

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

RAFAEL FRIGOTTO HENRIQUE

**Perfil de famílias com dependentes de cuidados no Distrito Docente Assistencial  
Glória/Cruzeiro/Cristal**

Porto Alegre  
2012

RAFAEL FRIGOTTO HENRIQUE

**Perfil de famílias com dependentes de cuidados no Distrito Docente Assistencial  
Glória/Cruzeiro/Cristal**

Trabalho de conclusão apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão – TCC II (ENF 99004) do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regina Rigatto Witt

Porto Alegre  
2012

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois por intermédio dele obtive forças para lidar com os obstáculos que foram surgindo ao longo da graduação, assim como graças e a oportunidades de conviver com pessoas maravilhosas dotadas do dom único do “cuidar”.

Agradeço à minha irmã, Débora Frigotto, e ao meu pai, Elói Henrique, pelo apoio e incentivo na minha trajetória na enfermagem. Em especial à minha mãe, Olide Maria Frigotto, que desde o início foi meu exemplo profissional e de ser humano. Meu porto seguro nos momentos em que precisei de abrigo; uma sábia nos momentos em que precisei de aconselhamentos; uma leoa nos momentos em que me senti vulnerável e precisei de proteção; uma amiga quando precisei compartilhar segredos.

Agradeço o companheirismo e disponibilidade dos amigos Cristiano Zimmermann, Lucas Abreu e Henrique Santos, que, ao longo da nossa caminhada, tornaram-se meus irmãos não de sangue, porém de alma.

Agradeço às amigas Karoline Ritter, Graziela Martins, Maitê Miranda, Bruna Rocha, Priscila Nakata, entre outras que peço perdão por não citar, que fizeram com que os quatro anos e meio de graduação fiquem gravados em minha memória não só pela questão acadêmica, como também pela comunhão de momentos maravilhosos ao lado de cada uma.

Agradeço à minha namorada, Greice Ribeiro, que mesmo recentemente fazendo parte da minha vida, tornou-se peça fundamental para meu sucesso nas etapas finais da graduação. Agradeço por todo o companheirismo, compreensão e carinho que tens dedicado a mim nesses momentos tão complexos. Como bem sabes, és uma joia rara e agradeço todos os dias pela tua presença em minha vida.

Agradeço à minha orientadora, Regina Rigatto Witt, que por mais de dois anos compartilhou comigo seus infindáveis conhecimentos, sempre com muito bom humor e compreensão.

Por fim, agradeço aos muitos professores e profissionais que passaram pela minha vida nesses quase cinco anos e que, de sua maneira, contribuíram para meu amadurecimento e crescimento como enfermeiro.

## RESUMO

**Introdução:** Famílias com dependentes de cuidados necessitam especial atenção das equipes de saúde no que se refere ao apoio ao cuidador, por meio da provisão de informação a respeito das condições familiares. Esta situação foi investigada no “Diagnóstico comunitário de saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal – Porto Alegre - RS”, efetuado pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Objetivos:** identificar as características socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e relativas às condições de saúde das famílias que afirmaram ter residentes dependentes de cuidados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo descritivo de caráter transversal, desenvolvido com famílias das regiões da Glória/Cruzeiro/Cristal, localizadas em Porto Alegre. Para este estudo, foram selecionadas as famílias que responderam afirmativamente à pergunta sobre a presença de algum familiar com dependência de cuidados. Para análise descritiva dos dados foi realizado o cálculo de frequência absoluta e relativa e calculada a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas. **Resultados:** Das 607 famílias pesquisadas, 90 (cerca de 15%) informaram ter algum dependente de cuidados em sua composição. As pessoas de referência das famílias pesquisadas apresentam-se como brancos e não-brancos, com o ensino fundamental incompleto e como desempregados, aposentados, pensionistas ou encostados. A renda familiar foi de até dois salários mínimos e a religião predominante é a católica. Atividades sociais do tipo voluntariado foram referidas pelas famílias como praticadas no momento de lazer. Condições crônicas encontradas foram a Hipertensão Arterial Sistêmica, dores crônicas (lombares e em membros inferiores), asma, cardiopatias e diabetes mellitus, podendo haver pluralidade de patologias crônicas em uma mesma família. Boa parte das famílias referiu uso de medicação contínua e acompanhamento destas doenças. Um terço das famílias possuem dependentes restritos ao leito e utilizam o serviço de uma familiar para realizar os cuidados diretos com o dependente. **Discussão:** Em relação às características socioeconômicas e demográficas, as famílias pesquisadas tem uma maior aproximação com a realidade brasileira do que com a de Porto Alegre, podendo a situação de moradia dessas famílias explicadas por um ciclo de baixa escolaridade, restrição de campos de labuta com conseqüente baixa renda. A religiosidade e o histórico de militância da região reforçam o idealismo de realizar atividades em prol da comunidade e do bem comum. As doenças crônicas mais citadas podem ter relação com o cuidado exaustivo e solitário de um familiar com dependências, o que evidencia a necessidade de mais políticas voltadas para o acompanhamento de cuidadores e de

doentes crônicos. **Conclusão:** Este estudo expõe campos que necessitam de uma atuação mais efetiva do enfermeiro e da equipe de saúde na Atenção Primária no que tange as questões do cuidador de dependentes de cuidado e do próprio dependente. Cabe ao enfermeiro de cada unidade de saúde organizar-se e achar alternativas viáveis que possibilitem o alcance das necessidades de assistência ao familiar com dependente de cuidados.

**Descritores:** Cuidados; Cuidadores; Família; Enfermagem familiar;

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características socioeconômicas da pessoa de referência das famílias com dependentes no distrito GCC, Porto Alegre, 2011.....	<b>14</b>
<b>Tabela 2</b> – Religião das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011.....	<b>15</b>
<b>Tabela 3</b> – Atividade de lazer das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011..	<b>15</b>
<b>Tabela 4</b> – Frequência de doenças crônicas nas famílias com dependentes de cuidados em Porto das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011.....	<b>16</b>
<b>Tabela 5</b> – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por religião no Brasil e em Porto Alegre, 2010.....	<b>18</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3 REVISÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Família .....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Dependência e o cuidador familiar .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Cuidados de enfermagem no âmbito da família.....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 Contexto .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 População e amostra .....</b>	<b>15</b>
<b>4.4 Coleta dos dados.....</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>17</b>
<b>4.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>18</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 Caracterização demográfica e socioeconômica das famílias.....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Situação de saúde .....</b>	<b>24</b>
<b>6.3 Perfil da dependência e do cuidado .....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 a partir de conceitos discutidos e idealizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, possui como um de seus princípios e diretrizes norteadoras a descentralização político-administrativa (com direção única em cada esfera do governo), por meio da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A regionalização e hierarquização dos serviços de saúde têm por objetivo contemplar um planejamento estratégico que permita identificar as prioridades de intervenção, de forma que seja garantido o acesso dos cidadãos aos serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde. Para a implantação deste meio de otimização dos recursos sanitários, faz-se necessário o entendimento do conceito de região de saúde, podendo esta ser definida como território ou espaço geográfico delimitado a partir de suas peculiaridades (identidades culturais, econômicas, sociais, entre outros) com a finalidade “*de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde*” (BRASÍLIA, 2011).

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode dividir-se em macro regiões, regiões e/ou micro regiões de saúde. As parcelas destas separações são designadas distritos sanitários (ALMEIDA; LISBOA, 1998).

O conceito de distrito sanitário envolve duas dimensões: a primeira refere-se a uma estratégia de construção do SUS em um município; enquanto a segunda é menor unidade territorial ou populacional a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão (ALMEIDA; LISBOA, 1998). Para que sejam identificadas as necessidades da população, são realizados os diagnósticos de saúde em cada distrito sanitário.

Durante a graduação, especificamente no período em que exercia função de Bolsista de Iniciação Científica na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BIC UFRGS), tive o primeiro contato com o tema enquanto pesquisava sobre as competências interdisciplinares envolvidas em pesquisas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o qual está desenvolvendo um projeto de diagnóstico sanitário no Distrito Docente Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) em Porto Alegre. Avaliando o questionário utilizado como instrumento de coleta de dados para o projeto, juntamente com minha vivência de profissional de enfermagem inserido na atenção primária a saúde, tive despertado o interesse em investigar o perfil das famílias com residentes dependentes de cuidados, a fim de conhecer um pouco mais da realidade em que a enfermagem pode atuar na Atenção Primária.



A família é o primeiro grupo ao qual o ser humano pertence. Segundo Boarini (2003), a formação da família está em constante processo de mutação, acarretando sempre novas roupagens em atendimento às demandas da sociedade. Assim como o formato da família se modifica de acordo com as mudanças conceituais da sociedade, ela própria se adapta às situações cotidianas como, por exemplo, no adoecimento de um dos componentes.

Atualmente é insuficiente apenas identificar as causas de doenças crônicas degenerativas. Faz-se necessário também buscar como se desenvolve o processo de cuidar de pessoas no domicílio quando estas já estão instaladas, visto que as mesmas podem acarretar limitações físicas ou mudanças na rotina do indivíduo (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008), produzindo dependência de cuidados prestados por outras pessoas.

