 ☐ Menos de 10 minutos
2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) Sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q55) 888 ☐ Não quis informar (pule para Q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

1 ☐ Sim, todo o trajeto 2 ☐ Sim, parte do trajeto 3 ☐ Não (pule para Q55)

Q54. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

1 ☐ Menos de 10 minutos
2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

1 ☐ Eu, sozinho (pule para R149) 2 ☐ Eu, com outra pessoa 3 ☐ Outra pessoa (pule para Q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

1 ( ) O(a) Sr.(a) ou 2 ( ) Outra pessoa (pule para Q59a) 3 ☐ Ambos

R149. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) realiza faxina da sua casa?

Número de dias ____ 555 ☐ Menos de 1 vez por semana 888 ☐ Não quis responder

R150. E quanto tempo costuma durar a faxina?

HH:MM _____

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?

1 ( ) Menos de 1 hora
2 ( ) Entre 1 e 2 horas
3 ( ) Entre 2 e 3 horas
4 ( ) Entre 3 e 4 horas
5 ( ) Entre 4 e 5 horas
6 ( ) Entre 5 e 6 horas
7 ( ) Mais de 6 horas
8 ☐ Não assiste à televisão

Q59b. No seu TEMPO LIVRE, o Sr.(a) costuma usar computador, *tablet* ou celular para participar de redes sociais do tipo Facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q60) 777 ☐ Não sabe (pule para Q60)

Q59c. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, *tablet* ou celular ocupa por dia?

1 ( ) Menos de 1 hora
2 ( ) Entre 1 e 2 horas
3 ( ) Entre 2 e 3 horas

4 ( ) Entre 3 e 4 horas
5 ( ) Entre 4 e 5 horas
6 ( ) Entre 5 e 6 horas
7 ( ) Mais de 6 horas

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre o hábito de fumar

Q60. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?
1 ( ) Sim, diariamente (ir para Q61)
2 ( ) Sim, mas não diariamente (pule para Q61a)
3 ( ) Não (pule para Q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia?_____ (vá para Q62)
1 ☐ 1-4
2 ☐ 5-9
3 ☐ 10-14
4 ☐ 15-19
5 ☐ 20-29
6 ☐ 30-39
7 ☐ 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60=2)
1 ☐ 1-4
2 ☐ 5-9
3 ☐ 10-14
4 ☐ 15-19
5 ☐ 20-29
6 ☐ 30-39
7 ☐ 40 ou +

Q62. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e ≤ 6)
_____ anos 777 ☐ Não lembra

Q63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?
1 ☐ Sim (pule para Q67) 2 ☐ Não (pule para Q67)

Q64. No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?
1 ( ) Sim, diariamente
2 ( ) Sim, mas não diariamente
3 ( ) Não
(Vá para Q69 se mora sozinho e não trabalha)
(Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr.(a) costuma fumar dentro de casa?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr.(a) trabalha? (só para Q47=1)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para R401 se Q60 = 1 ou Q60 = 2; SE Q60 = 3, vá p/ Q69)
888 ☐ Não quis informar (pule para R401 se Q60 = 1 ou Q60 = 2; SE Q60 = 3, vá p/ Q69)

R157. Se sim, o(a) Sr.(a) trabalha em local fechado?

1☐ Sim 2☐ Não 888 ☐ Não quis informar

R401. A última vez em que o(a) Sr.(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? (Entrevistador: registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade) (Responder se q60 = 1 ou q60 = 2)

Unid.	Qtd.	Detalhes
a. Cigarros	__|__	
b. Maços (ou carteira)	__|__	__|__ (Quantos cigarros havia em cada maço)
c. Pacotes	__|__	__|__ (Quantos maços havia em cada pacote) & __|__ (Quantos cigarros havia em cada maço)
Não compro cigarros para uso próprio (pule para Q69)		

R402. No total, quanto o(a) Sr.(a) pagou por essa compra?

R$|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

R403. O(a) Sr.(a) usa aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado (cigarro eletrônico, narguilé eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo eletrônico) **para fumar ou vaporizar?** (Não considere o uso de maconha) **<LER OPÇÕES>**

1 ( ) Sim, diariamente

2 ( ) Sim, menos do que diariamente

3 ( ) Não, mas já usei no passado

4 ( ) Nunca usei

Q69. A sua cor ou raça é:

1 ( ) branca

2 ( ) Preta

3 ( ) Amarela

4 ( ) Parda

5 ( ) Indígena

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis informar

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

1( ) Solteiro

2( ) Casado legalmente

3( ) Têm união estável há mais de seis meses

4( ) Viúvo

5( ) Separado ou divorciado

888( ) Não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total? ____números ou linhas telefônicas

Agora, estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como:

1 ( ) Muito bom

2 ( ) Bom

3 ( ) Regular

4 ( ) Ruim

5 ( ) Muito ruim

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis informar

Q75. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (pule para Q76)

777 ☐ Não lembra (pule para Q76)

R 203. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para pressão alta?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não lembra

R129. Atualmente, o(a) Sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (pule para Q76)

777 ☐ Não sabe (pule para Q76)

888 ☐ Não quis responder (pule para Q76)

R130a. Como o(a) Sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

1 ( ) Unidade de saúde do SUS

2 ( ) Farmácia popular do governo federal

3 ( ) Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

R174. Nos últimos 30 dias, o(a) sr(a). ficou sem algum dos medicamentos para controlar a pressão alta por algum tempo? (APLICAR se R129 = 1)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não lembra

R175 Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) mediu sua pressão arterial?

1 ☐ Menos de 6 meses

2 ☐ Entre 6 meses e 1 ano

3 ☐ Entre 1 e 2 anos

4 ☐ Entre 2 e 3 anos

5 ☐ 3 anos ou mais

6 ☐ Nunca

777 ☐ Não sabe / não lembra

Q76. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q79) 777 ☐ Não lembra (pule para Q79)

(se Q7=1, homem vá para Q88)

R138. (Se mulher) O diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7=2)

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

3 ( ) Nunca engravidou

777 ☐ Não lembra

R202. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

_____ anos

777 ☐ Não sabe/não lembra

R 204. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não lembra

R133a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (vá para R133b)

777 ☐ Não sabe (vá para R133b)

888 ☐ Não quis responder (vá para R133b)

R134c. Como o(a) Sr.(a) consegue o comprimido para diabetes?

1 ( ) Unidade de saúde do SUS

2 ( ) Programa "Aqui tem Farmácia popular"

3 ( ) Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

D3. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ficou sem algum dos comprimidos para controlar o diabetes por algum tempo?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) Sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (se mulher – Q7=2, vá para Q79 ; Se homem – Q7=1, vá para Q88)

777 ☐ Não sabe (se mulher – Q7=2, vá para Q79 ; Se homem – Q7=1, vá para Q88)

888 ☐ Não quis responder (se mulher – Q7=2, vá para Q79 ; Se homem – Q7=1, vá para Q88)

R134b. Como o(a) Sr.(a) consegue a insulina para diabetes? (APLICAR se R133b = 1)

1 ( ) Unidade de saúde do SUS

2 ( ) Programa "Aqui tem Farmácia popular"

3 ( ) Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

D1. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ficou sem a insulina algum tempo?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

R176. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?

1 ☐ Menos de 6 meses

2 ☐ Entre 6 meses e 1 ano

3 ☐ Entre 1 e 2 anos

4 ☐ Entre 2 e 3 anos

5 ☐ 3 anos ou mais

6 ☐ Nunca fez

777 ☐ Não sabe/não lembra

Q79a. A Sra. já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q81) 777 ☐ Não sabe (pule para Q81)

Q80. Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de Papanicolau?

1 ☐ Menos de 1 ano

2 ☐ Entre 1 e 2 anos

3 ☐ Entre 2 e 3 anos

4 ☐ Entre 3 e 5 anos

5 ☐ 5 anos ou mais

777 ☐ Não lembra

Q81. A Sra. já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas? (apenas para sexo feminino)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q88) 777 ☐ Não sabe (pule para Q88)

Q82. Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia?