Dependência é definida como estado de sujeição ou subordinação, enquanto dependente é considerado quem existe em decorrência ou consequência de outra coisa ou alguém (HOUAISS, 2009). Na prática geriátrica, a dependência é caracterizada quando o indivíduo apresenta vulnerabilidade frente aos desafios próprios do ambiente sendo esta, geralmente, resultante de uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptação ao estresse causado por doenças agudas ou crônicas (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

O contexto familiar é o primeiro local de prestação dos cuidados uma vez que este é um meio de troca de apoio e resolução de conflitos, sendo que com o adoecimento de um dos componentes, os outros são sensibilizados de alguma forma (SCHULTZ, 2007). Porém, ficando a família responsável pela prestação dos cuidados ao familiar dependente, a tarefa torna-se árdua e pode acarretar consequências para o cuidador e família como um todo (SALGUEIRO; LISBOA, 2010). Desta forma, a caracterização das famílias com dependentes de cuidados constitui-se de uma importante ferramenta no planejamento e execução de intervenções nos grupos familiares em risco.

Este estudo busca contribuir para a estruturação do atendimento de enfermagem na atenção primária, entre outras áreas estratégicas de práticas de saúde, ao caracterizar as situações nas quais se encontram as famílias que necessitam cuidar de algum de seus membros. Assim, será utilizada como pergunta norteadora: Quais as características das famílias do Distrito Assistencial GCC com residentes que necessitam de cuidados no domicílio?

## **2 OBJETIVO**

Identificar as características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e relativas às condições de saúde de famílias com residentes dependentes de cuidados no Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 Família

A família é a unidade social mais antiga que se tem descrição. É o primeiro local em que o ser humano se insere. Historicamente, mesmo antes das organizações em grupos sedentários, os homens constituíam grupos unidos por laços de ancestrais em comum os quais eram denominados clãs (CUNHA, 2010).

Os componentes destes clãs adquiriam uma identidade grupal, além de serem incumbidos de obrigações morais entre si, sob liderança do ancestral comum. Com o tempo, surgiu a definição de família natural romana, na qual o critério para a formação do grupo familiar passou de parentesco com o ancestral em comum para laços originados através da relação jurídica do matrimônio. Isso denota que a evolução histórica da família baseou-se no princípio da consanguinidade entre os membros pela origem de um único patriarca, configurando-se ao longo do tempo em grupos menores formados pela consolidação de um ato solene (casamento) com a sacralização pela Igreja Católica (CUNHA, 2010).

Atualmente, além da consanguinidade outros fatores são levados em consideração quando se utiliza o vocábulo “família” para designar um grupo de indivíduos. A família passou a ser identificada pela comunhão de vida, de amor, de afeto no plano da igualdade, da liberdade, da solidariedade e responsabilidade recíproca (CUNHA, 2010).

Para Wright e Leahey (2002), é preciso encontrar uma definição de família que ultrapasse as limitações tradicionais de membro restrito, utilizando critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio. Família é quem seus membros dizem que são, tendo dentre as várias formas prevalentes na sociedade de hoje, as famílias de procriação biológica, famílias nucleares que incorpora um ou mais membros da família extensa (família de origem), famílias de um só genitor, famílias adotiva, famílias comuns e famílias ou casal homossexual (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Segundo Cunha (2010), o afeto como denominador de grupos familiares transcende a própria família. Não é derivado da consanguinidade dos componentes. Apresenta-se como motor social presente em todas as relações humanas. O autor ainda descreve que “conforme muda o afeto, as relações familiares também mudam. Os laços de parentalidade e de fraternidade e as relações conjugais são criadas e dissolvidas de acordo com o afeto existente entre os indivíduos”. Para este estudo, foram considerados componentes da família todos os habitantes de uma mesma residência.

### 3.2 Dependência e o cuidador familiar

Os últimos dados estatísticos apontam para uma mudança rápida no perfil demográfico e epidemiológico com aumento das doenças crônico-degenerativas, acarretando uma demanda de cuidados específicos para essa população. Embora esses indivíduos estejam atingindo uma maior longevidade, o envelhecimento acarreta deficiências e incapacidades. Há, portanto, necessidade de entender não só o envelhecimento como determinante da perda da funcionalidade e, conseqüentemente, dependência, mas também compreender a repercussão deste envelhecimento nos serviços de saúde (GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007).

Os autores Gaspar, Oliveira e Duayer (2007) ainda destacam que nas grandes cidades, com o aumento desenfreado da violência, torna-se comum que sobreviventes de acidentes de trânsito ou por armas de fogo apresentem mutilações ou deficiências físicas com limitações importantes.

Para Araújo, Paúl e Martins (2011), deve-se pontuar a diferença entre dependência e falta de autonomia, na qual o primeiro termo refere-se à dificuldade ou impossibilidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, gerando a necessidade de auxílio de outro indivíduo para executá-las. Já a autonomia é explicada como capacidade de tomar decisões por si mesmo, ou seja, o poder de se autogovernar. Diogo (1997) salienta que, *“para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar, caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa”*.

Dorothea E. Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do Déficit de Autocuidado (composta por três teorias inter-relacionadas), na qual descreve que quando o indivíduo torna-se incapaz de prover o seu próprio cuidado ou, no caso das crianças, quando seus responsáveis não conseguem proporcionar a quantidade e qualidade de cuidado necessário, a enfermagem é exigida e o indivíduo gera uma demanda terapêutica para a equipe (FOSTER; BENNET, 2000).

Segundo Aires e Paz (2008), a família é geralmente a maior provedora de cuidados domiciliares, sendo que o papel do cuidador se legitima a partir do momento em que um indivíduo fica com sequelas físicas que demandam cuidados diários e especializados. Esses cuidados referem-se desde o auxílio com as atividades da vida diária (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, locomover-se) até cuidados relacionados aos aspectos linguísticos, cognitivos e emocionais (MOLETA, 2011).

São vários os fatores considerados na escolha do cuidador familiar. Em seu estudo com escolha de cuidadores familiares de idosos, Pavarini (2006) afirma que entre os motivos que levam a escolha de um cuidador familiar destacam-se, independentemente da funcionalidade familiar, o gênero (mulher), o grau de parentesco (filha), a história de vida, a composição familiar (famílias multigeracionais) e o relacionamento (afetuoso). É uma escolha determinada a partir de valores sociais, culturais e pela história de vida de cada um.

Há descrito na literatura (FONSECA PENNA, 2008; MOLETA, 2011; MACHADO FREITAS JORGE, 2007) duas modalidades principais de cuidadores domiciliares: os formais (profissionais preparados para prestar o atendimento segundo as necessidades específicas do paciente) e os informais (que assumem o papel de cuidador sem o objetivo de obter remuneração e geralmente possuem vínculo afetivo/familiar com o paciente). As famílias com maior poder aquisitivo normalmente optam pela contratação de cuidadores profissionais, porém grande parte da população brasileira tende a necessitar que um dos componentes da família assuma o papel de cuidador (MOLETA, 2011).

É crescente a utilização de familiares no cuidado domiciliar (MARQUES et al, 2011) e destes são cobradas condutas para lidar não só com as dificuldades do paciente com a mobilidade, autocuidado e comunicação, como também com os possíveis déficits cognitivos, depressão e mudança de personalidade (FONSECA; PENNA, 2008). Faz-se importante conhecer as características das famílias com cuidadores para que haja o desenvolvimento de trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares visando o atendimento integral não só do indivíduo dependente, mas da família como um todo.

### **3.3 Cuidados de enfermagem no âmbito da família**

Na reabilitação do indivíduo com sequelas decorrentes de acidentes de causas variadas (seja por arma de fogo, quedas, acidentes de trânsito, entre outros) ou agravos por doenças crônico-degenerativas, podem existir sequelas que dificultam a locomoção e o acesso aos serviços de saúde, sendo a assistência domiciliar uma alternativa para assegurar o direito e a equidade na assistência à saúde (GASPAR; OLIVEIRA; DUAYER, 2007).

De forma a acumular informações suficientes para a formulação de estratégias e planos de intervenção, são criados instrumentos, como a Medida de Independência Funcional (MIF), definido como instrumento de avaliação da capacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada. O MIF visa primordialmente avaliar a carga quantitativa de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e

cognitivas da vida diária. São avaliadas questões referentes à autocuidados, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social (RIBERTO et al, 2004).

Além do MIF, outros instrumentos, como a Escala de Grau de Dependência (SOUZA et al, 2007), o Índice de Katz (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007), o Índice de Barthel (MINOSSO et al, 2010) e o Teste de Levantar e Caminhar Cronometrado associado à Escada de Equilíbrio de Berg (GIRIKO et al, 2010), foram criados e validados com a intenção de permitir uma melhor compreensão das características das pessoas dependentes de cuidados.

A necessidade do fornecimento de serviço de saúde no domicílio do indivíduo dependente de cuidados promove a revisão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar, permitindo a construção da atenção focada na reabilitação da saúde e humanização da assistência. Gaspar, Oliveira e Duayer (2007) descrevem que atualmente, uma das principais dificuldades enfrentadas pelo setor saúde é a de determinar quem necessita de cuidados no domicílio e identificar as necessidades de saúde dessas pessoas. A partir dessa constatação, a definição do perfil de famílias com dependentes de cuidados permite a intervenção de forma mais efetiva dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem.

A enfermagem, em sua essência, está intimamente inserida no processo de cuidado. Lacerda (2010) traz em seu ensaio que o cuidado domiciliar surge como uma oportunidade de promover a concretização da autonomia do indivíduo dependente e de sua família, uma vez que o enfermeiro estará vivenciando “*situações de saúde-doença, em seu lócus de habitação, de relações e de significados de vida*”.

Neste contexto, a enfermagem atua na recuperação da independência do dependente de cuidado, eliminando as limitações que forem possíveis e, concomitantemente, atuando na capacitação dos componentes da família para exercer o cuidado (LACERDA, 2010).