1 ☐ menos de 1 ano

2 ☐ entre 1 e 2 anos

3 ☐ entre 2 e 3 anos

4 ☐ entre 3 e 5 anos

5 ☐ 5 ou mais anos

777 ☐ Não lembra

Q88. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

1 ( ) Sim, apenas um

2 ( ) Sim, mais de um

3 ( ) Não

888 ☐ Não quis informar (Se não dirige 0_R128 ≠ 1, vá para R153)

R135. Nos últimos 12 meses, o Sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (Apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 ( ) Sim

2 ( ) Não (pule para R153)

777 ☐ Não lembra (pule para R153)

888 ☐ Não quis responder (pule para R153)

R136. Qual o local que o(a) Sr.(a) foi multado?

1 ( ) Dentro da cidade (via urbana)

2 ( ) Rodovia

3 ( ) Ambos

777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

R153. Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a) você passou em uma *blitz* na sua cidade?

1 ( ) Sim (se não dirige [R128a ≠ 1] vá para R179) (Se R153 ≠ 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 178)

2 ( ) Não (se não dirige [R128a ≠ 1] vá para R179) (Se R153 ≠ 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 178)

777 ☐ Não lembra (se não dirige [R128a ≠ 1] vá para R179) (Se R153 ≠ 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 178)

888 ☐ Não quis responder (se não dirige [R128a ≠ 1] vá para R179) (Se R153 ≠ 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 178)

R137a. Nos últimos doze meses o Sr.(a), como condutor, foi parado em alguma *blitz* de transito na sua cidade? (apenas para quem dirige – R128a=1)

1 ( ) Sim

2 ( ) Não (vá para R178)

777 ☐ Não lembra (vá para R178)

888 ☐ Não quis responder (vá para R178)

R154. (Se Sim para R137a) E o(a) Sr.(a) foi convidado a fazer o teste de bafômetro?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não (vá para R178)

777 ☐ Não lembra (vá para R178)

888 ☐ Não quis responder (vá para R178)

R155. (Se Sim para R154) E o(a) Sr.(a) fez o teste do bafômetro?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não (vá para R178)

777 ☐ Não lembra (vá para R178)

888 ☐ Não quis responder (vá para R178)

R156. (Se Sim para R155). E o teste do bafômetro deu positivo?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

R178. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) fez uso de celular (ligações, mensagens de texto etc.) durante a condução de veículo? (Apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

R179. O(a) Sr.(a) ou algum outro adulto (> 18 anos) de sua casa possui celular?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não (vá para R900)

777 ☐ Não lembra (vá para R900)

888 ☐ Não quis responder (vá para R900)

R180. (Se sim) Dos <NÚMERO DE ADULTOS> adultos de sua casa, quantos possuem celular?

___ ___

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

R900. Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

777 ☐ Não sabe

R901. Qual pessoa da sua família que mora na sua casa recebe o Bolsa Família?

1 ☐ Próprio entrevistado

2 ☐ Cônjuge ou companheiro(a)

3 ☐ Filho(a)

4 ☐ Enteado(a)

5 ☐ Genro ou nora

6 ☐ Pai, mãe, padrasto ou madrasta

7 ☐ Sogro(a)

8 ☐ Neto(a)/bisneto(a)

9 ☐ Irmão(a)

10 ☐ Avô ou avó

11 ☐ Outro parente – Qual? _____ <registrar outro parente>

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis responder

R902. Há quanto tempo essa pessoa recebe o benefício?

1 ☐ Menos de 2 anos

2 ☐ Entre 2 e 4 anos

3 ☐ 5 anos ou mais

777 ☐ Não sabe

PARA TODOS – PÁGINA FINAL DE ENCERRAMENTO

Sr.(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista, gostaria de anotar o número de telefone do Disque-Saúde?

Se sim: O número é 136.

Observações (entrevistador):

_____

_____

_____

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas iniciarem por parênteses.

ANEXO D - Questionário da pesquisa Vigitel (2020)

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

VIGITEL

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2020

ENTREVISTA

Cidade: XX, confirma a cidade: □ sim □ não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do banco agenda)

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?
□sim □ não – Desculpe, liguei no número errado.

3. **Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) NOME DO SELECIONADO. Ele(a) está?**

□sim

□não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) NOME DO SELECIONADO?

□residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?
□Sim
□Não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) NOME DO SELECIONADO?

□residência a retornar. Retornaremos a ligação. Encerre

4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

□ Sim (pule para q5)

□ Não - O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. entrevista deverá durar cerca de 10 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista será gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista? Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde.

PRELIMINAR

5. Podemos iniciar a entrevista?
□sim (pule para q6)
□não - **Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?**
□residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) ____ anos

Q7. Sexo:
1 ( ) masculino (pule a q14) 2 ( ) feminino (se > 50 anos, pule a q14)

Q8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

8A	**8B- Qual a última série (ano) o Sr(a) COMPLETOU?**
1□ curso primário	□ 1□ 2□ 3□ 4
2□ admissão	□ 1
3□ curso ginasial ou ginásio	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4
4□ 1° grau ou fundamental ou supletivo de 1° grau	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8
5□ 2° grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2° grau	□ 1 □ 2 □ 3
6□ 3° grau ou curso superior ou +	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7 □ 8
7□ pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	□ 1 ou +
8□ nunca estudou	(VA PARA 9)
777não sabe (só aceita se q6>60)	(VA PARA 9)
888 não quis responder	(VA PARA 9)

Q9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥3 0 Kg e <300kg)
_____ kg 777□ não sabe 888 □ não quis informar

Q11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita ≥ 1,20m e <2,20m)
__ m ____ cm 777 □ não sabe 888 □ não quis informar

Q12. O(a) Sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (apenas para q6 > 20 anos)
1□ sim 2□ não (pule para a q14)

Q13. Qual era? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 Kg)
_____ kg 888□ não quis informar

PRELIMINAR

Q14. A Sra está grávida no momento? (só aceita se q6<50 & q7 = 2)
1□ sim 2□ não 777□ não sabe
R190. O(A) Sr(a) possui habilitação para dirigir carro, moto e/ou outro veículo?
1□sim 2□não 888 □não quis informar

R128a.O(A) Sr(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?
1□sim 2□não 888 □não quis informar
Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.
Q15.Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer feijão?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca
6( ) nunca

Q16.Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca
6( ) nunca (pule para q25)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca (pule para q19)
6( ) nunca (pule para q19)

Q18. Num dia comum, o(a) Sr(a) come este tipo de salada:
1( ) no almoço (1 vez no dia)
2( ) no jantar ou
3( ) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca (pule para q25)
6( ) nunca (pule para q25)

Q20. Num dia comum, o(a) Sr(a) come verdura ou legume cozido:
1( ) no almoço (1 vez no dia)
2( ) no jantar ou
3( ) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q25. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca (pule para q27)
6( ) nunca (pule para q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) Sr(a) toma de suco de frutas natural?
1( ) 1
2( ) 2
3( ) 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?
1( ) 1 a 2 dias por semana
90

PRELIMINAR

2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca (pule para q29)
6( ) nunca (pule para q29)

Q28. Num DIA comum, quantas vezes o(a) Sr(a) come frutas?
1( ) 1 vez no dia
2( ) 2 vezes no dia
3( ) 3 ou mais vezes no dia

Quebra de Página
Q29. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) quase nunca
6( ) nunca (pule para R301)

Q30. Que tipo?
1( ) normal
2 ( ) diet/light/zero
3 ( ) ambos

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
1□ 1 2□ 2 3□ 3 4 □ 4 5□ 5 6□ 6 ou + 777□ não sabe

Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que o Sr(a) me dissesse se comeu algum deles ONTEM (desde quando acordou até quando foi dormir):