Para Diógenes e Pagliúca (2003), o enfermeiro deve embasar sua prática no conhecimento científico, possibilitando desta forma que o cuidado gere a melhoria da saúde do indivíduo e da comunidade, como também compreendendo de uma melhor forma as situações em que o indivíduo se encontra para assim poder implementar ações. Deste modo, obter dados referentes às características de uma população em específico permite que sejam planejadas intervenções de maior precisão e que estas supram de forma mais satisfatória as necessidades da mesma.

Marques et al (2011) afirma que um cuidador sem suporte pode ser um futuro paciente, denotando a necessidade de ter conhecimento do perfil das famílias com residentes

dependentes de cuidados, assim como sua rede de apoio dentro da comunidade, para que a enfermagem, em conjunto com os demais componentes da equipe de saúde, aja evitando este desfecho.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, de caráter transversal. O estudo descritivo permite que o pesquisador sintetize e apresente os dados obtidos na coleta (PONTE et al, 2006). Já o caráter transversal se explica pela análise das variáveis dentro de uma amostra da população em um ponto determinado do tempo (REIS; CECONELLI; FALOPPA, 2002).

### 4.2 Contexto

O presente estudo foi desenvolvido no município de Porto Alegre, cuja área está setorizada em oito distritos sanitários. Entre eles se encontram os distritos Glória, Cruzeiro e Cristal, que abrangem os bairros Belém Velho, Cascata, Glória, Santa Tereza, Medianeira e Cristal. Têm uma população total de 154.939 habitantes, sendo que destes 3.099 são Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD) (PORTO ALEGRE, 2010). As principais causas de mortalidade, estimadas no ano de 2008, foram predominantemente relacionadas ao aparelho circulatório (29,6%) e de origem neoplásica (21,4%) (DATASUS, 2008).

Atualmente a região dispõe, entre seus serviços de saúde, de um Centro de Saúde constituído de treze serviços (contando com um pronto-atendimento e serviços que são referência para toda cidade). Além do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, a região dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul), nove Unidades Básicas de Saúde e catorze Estratégias de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, 2012).

Entre os serviços conveniados ao SUS situados na região encontram-se os hospitais Parque Belém, Divina Providência, o Laboratório UNILAB e Clínica Carlos Barbosa. Há também uma parceria com o Hospital Mãe de Deus que mantém uma equipe na Unidade de Saúde Vila Gaúcha (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

### 4.3 População e amostra

A população estudada no projeto de Diagnóstico Sanitário abrangeu a população residente nos domicílios da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, localizada no



Município de Porto Alegre. Foi selecionada uma amostra representativa desta população através do seguinte processo:

No ano de 2010 foram coletados dados no IBGE para estimar o número de indivíduos residentes na área, habitantes por domicílio, distribuição etária e setores censitários da área.

A partir desta estimativa, foi calculada uma amostra de 2500 indivíduos adultos (considerando-se uma média de 2,7 pessoas por domicílio em 925 casas) pesquisados no projeto de Diagnóstico Sanitário.

Foram considerados dependentes os indivíduos que se enquadram no conceito utilizado para definir “dependência”, descrito por Araújo, Paúl e Martins (2011), em que esta é caracterizada como o estado em que o indivíduo apresenta falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, levando à necessidade de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os atos cotidianos.

Para o presente estudo, o recorte terá como critério famílias que responderem afirmativamente a questão “Alguém da família necessita de cuidados de outras pessoas?” que objetivou obter informação a respeito da existência de morador com demanda terapêutica de cuidado conforme Orem (FOSTER; BENNET, 2000).

#### **4.4 Coleta dos dados**

Para o diagnóstico sanitário foram coletados dados secundários nas bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS, SIM, SINAN, SINASC), do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), do Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO) e do Observatório da Cidade de Porto Alegre (OBSERVAPOA), a fim de fornecer subsídios para estipular características sobre os domicílios, moradores, chefes de domicílios, faixa etária dos residentes, número de analfabetos e condições do domicílio.

Os dados primários foram coletados por meio da aplicação de um instrumento padronizado elaborado pela equipe multidisciplinar de pesquisa. Para isto, foram selecionados setores censitários numerados dentro das áreas.

Em sequência, as casas dentro dos setores foram selecionadas da seguinte forma. A partir de um ponto pré-determinado, foi aplicado o questionário na primeira casa e após aplicado na quinta casa à esquerda da primeira e, assim, sucessivamente, até a obtenção da amostra. Caso a habitação fosse industrial ou comercial, assim como se não fossem

encontrados os moradores em três tentativas, a casa subsequente seria automaticamente escolhida.

O questionário, testado em um estudo piloto, foi desenvolvido a partir das variáveis demográficas, socioeconômicas adicionais às informações do IBGE, epidemiológicas, relativas às condições de saúde da família, características físicas e recursos de área geográfica da população do estado.

Os dados para este estudo foram coletados em uma base criada e digitada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0, a partir das respostas obtidas por meio do instrumento elaborado pela equipe de pesquisa do projeto de diagnóstico sanitário.

As variáveis utilizadas para a caracterização das famílias foram avaliadas a partir dos dados primários coletados. Estas seguem abaixo, categorizadas e seguidas das questões desenvolvidas no instrumento:

- a) Demográficas – raça/cor dos residentes, religião, idade da pessoa de referência, número de residentes por domicílio;
- b) Socioeconômicas adicionais às informações do IBGE - renda da família, atividade laboral e escolaridade da pessoa de referência, atividades de lazer dos residentes, existência de cuidadores de acamados e crianças;
- c) Epidemiológicas – frequência de dor e doenças crônicas nas famílias, componentes da família que fazem tratamento para doenças crônicas, residentes restritos ao lar e que já necessitaram de internação por causa de doenças crônico-degenerativas;
- d) Relativas às condições de saúde da família – tipo de restrição dos dependentes de cuidados, pessoa encarregada de realizar o cuidado do dependente, familiares em uso de medicações contínuas;

#### **4.5 Análise dos dados**

Foi utilizada a análise descritiva, com cálculo de frequência absoluta e relativa. Para as variáveis contínuas, foi calculada a média e o desvio padrão.

Para a classificação das atividades de lazer, foi utilizado o referencial de Marcelino (2002):

- Atividades artísticas – universo estético feito de imagens, de emoções, sentimentos, imaginário;

- Atividades manuais – capacidade de manipulação de cada indivíduo. O curso das mãos é essencial, seja para transformar, para restaurar;
- Atividades físicas – prescindem do movimento corporal;
- Atividades sociais – busca do indivíduo para relacionar-se com os outros;

#### **4.6 Aspectos éticos**

O presente estudo utilizou dados coletados para o projeto “Diagnóstico comunitário de saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal – Porto Alegre – RS”, aprovado pelo COMPESQ da Faculdade de Medicina da UFRGS pelas Comissões de Ética e Pesquisa da UFRGS e Comissão de Ética da Prefeitura de Porto Alegre.

Esta pesquisa foi encaminhada para avaliação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, obtendo aprovação.

## 5 RESULTADOS

Para a pesquisa “Diagnóstico Comunitário de Saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal” foram entrevistadas 607 famílias, sendo que destas 90 responderam afirmativamente para a questão que indagava sobre a existência de algum familiar dependente de cuidados na residência.

Essas 90 famílias foram separadas e analisadas para que desta forma se pudesse caracterizá-las de acordo com algumas das variáveis contidas no questionário aplicado.

Para uma melhor visualização da conformação das famílias pesquisadas, os dados socioeconômicos das pessoas de referência foram agrupados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características socioeconômicas da pessoa de referência das famílias com dependentes no distrito GCC, Porto Alegre, 2011.

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem*</b>
<b>Raça / Cor</b>		
Branca	42	46,6
Não branca	33	36,7
Não souberam responder	15	16,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	38	42,2
Ensino fundamental completo	16	17,8
Analfabeto	5	5,6
Ensino médio completo	5	5,6
Ensino médio incompleto	4	4,4
Ensino superior incompleto	1	1,1
Não souberam responder	21	23,3
<b>Atividade Laboral</b>		
Desempregado / Sem atividade informada	29	32,2
Aposentados / Pensionistas / Encostados	17	18,9
Empregos com atividade remunerada - CLT	14	15,6
Do lar / Dona de casa	13	14,4
Proprietários / Atividades autônomas / Recurso próprio	7	7,8
Empregada domestica / Diarista	6	6,7
Estudante / Estagiário / Bolsista	4	4,4

Fonte: Elaborada a partir do banco de dados do projeto Diagnóstico Comunitário de Saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal.

\* Proporção referente às 90 famílias estudadas

A média de idade das pessoas de referência foi de 56 anos, com desvio padrão de 15 anos. As características do grupo familiar estão descritas à seguir, agrupadas em tabelas de acordo com o atributo à ser descrito, ou descritas no texto.

**Tabela 2** – Religião das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011.

<b>Religião</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Católica	42	46,7
Nenhuma/Ateu	14	15,6
Evangélica	9	10
Outra	4	4,4
Mais de uma	1	1,1
Não soube responder	20	22,2
Total	90	100

Fonte: Elaborada a partir do banco de dados do projeto Diagnóstico Comunitário de Saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal.

Dentre as outras religiões citadas, duas famílias referiram serem adeptas da Umbanda.

Os domicílios das famílias com residentes dependentes de cuidado apresentaram média de moradores de 3,64 e desvio padrão de 1,9. A renda familiar informada por 40% dos respondentes não supera os dois salários mínimos, sendo que 24,4% das famílias optou por não divulgar a mesma.