R301. Vou começar com **alimentos naturais** ou **básicos.**

a. Alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre
1.□ Sim 2. □ Não

b. Abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/caruru
1.□ Sim 2. □ Não

c. Mamão, manga, melão amarelo ou pequi
1.□ Sim 2. □ Não

d. Tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba
1.□ Sim 2. □ Não

e. Laranja, banana, maçã ou abacaxi
1.□ Sim 2. □ Não

f. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde
1.□ Sim 2. □ Não

g. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico
1.□ Sim 2. □ Não

h. Batata comum, mandioca, cará ou inhame
1.□ Sim 2. □ Não

i. Carne de boi, porco, frango ou peixe
1.□ Sim 2. □ Não

j. Ovo frito, cozido ou mexido
1.□ Sim 2. □ Não

k. Leite
1.□ Sim 2. □ Não

l. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará
1.□ Sim 2. □ Não

PRELIMINAR

R302.Agora vou relacionar alimentos ou produtos Industrializados.

a. Refrigerante
1.□ Sim 2. □ Não

b. Suco de fruta em caixa, caixinha ou lata (como Del Valle ou Tropicana)
1.□ Sim 2. □ Não

c. Refresco em pó (como Tang ou Ki suco)
1.□ Sim 2. □ Não

d. Bebida achocolatada (como Todinho ou Toddy)
1.□ Sim 2. □ Não

e. Iogurte com sabor
1.□ Sim 2. □ Não

f. Salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado
1.□ Sim 2. □ Não

g. Biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote
1.□ Sim 2. □ Não

h. Chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada
1.□ Sim 2. □ Não

i. Salsicha, linguiça, mortadela ou presunto
1.□ Sim 2. □ Não

j. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer
1.□ Sim 2. □ Não

k. Maionese, ketchup ou mostarda
1.□ Sim 2. □ Não

l. Margarina
1.□ Sim 2. □ Não

m. Macarrão instantâneo (como miojo), sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado
1.□ Sim 2. □ Não

Agora, sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

Q35. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica <*LER OPÇÕES*>
1( ) sim 2( ) não (pula para Q42) 3( ) nunca (pula para Q42)
888 □ não quis informar (pula para Q42)

Q36. Com que freqüência o (a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?
1( ) 1 a 2 dias por semana
2( ) 3 a 4 dias por semana
3( ) 5 a 6 dias por semana
4( ) todos os dias (inclusive sábado e domingo)
5( ) menos de 1 dia por semana
6( ) menos de 1 dia por mês (pula para Q40b)

Quebra de Página

Q37. Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (*só para homens*)
1□ sim (pule para q39) 2□não (pula para Q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (*só para mulheres*)
1□ sim 2□ não (pula para Q40b)

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) Sr(a) dirigiu logo depois de beber?

PRELIMINAR

(apenas para quem dirige – R128a=1 & Q38 < 6)
1□sim 2□ não 888□não quis informar

Q40b.Independente da quantidade, o(a) Sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica? (apenas para quem dirige – R128a=1)
1( ) sempre 2( ) algumas vezes 3( ) quase nunca 4( ) nunca 888□ não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

Q42. Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?
1□ sim 2□ não (pule para q47) (não vale fisioterapia)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) praticou?
ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO
1□ caminhada (ao ar livre - não vale deslocamento para trabalho)
2□ caminhada em esteira
3□ corrida (corrida ao ar livre/rua)
4□ corrida em esteira
5□ musculação
6□ ginástica aeróbica (spinning, step, jump, funcional)
7□ hidroginástica
8□ ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
9□ natação
10□ artes marciais e luta (jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
11□ bicicleta (inclui ergométrica)
12□ futebol /futsal
13□ basquetebol
14□ voleibol /futevolei
15□ tênis
16□ dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
17□ outros

Quebra de Página

Q44. O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?
1 □sim
2 □ não – (pule para q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? _____
1□1 a 2 dias por semana
2□3 a 4 dias por semana
3□5 a 6 dias por semana
4□ todos os dias (inclusive sábado e domingo)

Q46. No dia que o(a) Sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? _____
1□menos que 10 minutos
2□entre 10 e 19 minutos
3□entre 20 e 29 minutos
4□ entre 30 e 39 minutos
5□ entre 40 e 49 minutos
6□ entre 50 e 59 minutos
7□ 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) trabalhou?
1□ sim 2□ não – (pule para q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) Sr(a) anda bastante a pé?
1□ sim 2□ não 777□ não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) Sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?
1□ sim 2□ não (pule para q50) 777□ não sabe (pule para q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) faz essas atividades no seu trabalho?
Número de dias ___ 555□ menos de 1 vez por semana 888□ não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar? _____
HH : MM

Quebra de Página

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
1□ sim, todo o trajeto 2□ Sim, parte do trajeto 3□ não (pule para q52)

Q51. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____
1□ menos que 10 minutos

PRELIMINAR

2□ entre 10 e 19 minutos
3□ entre 20 e 29 minutos
4□ entre 30 e 39 minutos
5□ entre 40 e 49 minutos
6□ entre 50 e 59 minutos
7□ 60 minutos ou mais

Q62. Atualmente, o(a) Sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?
1□ sim 2□ não (pule para q65) 888□ não quis informar (pule para q65)

Q63. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
1□ sim, todo o trajeto 2□ Sim, parte do trajeto 3□ não (pule para q65)

Q64. Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____
1□ menos que 10 minutos
2□ entre 10 e 19 minutos
3□ entre 20 e 29 minutos
4□ entre 30 e 39 minutos
5□ entre 40 e 49 minutos
6□ entre 50 e 59 minutos
7□ 60 minutos ou mais

Q65. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?
1□ eu sozinho (pule para R149) 2□ eu com outra pessoa 3 □outra pessoa (pule para q68a)

Q68. A parte mais pesada da faxina fica com:
1( ) o(a) Sr(a) ou 2( ) outra pessoa (pule para Q68a) 3□ ambos

R148. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) realiza faxina da sua casa?
Número de dias ___ 555□ menos de 1 vez por semana 888□ não quis responder

R160. E quanto tempo costuma durar a faxina? _____
HH : MM

Quebra de Página

Q68a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr(a) costuma ficar assistindo televisão?
1( ) menos de 1 hora
2( ) entre 1 e 2 horas
3( ) entre 2 e 3 horas
4( ) entre 3 e 4 horas
5( ) entre 4 e 5 horas
6( ) entre 5 e 6 horas
7( ) mais de 6 horas
8□ Não assiste televisão

Q68b. No seu TEMPO LIVRE, o Sr(a) costuma usar computador, tablet ou celular para participar de redes sociais do tipo facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos?

1□ sim 2□ não (pule para Q60) 777□ não sabe (pule para Q60)

Q68c. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?
1 ( ) menos de 1 hora
2 ( ) entre 1 e 2 horas
3 ( ) entre 2 e 3 horas
4 ( ) entre 3 e 4 horas
5 ( ) entre 4 e 5 horas
6 ( ) entre 5 e 6 horas
7 ( ) mais de 6 horas

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre o hábito de fumar.

Q80. Atualmente, o(a) Sr(a) fuma?
1( ) sim, diariamente (ir para q81)
2( ) sim, mas não diariamente (pule para q84)
3( ) não – (pule para q84)

Q81. Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia?
___ número de cigarros por dia

PRELIMINAR

Q84.No passado, o(a) Sr(a) já fumou?

1( ) sim, diariamente
2( ) sim, mas não diariamente
3( ) não
*(vá para R401 se mora sozinho e não trabalha)
* (Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

Q87. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?
1□ sim 2□ não 888.□ Não quis informar

Q88. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha? (só para q47=1)

1□ sim 2□ não
888.□ Não quis informar (pule para R401 se Q60 = 1 ou Q60 = 2; SE Q60=3 – vá p/ R403)

R401.A última vez em que o(a) Sr(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? (Entrevistador: Registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade) (responder se q80 = 1 ou q80 = 2)

Und.	Qtd.	Detalhes
a. Cigarros	__|__	
b. Maços (ou carteira)	__|__	__|__ (Quantos cigarros havia em cada maço)
c. Pacotes	__|__	__|__ (Quantos maços havia em cada pacote) & __|__ (Quantos cigarros havia em cada maço)
Não compro cigarros para uso próprio (pule para R403)		