**Tabela 3** – Atividade de lazer das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011

<b>Atividade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Atividades sociais	27	30
Atividades artísticas	19	21,1
Atividades físicas	16	17,8
Atividades manuais	3	3,3
Não informaram	25	27,8
Total	90	100

Fonte: Elaborada a partir do banco de dados do projeto Diagnóstico Comunitário de Saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal.

Dentre as atividades de lazer dos residentes, as atividades artísticas incluíam TV, videogame, as atividades manuais de artesanato, as atividades físicas as de caminhadas, andar de bicicleta, bocha, pesca, futebol, bailes, dança, as atividades sociais os trabalho voluntário – no total 23 famílias afirmaram adotar este como atividade de lazer, cultos religiosos, missa, igreja, passeios e visitas a praias, cinemas, com a família.

As respostas referentes à situação de saúde das famílias pesquisadas, relativas a existência de alguém na família que possua ou faça tratamento para uma doença estão apresentadas na Tabela 4.

**Tabela 4** – Frequência de doenças crônicas nas famílias com dependentes de cuidados em Porto das famílias com dependentes nos distritos GCC, Porto Alegre, 2011

<b>Patologia</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)*</b>	<b>(%)**</b>
Hipertensão Arterial Sistêmica	47	52,2	16,3
Dor Crônica	40	44,4	13,9
Asma	29	32,2	10,1
Cardiopatias	29	32,2	10,1
Diabete Mellitus	29	32,2	10,1
Ansiedade	26	28,9	9,0
Depressão	25	27,8	8,7
Doença Mental	20	22,2	6,9
Drogadição	10	11,1	3,5
HIV / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	7	7,8	2,4
Etilismo	6	6,7	2,1
Câncer	6	6,7	2,1
Outras	14	15,6	4,8
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada a partir do banco de dados do projeto Diagnóstico Comunitário de Saúde do Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal.

\* Total de frequência da doença por família.

\*\* Proporção referente às 90 famílias estudadas.

Em relação ao acompanhamento/tratamento destas doenças, 74,4% das famílias responderam afirmativamente. Quando questionados sobre a dor crônica, houve resposta positiva quanto à região da coluna e membros inferiores.

Das 90 famílias que responderam que alguém necessitava de cuidados, cerca de 28% (25) afirmaram que possuem residentes restritos à casa, sendo que destes 5 são acamados.

Considerando a questão do cuidador, revelou-se que 57,8% das famílias depositam em um dos familiares da casa a tarefa de prestador de cuidados com higiene, alimentação e administração de medicamentos (em 71,1% das famílias possuem algum componente que usa medicação de forma contínua). Em 51,1% das famílias algum dos componentes já necessitou ser internado em função de uma ou mais das patologias apresentadas na Tabela 4.

## 6 DISCUSSÃO

Para uma melhor discussão das características apresentadas pelas famílias com residentes dependentes de cuidados, esta foi dividida em caracterização demográfica e socioeconômica, situação de saúde e perfil da dependência e do cuidado.

### 6.1 Caracterização demográfica e socioeconômica das famílias

Segundo dados do IBGE, a população brasileira é composta de 47,51% de pessoas brancas e 52,47% de não brancos (considerando 0,02% de pessoas que não souberam responder). A proporção da população de Porto Alegre é dividida em 82,71% de pessoas brancas e 17,29% de pessoas não brancas, tipicamente encontrada em regiões onde a colonização europeia fez-se de forma mais intensa. Deste modo, as famílias estudadas não refletem de forma tão precisa a realidade porto-alegrense, e sim a proporção brasileira de brancos e não brancos (IBGE, 2010e). Em seu estudo, Costa (2004) expõe que, em termos de distribuição espacial da população de Porto Alegre, a parcela autodeclarada branca se concentra principalmente nas regiões Noroeste e Central, na qual os bairros são mais ricos. Já a fração mais significativa da população negra é encontrada nas regiões destacadas por enclaves de pobreza, entre elas a da Vila Cruzeiro (COSTA, 2004).

Quanto ao grau de instrução, um total de 47,8% das pessoas de referência das 90 famílias pesquisadas referiu analfabetismo ou ensino fundamental incompleto. No Brasil, 50,2% da população encontra-se na mesma situação (IBGE 2010b), o que difere da população de Porto Alegre, que apresenta um maior percentual de cidadãos com grau de instrução entre ensino médio completo e ensino superior incompleto (33,03%) (IBGE, 2010b).

Por se tratar de uma população residente em regiões periféricas, a baixa escolaridade pode explicar a relação do padrão educacional ser fator determinante na situação socioeconômica da população devido à forte ligação entre renda e escolaridade. Menor escolaridade restringe possibilidades de empregos mais rentáveis, reduzindo a capacidade de pleno desenvolvimento do indivíduo, o que lhe obriga a procurar condições de moradia condizentes com seu poder aquisitivo (COSTA, 2004).

No Brasil, a proporção de economicamente ativos é de 57,3%, sendo que destes 4,41% estão desocupados. Em Porto Alegre, há pouca variação desta taxa em relação aos dados nacionais (61,9% e 3,43% respectivamente) (IBGE, 2010c). Se considerarmos as pessoas de

referência que definiram sua atividade laboral como “Do lar” na categoria de indivíduos economicamente inativos, chegamos às proporções de 66,7% da população estudada economicamente ativa, dividida em 34,5% de empregados (na qual se destacam os empregos com carteira assinada – regime de CLT) e 32,2% de desocupados/desempregados.

A alta taxa de desemprego entre as pessoas de referência das famílias estudadas pode ser relacionada ao baixo grau de instrução dos mesmos, como apontam Costa (2004) e (OLIVEIRA; CUNHA, 2010) em seus estudos.

Cerca de 60% das famílias pesquisadas referiu ser adepta de pelo menos uma religião. Na Tabela 5 são apresentadas as frequências relativas das religiões da população no Brasil e em Porto Alegre. Pode-se observar que o catolicismo perdura com mais adeptos, como ocorre nas famílias estudadas. Porém, a diferença entre Ateus/Sem religião e Evangélicos é maior a nível nacional do que na população de Porto Alegre e nas famílias pesquisadas, com proporção intermediária de evangélicos entre os níveis municipal e nacional e semelhante de ateus/sem religião ao encontrado em Porto Alegre. Há de se destacar também que a frequência da religião Umbanda nas famílias estudadas, embora pouco referida, teve uma maior aproximação com a realidade porto-alegrense (2,5%).

**Tabela 5** – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por religião no Brasil e em Porto Alegre, 2010

<b>Religião</b>	<b>Brasil (%)</b>	<b>Porto Alegre (%)</b>
Católica Apostólica Romana	65,1	64,1
Evangélicas	21,6	11,4
Ateu/Nenhuma Religião	7,9	10,3
Outras	5,2	14,2
Não informaram	0,2	0
Total	100	100

Fonte: Elaborada a partir de dados da Tabela 1489 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a religião - Resultados Gerais da Amostra (Brasil e Porto Alegre, 2010).

A renda de informada por 40% das famílias pesquisadas foi menor que dois salários mínimos, o que atualmente representa em torno de R\$ 1.244,00 (BRASIL, 2011b). Esse valor espelha a realidade no Brasil e de Porto Alegre, uma vez que a renda de mais de 41% das famílias nestas duas esferas é em torno de dois salários mínimos (IBGE, 2010d), assim como pode estar associado à alta taxa de desemprego nas famílias aqui descritas.

Dentre as atividades de lazer informadas e categorizadas destacam-se as atividades sociais, dentre estas o voluntariado. No artigo “As motivações no trabalho voluntário”



(FERREIRA; PROENÇA; PROENÇA, 2008), os autores sinalizam os principais tipos de motivações para o voluntariado. Entre eles encontram-se “ajudar os outros”, “fazer algo que valha a pena”, “sentido de missão” e “forma de solidariedade”, o que segundo a pesquisa de Souza, Lautert e Hilleshein (2010) pode estar relacionado a uma prática característica de uma população com valores sedimentados na solidariedade, no altruísmo e na religiosidade.

Ferreira, Proença e Proença (2008) também citam os objetivos de “ser bem aceito na comunidade” e “dar algo de útil a comunidade”. Esse sentimento de benefício para o grupo em que o indivíduo está inserido pode revelar um comportamento presente em moradores de comunidades com histórico de militância e luta pelos direitos sociais, como é o caso da região da Glória – historicamente conhecida pela sua organização comunitária. A falta de serviços básicos como água, esgoto, luz e transporte impulsionaram a formação de movimentos sociais, culminando na formação do Conselho da Glória (OBSERVAPOA, 2006). Atualmente, a Associação de moradores da região tem focado suas ações em trabalhos que prestem assistência a comunidade local e dos arredores, sobretudo no que tange a assistência à mulher, crianças e adolescentes (OBSERVAPOA, 2006).

## **6.2 Situação de saúde**

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário acerca das doenças crônicas que acometem as famílias pesquisadas apontam para a pluralidade de patologias observadas em uma mesma família. Em um estudo desenvolvido por Barros et al (2011), cerca de 25% dos participantes referiram mais de uma doença. O autor destaca que entre as doze doenças mais citadas pelos participantes, as de maior frequência no ano do estudo foram Hipertensão, Doenças de coluna/costas, Depressão e Bronquite/asma, como encontrado nos resultados deste estudo.

A lombalgia aparece com uma das dores ocupacionais mais referidas, principalmente por pesquisados do sexo feminino (CIPRIANO; ALMEIDA; VALL, 2011). Esta muitas vezes é decorrente de danos relacionados ao mau posicionamento no cumprimento de atividades diárias, assim como falta de preparo físico e sobrecargas físicas em atividades domésticas e na realização do processo de cuidar, tais como mobilização do dependente no banho, mobilização do mesmo no leito, entre outros (PINTO; NATIONS, 2012).

Embora o estudo tenha evidenciado um acompanhamento de boa parte das doenças crônicas, o cuidado cotidiano também pode contribuir para o adoecimento do cuidador, pois com o estreitamento das relações afetivas, pode por vezes haver conflitos entre cuidador e

pessoa cuidada. Essa sobrecarga emocional e de atividades altera a vida do indivíduo comprometido com o cuidado, acarretando muitas vezes o adoecimento físico e mental dos mesmos (BAPTISTA et al, 2012).

### **6.3 Perfil da dependência e do cuidado**

A expressiva redução de morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da HAS e da Diabetes Mellitus confirma que medicamentos essenciais de uso contínuo são de grande relevância para a saúde pública (VOSGERAU; CABRERA; SOUZA, 2011). Altas taxas de uso de medicação contínua (inclusive na população pesquisada, sendo 71,1% a parcela representante na população participante deste estudo) revelam também um agravante da saúde pública, uma vez que a terapia medicamentosa das principais patologias crônicas (Diabete Mellitus e HAS) só é iniciada quando terapias não-farmacológicas de controle dos níveis glicêmicos e pressóricos não são mais efetivos, ou quando há risco cardiovascular e/ou de lesão do órgão alvo (VOSGERAU; CABRERA; SOUZA, 2011).

O fato de 51,1% das 90 famílias já ter necessitado internar algum componente por causa de uma ou mais das doenças crônicas indica a necessidade da implantação de estratégias de atenção efetivas na Atenção Primária da região, considerando que grande parte das patologias crônicas pode ter seu controle realizado nas Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família. Costa e Antunes (2008) mostram que com a aplicação de um acompanhamento sistematizado e multidisciplinar de pacientes portadores de doenças crônicas, foi possível observar uma significativa diminuição no número de internações pela doença principal e em decorrência de complicações das mesmas. Isso gera uma redução inclusive nas despesas médico-hospitalares despendidas aos pacientes que necessitam de internação e todo o processo terapêutico/diagnóstico que permeia este domínio.

No caso das famílias identificadas neste estudo com dependentes de cuidados restritos à residência e/ou acamados, Thumé (2010) aponta que outra modalidade de redução de custos hospitalares com internações ligadas às limitações decorrentes do processo de envelhecimento é o atendimento domiciliar. Este se caracteriza pela visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de suprir suas necessidades e da sua família (MARQUES; FREITAS, 2009). Neste campo, a enfermagem atua respondendo às solicitações dos cuidadores, geralmente compreendidas em atividades instrumentais como sondagens vesicais e enterais, cuidado com traqueostomias, e orientação/cuidado com lesões de pele causadas por úlceras de pressão (MARQUES; FREITAS, 2009).

Para a execução desta estratégia de atendimento é necessário inicialmente realizar um diagnóstico situacional da família para reunir informações qualitativas e quantitativas que serão úteis na formulação das intervenções (MARQUES; FREITAS, 2009). Também foi evidenciada a necessidade de capacitação e preparo dos profissionais que compõem a equipe, como consta no estudo de Freitas, Meneghel e Selli (2011).

Foi constatado que 57,8% das famílias que possuem um dependente usam os serviços de um familiar da casa. São vários os motivos que levam à escolha do familiar como cuidador, sendo que entre os mais observados estão a obrigação moral alicerçada a aspectos éticos e religiosos, a condição de conjugalidade, dificuldades financeiras e ausência de outra pessoa para o exercício do cuidado (PIMENTA et al, 2009). A crescente tendência de utilizar um familiar como cuidador principal dos dependentes deveria, de certo modo, ser acompanhada pela criação de políticas de planejamento dos cuidados no domicílio gerando uma maior oferta de recursos de suporte a estes indivíduos (MARQUES et al, 2011).

Assim como a doença crônica, a dependência de um dos componentes da família gera inicialmente um desequilíbrio na sua dinâmica de funcionamento (FONSECA; PENNA, 2008). Neste contexto, a enfermagem surge como um importante facilitador das relações entre o serviço de saúde e a família do dependente, exercendo através do acompanhamento e capacitação do cuidador uma adaptação à situação de dependência (MACHADO; FREITAS; JORGE, 2009). Da mesma forma, o enfermeiro tem a possibilidade de educar pacientes e familiares sobre seus problemas de saúde e autocuidado (FRANZEN, 2007), de forma a prevenir danos e possibilitar o “empoderamento” do indivíduo no seu tratamento e no controle da própria saúde.

## 7 CONCLUSÕES

A maior parte das características socioeconômicas pesquisadas nas famílias com dependentes de cuidados se assemelhou à população brasileira, distanciando-se da realidade porto-alegrense. Foi evidenciada uma alta taxa de desemprego, que associada à baixa escolaridade se configura em um ciclo no qual o indivíduo tem dificuldades de se desenvolver plenamente, principalmente no que tange à renda, levando-o a procurar áreas periféricas de moradia que se adequem as suas condições financeiras.

A população do estudo apresenta adesão a algum tipo de religião e um histórico de militância na região, convergindo para um ideal comum de trabalho altruísta pela comunidade, o que pode explicar o fato das ações voluntárias serem lembradas como atividades de lazer.

Em relação à situação de saúde, há pluralidade de doenças crônicas em uma mesma família. A associação deste fator com o constante envelhecimento da população remete ao crescimento do número de doentes crônicos incapacitados pela progressão de suas patologias.

Observou-se que dentre as doenças crônicas, a de maior frequência é a HAS. Com menor frequência, porém expressivamente importante, aparecem as dores crônicas e distúrbios emocionais (depressão e ansiedade), que, por se tratarem de doenças referidas como presentes na família, podem ser resultantes do estresse do cuidador, assim como os danos ocupacionais gerados com a sobrecarga do mesmo.

Neste contexto, o cuidador familiar surge tanto como aliado da equipe de saúde, como usuário do serviço que necessita de suporte e cuidado. O enfermeiro tem neste campo a possibilidade de assumir o papel de orientar o cuidado, acompanhar os casos dos dependentes e promover a identificação de sobrecargas no cuidador familiar. Quando este problema for presente, faz-se necessária a proposição de redes de apoio, entre outras estratégias que tenham resolutividade.

Os resultados deste estudo revelam a possibilidade de uma maior preocupação com o “cuidar do cuidador”, evitando a sobrecarga gerada pelo cuidado – muitas vezes solitário – de um familiar dependente, assim como reduzindo o adoecimento do cuidador e fornecendo suporte com a proposição de grupos de debate, reuniões periódicas com oficinas e atividades lúdico-recreativas que possibilitem a ressocialização deste indivíduo.

As altas frequências de doenças crônicas descritas neste estudo sugerem a necessidade de um foco maior da equipe de saúde em atividades tanto de acompanhamento como de prevenção das mesmas. A enfermagem, instrumentalizada com a criação de grupos tais como

os de hipertenso, diabéticos, de caminhadas e de tabagismo, além de consultas de enfermagem, pode participar deste processo de redução e controle das patologias crônicas.

Uma limitação deste estudo referente ao estágio da pesquisa do diagnóstico comunitário e a dimensão deste trabalho foi a impossibilidade de estudar a associação entre estas condições, de forma a apresentar melhor a realidade das famílias pesquisadas.

Evidencia-se neste estudo que cerca de 15% de todas as famílias participantes do projeto de diagnóstico sanitário da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal apresentam no mínimo um familiar que depende dos cuidados de outra pessoa. A importância deste dado para a enfermagem é explicada pela possibilidade dos profissionais atuantes nesta Gerência Distrital disporem de informações relevantes no que concerne à identificação e conhecimento de quem é o dependente, o cuidador e a família como um todo. Com isso, pode ser realizada a sistematização de programas de enfermagem que promovam um trabalho que extrapole as barreiras físicas da unidade de saúde e atinja as necessidades reais dos usuários restritos aos domicílios ou que tenham dificuldades de acessar o serviço.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 83-9, mar. 2008.
- ALMEIDA, E. S. D.; LISBOA, C. A. Silos/Distrito Sanitário. In: \_\_\_\_\_. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 1998. p. 21-23.
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência do auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 869-75, 2011.
- BAPTISTA, B. O. et al A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p 147-56, Mar 2012.
- BARROS, M. B. A. et al . Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Set. 2011
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 118-23, Jan/Mar 2008.
- BOARINI, M. L. Refletindo sobre a nova e velha família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 1-2, 2003.
- BRASIL. 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**. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 7.655, de 23 de Dezembro de 2011. Regulamenta a Lei no 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 5.
- CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, Dez 2011 .
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4, 2003, Porto Alegre. **Gerências Distritais de Saúde**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, 2004, 57 p.
- COSTA, B. M. Aspectos da desigualdade racial em Porto Alegre. In: SMDHSU/Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Porto Alegre Assume sua Negritude**. Porto Alegre, 2004.

COSTA, R. T.; ANTUNES, C. M. F. O gerenciamento do cuidado multidisciplinar no acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Santa Catarina, v.4, n.13, Abr/Jun 2008.

CUNHA, M. A. O conceito de família e sua evolução histórica. **Portal Jurídico Investidura**, Florianópolis, set. 2010. Disponível em: <[www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/historia-do-direito/170332](http://www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/historia-do-direito/170332)>. Acesso em: 05 Jul. 2012, 22:09:00.