R402. No total, quanto o(a) Sr(a) pagou por essa compra?
R$|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

R404. Qual a marca de cigarros comprou?
|__|__|__| (Inserir código da marca, tal como registrada na ANVISA)

R403. O(a) Sr(a) usa aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado (cigarro eletrônico, narguilé eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo eletrônico) **para fumar ou vaporizar?** (não considere o uso de maconha) *<LER OPÇÕES>*

1( ) Sim, diariamente
2( ) Sim, menos do que diariamente
3( ) Não, mas já usei no passado
4( ) Nunca usei
Quebra de Página
Q68. A sua cor ou raça é:
1( ) branca
2( ) preta
3( ) amarela
4( ) parda
5( ) indígena
80( ) outros_____
777□ não sabe
888□ não quis informar

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?
1( ) solteiro

PRELIMINAR

2( ) casado legalmente
3( ) têm união estável há mais de seis meses
4( ) viúvo
5( ) separado ou divorciado
888 ( ) não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa?
(não vale extensão)

1□ sim 2□ não – (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total? ____números ou linhas telefônicas

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde como:
1( ) muito bom
2( ) bom
3( ) regular
4( ) ruim
5( ) muito ruim
777□ não sabe
888□ não quis informar

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?
1□ sim 2□ não (pule para Q76) 777□ não lembra (pule para Q76)

R 203. Algum MÉDICO já lhe receitou algum medicamento para pressão alta?
1□ sim 2□ não 777□ não lembra

R129. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?
1□ sim 2□ não 777□ não sabe
888□ não quis responder

Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes?
1□ sim 2□ não (pule para R205) 777□ não lembra (pule para R205)

R204. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?

1□ sim 2□ não 777□ não lembra

R133a. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

1□ sim
2□ não
777□ não sabe
888□não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) Sr(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

1□ sim
2□ não
777□ não sabe
888□não quis responder

R206. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão?
1□ sim 2□ não (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79) 3□ não lembra (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79)

R208. Algum MÉDICO já lhe receitou algum medicamento para depressão?
1□ sim 2□ não (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79) 3□ não lembra (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79)

R207. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a depressão?
1□ sim 2□ não (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79) 3□ não lembra (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79) 4□ não quis responder (se Q7=1 – homem, vá para Q88, se Q7 = 2 – mulher, vá para Q79)

(se Q7=1 – homem, vá para Q88)
96

PRELIMINAR

Q78a. A Sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)
1□ sim 2□ não (pule para q81) 777□ não sabe (pule para q81)

Q80. Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de papanicolau?
1□ menos de 1 ano
2□ entre 1 e 2 anos
3□ entre 2 e 3 anos
4□ entre 3 e 5 anos
5□5 anos ou mais
777□ não lembra

Q81. A Sra. já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino – Q7=2)
1□ sim 2□ não (pule para q88) 777□ não sabe (pule para q88)

Q82. Quanto tempo faz que a Sra fez mamografia?
1□ menos de 1 ano
2□ entre 1 e 2 anos
3□ entre 2 e 3 anos
4□ entre 3 e 5 anos
5□5 ou mais anos
777□ não lembra

Q88. O(a) Sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

1( ) Sim, um 2( ) Sim, mais de um 3( ) Não 888□ Não quis informar

(Se não dirige - R128a ≠ 1, agradeça e encerre)

R135. Nos últimos doze meses o Sr(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (apenas para quem dirige – R128a = 1)
1□Sim
2□Não (agradeça e encerre)
777□Não lembra (agradeça e encerre)
888 □ Não quis responder (agradeça e encerre)

R178. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) fez uso de celular (ligações, mensagens de texto, etc.) durante a condução de veículo? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

1□Sim 2□ Não 777□ Não lembra 888 □ Não quis responder

PARA TODOS – PÁGINA FINAL DE ENCERRAMENTO

Sr(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?
- Se sim: O número é 136.

Observações (entrevistador):
_____

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas se iniciarem por parêntesis

PRELIMINAR