DATASUS. **Óbitos por Residência por Ano do Óbito segundo Causa - CID-BR-10**. Porto Alegre, 2000-2008. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10rs.def>>. Acesso em: 04 jul 2012, 21:32:08.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do auto cuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.3, p. 286-93, dez. 2003.

DIOGO, M.J.D'E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, jan. 1997.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

FERREIRA, Marisa; PROENCA, Teresa; PROENCA, João F.. As motivações no trabalho voluntário. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v. 7, n. 3, jul. 2008.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13, n. 4, Jul/Ago. 2008.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional – 4ª ed.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 83-101.

FRANZEN, E. et al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 28-31, 2007.

FREITAS, I. B. A.; MENEGHEL, S. N.; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p 301-10, Jan. 2011;

GASPAR, J. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; DUAYER, M. F. F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 619-628, 2007.

GIRIKO, C. H. et al. Capacidade funcional de hemiparéticos crônicos submetidos a um programa de fisioterapia em grupo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 214-9, Jul/Set. 2010.

HOUAISS, Antônio (Ed). **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Co-editor Mauro de Sales Villar. Rio de Janeiro: Observa, 2009.

IBGE. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Tabela 1489 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a religião - Resultados Gerais da Amostra (Brasil e Porto Alegre, 2010)**. Brasil, 2010a. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1489&z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 21 Nov. 2012

\_\_\_\_\_. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Tabela 1554 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por nível de instrução - Resultados Gerais da Amostra (Brasil e Porto Alegre, 2010)**. Brasil, 2010b. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1554&z=cd&o=12&i=P>>. Acesso em: 21 Nov. 2012

\_\_\_\_\_. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Tabela 1572 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por idade e condição de atividade e de ocupação na semana de referência - Resultados Gerais da Amostra (Brasil e Porto Alegre, 2010)**. Brasil, 2010c. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1572&z=cd&o=12&i=P>>. Acesso em: 21 Nov. 2012

\_\_\_\_\_. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Tabela 2030 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal - Resultados Gerais da Amostra (Brasil e Porto Alegre, 2010)**. Brasil, 2010d. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2030&z=cd&o=2&i=P>>. Acesso em: 21 Nov. 2012

\_\_\_\_\_. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Tabela 2093 - População residente por cor ou raça, sexo, situação do domicílio e grupos de idade - Amostra - Características Gerais da População (Brasil e Porto Alegre, 2010)**. Brasil, 2010e. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2093&z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 21 Nov. 2012

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

MACHADO, A. L. G.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.5, p. 530-4, Set/Out. 2007.

\_\_\_\_\_. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p. 246-51, Mar/Abr. 2009.

MARCELINO, N. C. **Lazer e humanização**. Campinas: Papyrus, 2002. 88 pp.



MARQUES, A. K. M. C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 945-55, 2011.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 825-32, Dez. 2009.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MOLETA, F. et al. O cuidador familiar no contexto das afasias. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23 n. 3, p. 343-352, Dez, 2011

OBSERVAPOA. Glória. In: **História dos bairros de Porto Alegre**. Porto Alegre 2006. Disponível em

<[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/historia\\_dos\\_bairros\\_d\\_e\\_porto\\_alegre.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/historia_dos_bairros_d_e_porto_alegre.pdf)>. Acesso em: 23 nov 2012.

OLIVEIRA, L.; CUNHA, M. S. A evolução recente do desemprego no mercado de trabalho brasileiro. **Economia & Tecnologia**, Paraná, v. 6, n. 3, Jul/Set 2010.

PAVARINI, S.C.I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p. 326-335, 2006. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)>. Acesso em 7 de Janeiro de 2013, às 20:45:56.

PIMENTA, G. M. F. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, Set. 2009.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Fev 2012.

PONTE, V. M. R. et al. Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. São Paulo: CAPES, 2006.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Locais de atendimento por Região**: Porto Alegre, 2012. Disponível em

<[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=837](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=837)>. Acesso em: 30 ago 2012, 09:09:00.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**: Porto Alegre, 2010. Disponível em

<[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)>. Acesso em: 04 jul 2012, 21:20:00.

REIS, F. B.; CICONELLI, R. M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, Rio de Janeiro, v. 37, n.3, p 51-55, Mar 2002.

RIBERTO, M.; et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, Ago. 2004.

SALGUEIRO, H.; LISBOA, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, 2010.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: Protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho.** 2007. 222 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, Guarulhos.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010 .

SOUZA, R. G. et al. Alterações neurológicas e grau de dependência de enfermagem em pacientes com tumores intracranianos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 180-6, 2007.

THUMÉ, E. et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, Dez 2010.

VOSGERAU, M. Z. S.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Mar/Abr 2011;

WRIGHT, M. L.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família**, 3 ed. São Paulo: Editora Roca, 2002. p. 63-148.

## ANEXO I

### DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Morador adulto

Esta pesquisa irá avaliar os problemas de saúde mais comuns na região do distrito sanitário Glória-Cruzeiro Cristal. Além disto, vamos avaliar os comportamentos de cuidado de saúde que podem representar risco à saúde ou proteção à mesma.

O título da pesquisa é “Diagnóstico Comunitário da saúde do distrito docente assistencial glória cruzeiro cristal”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do SUL em associação com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Serão avaliadas as condições de vida e saúde, doenças mais prevalentes, o uso de medicamentos, a presença de fatores de risco para doenças, como as pessoas percebem a sua rede de apoio social. Farão parte do estudo uma amostra sorteada de domicílios da região, sejam elas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde. Nos domicílios sorteados, todos os indivíduos que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão entrevistados.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a sua saúde e a presença de fatores de risco para doenças. Além disso, seu peso, altura, cintura e pressão arterial serão medidos. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários, a resposta a este questionário pode demorar entre 45 a 60 minutos.

As entrevistas serão feitas na sua casa. Caso algum problema seja identificado, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo e, se necessário, será oferecido encaminhamento para a equipe de saúde para avaliação e acompanhamento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os dados serão guardados na Faculdade de Farmácia por 5 anos. Este protocolo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Eu,.....,residente no distrito Glória /Cruzeiro/ Cristal, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Morador Nome Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Nome Data

Pesquisadora responsável: Profa. Denise Bueno, Faculdade de Farmácia – UFRGS, Fone: 3308 5767 email denise.bueno@ufrgs.br

Comitê de ética em pesquisa UFRGS: 3308 3629, Endereço email

**ANEXO II**  
**DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL**  
**GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Morador adulto –  
responsável por criança**

Esta pesquisa irá avaliar os problemas de saúde mais comuns na região do distrito sanitário Glória-Cruzeiro Cristal. Além disto, vamos avaliar os comportamentos de cuidado de saúde que podem representar risco à saúde ou proteção à mesma.

O título da pesquisa é “Diagnóstico Comunitário da saúde do distrito docente assistencial glória cruzeiro cristal”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do SUL em associação com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Serão avaliadas as condições de vida e saúde, doenças mais prevalentes, o uso de medicamentos, a presença de fatores de risco para doenças, como as pessoas percebem a sua rede de apoio social. Farão parte do estudo uma amostra sorteada de domicílios da região, sejam elas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde. Nos domicílios sorteados, todos os indivíduos que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão entrevistados.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a saúde da criança sob sua responsabilidade e a presença de fatores de risco para doenças. Além disso, será avaliado o peso e altura da criança. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde da criança, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários, a resposta a este questionário pode demorar entre 45 a 60 minutos.

As entrevistas serão feitas na sua casa. Caso algum problema seja identificado, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo e, se necessário, será oferecido encaminhamento para a equipe de saúde para avaliação e acompanhamento. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os dados serão guardados na Faculdade de Farmácia por 5 anos. Este protocolo foi avaliado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eu,....., responsável por....., residentes no distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Nome Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Nome Data

Pesquisadora responsável: Profa. Denise Bueno, Faculdade de Farmácia – UFRGS, Fone: 3308 5767 email denise.bueno@ufrgs.br

Comitê de ética em pesquisa UFRGS: 3308 3629, email:



## ANEXO III



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Mary Clarisse Bozzetti

**Equipe executora:** Prof. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel (Instituto de Psicologia/UFRGS); Prof. Dra. Dalva Maria Padilha (Faculdade de Odontologia/UFRGS); Prof. Dr. Alex Branco Fraga (Faculdade de Ed. Física/UFRGS); Prof. Dra. Adriane Vieira (Curso de Fisioterapia/ UFRGS)

**Registro do CEP:** 610 Processo N°. 001.006147.11.9

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde –Distrito Gloria Cruzeiro Cristal

**Utilização:** TCLE

**Situação:** APROVADO


O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.006147.11.9, referente ao projeto de pesquisa: **“Diagnostico comunitário de saúde dos distritos docentes-assistenciais Gloria/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre-RS”**, tendo como pesquisador responsável Mary Clarisse Bozzetti cujo objetivo é **“Realizar o diagnóstico da situação de saúde-doença de uma população geograficamente definida correspondente aos Distritos Sanitários Glória, Cruzeiro e Cristal do município de Porto Alegre-RS. Específicos: a)Caracterizar a população do estudo segundo variáveis demográficas (sexo, idade, etc.), epidemiológicas (variáveis relacionadas à saúde dos membros da família), e sócio-econômicas (renda familiar, renda da pessoa de referência da família, escolaridade); b)Identificar e descrever os problemas de saúde da população do estudo conforme as faixas etárias; c)Identificar as áreas de risco populacional devido a maiores prevalências de agravos, condições sanitárias, geográficas ou sociais adversas na área do Distrito; d)Identificar os grupos de pessoas e famílias em risco nestas áreas; e)Avaliar o uso de serviços de saúde pela população residente no Distrito Sanitário da Glória-Cruzeiro-Cristal de Porto Alegre-RS .”**


Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/05/2011

  
 Elen Maria Borba  
 Coordenadora do CEP



**ANEXO IV****DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE  
DISTRITOS DOCENTE-ASSISTENCIAIS GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL  
PORTO ALEGRE- RS****QUESTIONÁRIO DE ENTRADA NO ESTUDO**

NOTA: Toda informação será mantida sob estrita confidencialidade. Este questionário será armazenado em arquivos fechados. Seu número de identificação será a única conexão à informação coletada.

**QUEST\_\_\_\_\_**

1. Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Telefone de contato: \_\_\_\_\_
3. Nome da pessoa de referência da família: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE  
DISTRITOS DOCENTE-ASSISTENCIAIS GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL  
PORTO ALEGRE- RS

QUESTIONÁRIO DE ENTRADA NO ESTUDO

NOTA: Toda informação será mantida sob estrita confidencialidade. Este questionário será armazenado em arquivos fechados. Seu número de identificação será a única conexão à informação coletada.

**QUEST** \_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo a família reside neste endereço? \_\_\_\_\_(anos)      TEMPORES: \_ \_

5. Se reside no endereço há menos de 5 anos, de onde veio a família?  
\_\_\_\_\_

MIGRA: \_ \_

LOCAL: \_ \_

ESTMARIT: \_

6. Estado marital da pessoa de referência da família:

(1) Casado(a) ou com companheira(o) fixa(a) há pelo menos 1 ano

(2) Com companheiro(a) há menos de 1 ano (3)Solteiro(a)

(4) Divorciado(a)                      (5) Separado(a)

(6) Viúvo(a)

7. Número de pessoas que residem na casa: \_ \_

PESSOAS \_ \_

8. Relação das pessoas com a pessoa de referência da família e idade:

(1) SIM; (2) NÃO

ESPOSA: \_

Esposa(o) \_ \_ Filho(a) \_ \_; \_ \_; \_ \_; \_ \_; \_ \_; Pai \_ \_ Mãe \_ \_

IDADEESP: \_ \_

Avô(ó) \_ \_; \_ \_ Enteadado(a) \_ \_; \_ \_; \_ \_ Sobrinho(a) \_ \_; \_ \_

FILHO(A): \_

Tio(a) \_ \_; \_ \_ Outro (qual? \_\_\_\_\_) \_ \_; \_ \_;

IDADEFI: \_

FILHO(A): \_ IDADEFI: \_ \_ FILHO(A): \_ IDADEFI: \_ \_ FILHO(A): \_ IDADEFI: \_

\_ FILHO(A): \_ IDADEFI: \_ \_ PAI: \_ IDADEPAI: \_ \_

MÃE: \_ IDADMAE: \_ \_ AVÔ(Ó): \_ IDADAVO: \_ \_ AVÔ(Ó): \_

IDADAVO: \_ \_ ENTEAD: \_ IDADENT: \_ \_ ENTEAD: \_

IDADENT: \_ \_ ENTEAD: \_ IDADENT: \_ \_ SOBRIN: \_ IDADESO: \_ \_ SOBRIN: \_

IDADESO: \_ \_ TIO(A): \_ IDADETIO: \_ \_ TIO(A): \_ IDADETIO: \_ \_ OUTRO: \_

IDADOUT: \_ \_

9. Qual a(s) religião(ões) dos residentes no endereço?  
\_\_\_\_\_

RELIG: \_ \_

10. Raça/cor da pessoa de referência da família:

(1) branca      (2) negra      (3) mulato      (4) indígena

(5) amarela      (6) parda

RAÇACOR: \_

## 11. Escolaridade:

- ( 1 ) analfabeto ( 2 ) ensino fundamental incompleto  
 ( 3 ) ensino fundamental completo ( 4 ) ensino médio incompleto  
 ( 5 ) ensino médio completo ( 6 ) ensino superior incompleto  
 ( 7 ) ensino superior completo ( 8 ) educação infantil (creches)  
 ( 88 ) não se aplica ( 99 ) ignorado

Da pessoa de referência da família: \_\_

PREF: \_\_

Da(o) esposa(o): \_\_

ESPOSA(O): \_\_

Dos(as) filhos(as); Idade; Repetente (1=sim;2=Não):

1. \_\_; \_\_; \_\_ ; 2. \_\_; \_\_; \_\_ ; 3. \_\_; \_\_; \_\_ ; 4. \_\_; \_\_; \_\_; 5. \_\_; \_\_; \_\_;  
 6. \_\_; \_\_; \_\_

FILHO1(A): \_\_

IDAF1: \_\_

REP1: \_\_

FILHO2(A): \_\_

IDAF2: \_\_

REP1: \_\_

FILHO3(A): \_\_

IDAF3: \_\_

REP3: \_\_

FILHO4(A): \_\_

IDA4: \_\_

REP4: \_\_

FILHO5(A): \_\_

IDA5: \_\_

REP5: \_\_

FILHO6(A): \_\_

IDA6: \_\_

REP6: \_\_

IDAPREF: \_\_

12. Idade pessoa de referência da família: \_\_\_\_\_

13. Ocupação pessoa de referência da família \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_

14. Renda da família (anotar a renda em reais) \_\_\_\_\_

RENDA: \_\_

15. Atividades de lazer (anotar as atividades de

lazer da família)

\_\_\_\_\_

LAZER1: \_\_

\_\_\_\_\_

LAZER2: \_\_

16. Qual o tipo de transporte que a família utiliza regularmente?

(1) Particular (2) Coletivo (3) Outro: \_\_\_\_\_

TRANSP: \_\_

17. Quando necessita de assistência para a sua saúde qual o serviço que procura habitualmente?

(1) Hospital (is) (emergência/pronto atendimento), qual (is): \_\_\_\_\_

ASSISTENC: \_\_

HOSPITAL1: \_\_

HOSPITAL2: \_\_

(2) Particular/convênio (3) Posto(s) de saúde, qual(is): \_\_\_\_\_

HOSPITAL3: \_\_

POSTO1: \_\_

\_\_\_\_\_

POSTO2: \_\_

(4) Farmácia (5) Outro, qual? \_\_\_\_\_



18. Como você classificaria o atendimento recebido no serviço indicado (questão 17)?

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim

SATISF: \_

19. Alguém da família necessita de cuidados de outras pessoas?

AFCOP: \_

(1) SIM (2) NÃO

20. Se sim, quem ajuda nestes cuidados?

(1) familiar não residente na casa; (2) Vizinhos; (3) Outros, quem?

RAP: \_ \_

21. Alguém na família tem e/ou faz tratamento para algum dos seguintes problemas de saúde? (1) SIM (2) NÃO

(99) Não sabe

TRAT: \_ \_

(1) Asma \_ (2) Hipertensão Arterial \_ (3) Diabete \_

ASMA: \_ \_

(4) Cardiopatia \_ (5) Bronquite Crônica ou Enfisema Pulmonar \_

HAS: \_ \_

(6) Depressão \_ (7) Câncer \_ (8) HIV (SIDA) \_

DIABETE: \_ \_

(9) Alcoolismo \_ (10) Dependência a outras drogas \_

ALCOOL: \_ \_

(11) Ansiedade \_ (12) Doença mental \_

DROGAS: \_ \_

(13) Dor crônica \_ (14) Outra: \_\_\_\_\_

CARDIOP: \_ \_

DPOC: \_ \_

DEPRESS: \_ \_

CÂNCER: \_ \_

HIV: \_ \_

ANSIED: \_ \_

DMENTAL: \_ \_

DORC: \_ \_

OUTRA: \_ \_

SE A RESPOSTA FOI SIM PARA O ITEM 13 DA QUESTÃO ACIMA RESPONDA A QUESTÃO 22, A SEGUIR. PARA OS QUE RESPONDERAM NÃO A ESTE ITEM, UTILIZE O CÓDIGO 8 PARA RESPONDER A QUESTÃO 22.

22. Em qual região do corpo é a dor crônica mencionada:

LOCODORC: \_

1. Coluna \_ 2. Membro(s) Inferior(es) \_

3. Membro(s) Superior(es) \_ 4. Outro: \_\_\_\_\_

23. Há alguém na casa restrito ao domicílio? (1) Sim (2) Não

RESTRI: \_

(8) Não se aplica (9) Não sabe

1. Acamado \_ 2. Restrição Parcial (autonomia para o banho) \_

TIPORES: \_

3. Autonomo(a) em casa \_

24. Alguém da família já necessitou internar por causa dessas doenças mencionadas na questão 20 ? (1) SIM (2) NÃO

(8) Não se aplica

INTERNA: \_

25. Se a resposta à questão 24 for "SIM", quantas pessoas internaram?

NPINT: \_

26. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

NINTERNA: \_

27. Quantas internações ocorreram no último ano? \_\_\_\_\_

INTERUA: \_

28. Alguém da família utiliza algum tipo de medicamento regularmente?

USOMED: \_

(1) SIM (2) NÃO (9) Não sabe

29. Qual(is) medicação(ões)? \_\_\_\_\_

MED1: \_

MED2: \_

MED3: \_

30. História de óbito na família nos últimos cinco anos?

(1) SIM (2) NÃO (9) Não sabe

ÓBITO: \_

31. Se sim, qual a idade da pessoa que foi ao óbito \_\_\_\_\_ OBIDAD: \_\_  
 32. Se sim à questão “30” qual a causa da morte? \_\_\_\_\_ CAUSAOB: \_\_

### AGORA VAMOS FALAR SOBRE PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICA

- 33. Você pratica algum tipo de atividade física** (ex: caminhar, dançar, praticar algum esporte, fazer ginástica, alongamentos, andar de bicicleta, etc.) **AFIS: \_**

**semanalmente?** ( 1 ) Sim ( 2 ) Não – se não vá para questão 37

- 34. Quais atividades físicas você mais pratica? 1. SIM; 2. NÃO** **AFIS1: \_**

1. Caminhada \_ 2. Dança \_ 3. Ginástica \_

4. Atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, etc...) \_

5. Andar de bicicleta \_

6. Outra – Qual? \_\_\_\_\_

- 35. Quantos dias por semana você realiza essas atividades?** **DSEM: \_**

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

**AGORA, EU GOSTARIA QUE VOCÊ PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE VOCÊ FAZ NO SEU TEMPO LIVRE, LAZER. LEMBRE DE FALAR APENAS SOBRE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ FAZ EM UMA SEMANA HABITUAL E QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.**

- 36. Nestes dias, quanto tempo no total você realiza estas atividades físicas por dia?**

\_\_ horas \_\_ minutos = \_\_ minutos **TSF: \_\_**

- 37. Porque você não pratica atividades físicas no seu dia a dia?** **NAFIS: \_**

1. Não gosto \_ 2. Falta de tempo \_

3. Falta de locais na comunidade que ofereçam essa oportunidade sem custos: \_

4. Outro motivo. Qual? \_\_\_\_\_

- 38. Em sua comunidade existem projetos que ofereçam aulas ou oficinas com atividades físicas orientadas? (1) SIM (2) NÃO- se não vá a questão 42**

(9) Não sabe **AFC: \_**

- 39. Você participa desses projetos? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não** **AFC1: \_**

- 40. Qual o principal motivo de participar deste(s) projeto(s)?** **AFC2: \_**

1. Porque gosta, sente-se bem \_ 2. É importante para a saúde \_

3. Por orientação médica \_ 4. Para fazer novas amizades \_

5. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

- 41. Que tipo de atividades físicas você gostaria de realizar ou tem vontade de aprender?** **AFC3 \_**

1. caminhada \_ 2. Dança \_

3. atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, etc...) \_

4. ginástica \_ 5. Lutas \_

6. Outra – Qual? \_\_\_\_\_

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SAÚDE DE SUA BOCA**

42. Comparando com outras pessoas com a sua idade, como você considera a saúde de sua boca?

1. Muito boa \_      2. Boa\_      3. Razoável\_      4. Ruim\_  
5. Muito Ruim\_

SBUC: \_

43. Em relação à saúde de sua boca, você considera que necessita algum tratamento odontológico/dentário? (1) SIM;      (2) NÃO, se não pule para a questão 45

TDEN: \_

44. Se sim, que tipo de tratamento? \_\_\_\_\_

TTR: \_ \_

45. Você tem quantos dentes? \_\_\_\_\_

NDE: \_ \_

46. Você está satisfeito(a) com sua mastigação?

1. Totalmente satisfeito(a)\_      2. Satisfeito(a)\_      3. Não satisfeito(a)\_  
4. totalmente insatisfeito(a)

MAS: \_

47. Quando você procura atendimento odontológico/dentário, você costuma:

1. Buscar atendimento na unidade básica de saúde\_  
2. Ir a um dentista particular\_  
3. Ira a um dentista ou Serviço de convênio (SESC, SESI, etc.)

AOD: \_

48. Você foi ao dentista nos últimos 2 anos? (1) SIM;      (2) NÃO

DEN2: \_

49. Se sim, qual foi o motivo da consulta?

1. Dor\_      2. Extração\_      3. Obturação\_  
4. Limpeza/manutenção\_      5. Outro. Qual \_\_\_\_\_

MCD: \_

**AGORA VAMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO.**

50. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão? FEIJ: \_

- 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  
5 ( ) quase nunca      6 ( ) nunca

51. Em quantos dias da semana, costuma comer pelo menos um

tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)? VERD: \_

- 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      5 ( ) quase nunca (pule para q21)      6 ( ) nunca (pule para q53)

52. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

CARNE: \_

- 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  
5 ( ) quase nunca      6 ( ) nunca

53. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?

- 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  
 5 ( ) quase nunca    6 ( ) nunca

FRAN: \_

54. 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  
 5 ( ) quase nunca    6 ( ) nunca

SUCO: \_

55. 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  
 5 ( ) quase nunca    6 ( ) nunca

FRUT: \_

56. 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  
 5 ( ) quase nunca    6 ( ) nunca

BART: \_

57. Que tipo?

- 1( ) normal 2( ) diet/light /zero 3( ) ambos

TBEB: \_

58. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale soja)

- 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  
 5( ) quase nunca    6( ) nunca

LEITE: \_

**QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA AS MULHERES ( UM QUESTIONÁRIO PARA CADA MEMBRO DA FAMÍLIA OU RESIDENTE DO DOMICÍLIO DO SEXO FEMININO COM IDADE SUPERIOR A 12 ANOS) QUEST: \_ \_ \_ \_ \_ ; \_**

. Trabalha fora?    (1) SIM    (2) NÃO

TRAB: \_

59. Se sim, qual a sua ocupação? \_\_\_\_\_

OCUP: \_ \_

60. Data de nascimento: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

IDADE: \_ \_

61. Idade da primeira menstruação: \_ \_

MENARCA: \_ \_

62. Idade da primeira relação sexual: \_ \_

SEXARCA: \_ \_

63. Qual(is) método(s) anticoncepcional(is) utiliza? \_\_\_\_\_

ACO: \_

64. Qual(is) método(s) anticoncepcional (is) já utilizou? \_\_\_\_\_

ACO1: \_

ACO2: \_

65. Já esteve grávida alguma vez? (1) SIM    (2) NÃO

GRAVID: \_

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 75

66. Se sim, quantas vezes? \_ \_

NGRAVID: \_ \_

67. Quantos filhos nasceram vivos? \_ \_

FVIVOS: \_ \_

68. Já teve algum aborto, se sim quantos \_ \_

ABO: \_ \_

69. Quando estava grávida realizou consultas de pré-natal?  
 (1) SIM (2) NÃO PRENAT: \_\_  
 PRENAT: \_\_  
 PRENAT: \_\_
70. Se sim, a partir de que mês? \_\_\_\_\_ MÊS: \_
71. Quantas consultas de pré-natal realizou quando estava grávida de seu filho(a) mais novo(a)? \_\_\_\_\_ NCONSULT: \_\_  
 NCONSULT: \_\_  
 NCONSULT: \_\_
72. Teve algum problema de saúde durante alguma gravidez?  
 (1) SIM (2) NÃO (8) Não se aplica (9) Não sabe PROBLEMA: \_\_
73. Se sim, qual? \_\_\_\_\_ PROBLEM1: \_\_
74. Costuma realizar o auto-exame de mamas?  
 (1) SIM (2) NÃO (8) Não se aplica MAMA: \_
75. Já fez mamografia e/ou ecografia das mamas MAMO: \_  
 (1) SIM (2) NÃO (8) Não se aplica (9) Não sabe ECOM: \_
76. Já teve alguma das seguintes doenças sexualmente infecciosas?  
 (1) SIM (2) NÃO (8) Não se aplica (9) Não sabe DSI1: \_  
 (1) Condiloma acuminado \_ (2) Sífilis \_ (3) Gonorréia \_ DSI2: \_  
 (4) Clamídia genital \_ (5) Candidíase genital \_ DSI3: \_  
 (6) Outra \_ (Qual? \_\_\_\_\_) DSI4: \_  
 DSI5: \_  
 OUTRA: \_
77. Já fez alguma vez o exame preventivo de colo uterino?  
 (1) SIM (2) NÃO (8) Não se aplica (9) Não sabe CP: \_
78. Se sim, data do último exame: \_\_/\_\_/\_\_ UCP \_\_/\_\_/\_\_

QUESTÕES ESPECÍFICAS PARA AS CRIANÇAS ( UM QUESTIONÁRIO PARA CADA MEMBRO DA FAMÍLIA OU RESIDENTE DO DOMICÍLIO COM IDADE IGUAL OU INFERIOR A 12 ANOS) QUEST: \_\_\_\_\_ ; \_

79. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ IDADEC: \_\_
80. A vacinação está em dia?(ver carteirinha)  
 (1) SIM (2) NÃO (9) Não sabe VACINAS: \_
81. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ (em gramas) PESON: \_\_\_\_\_
82. Comprimento ao nascer: \_\_ (em cm) COMPN: \_\_
83. Peso atual: \_\_ , \_\_ (em quilogramas) PESOA: \_\_ , \_\_
84. Altura atual: \_\_ (em cm) ALTAT: \_\_\_\_\_
85. Visita o médico regularmente?  
 (1) SIM (2) NÃO (9) Não sabe PEDIAT: \_
86. Doenças comuns da infância?  
 (1) SIM (2) NÃO (9) Não sabe SARAMPO: \_  
 ( ) Sarampo ( ) Cachumba ( ) Varicela ( ) Rubéola CACHUMBA: \_  
 ( ) Pneumonia ( ) Desidratação ( ) Outra: \_\_\_\_\_ VARICELA: \_  
 RUBÉOLA: \_  
 PNEUMONIA: \_  
 DESIDRAT: \_  
 OUTRA: \_
87. Escolaridade:  
 (1) maternal (2) pré-escola (3) ensino fundamental ESCOL: \_  
 (4) não vai à escola

