

**UNIEVANGELICA – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E MEIO  
AMBIENTE**

**IDOSO E MOBILIDADE URBANA: ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA  
DOS IDOSOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DA  
USF – BAIRRO DE LOURDES EM ANÁPOLIS-GO**

**GERALDO HENRIQUE FERREIRA ESPÍNDOLA**

**Anápolis – Goiás  
Outubro/2015**

**Geraldo Henrique Ferreira Espíndola**

**IDOSO E MOBILIDADE URBANA: ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA  
DOS IDOSOS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DA  
USF – BAIRRO DE LOURDES EM ANÁPOLIS-GO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos do Programa de Pós-Graduação da UniEvangélica, para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente sob a orientação do Profa. Dra. Giovana Galvão Tavares. Linha de pesquisa: Sociedade, políticas públicas e meio ambiente.

**Anápolis – Goiás  
Setembro, 2015**

ES77

Espíndola, Geraldo Henrique Ferreira.

Idoso e mobilidade urbana: estudo da qualidade de vida dos idosos residentes no território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes em Anápolis / Geraldo Henrique Ferreira Espíndola. – Anápolis : Centro Universitário de Anápolis, 2016.

60 p. il.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Giovana Galvão Tavares.

Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica, 2016.

1. Idosos 2. Mobilidade Urbana 3. Qualidade de vida 4. Percepção.  
Tavares, Giovana Galvão . II. Título.

CDU 504

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ESPÍNDOLA, Geraldo Henrique Ferreira. **Idoso e Mobilidade Urbana**: Estudo da qualidade de vida dos idosos residentes no território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes em Anápolis-Go.

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora de defesa como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais. Linha de pesquisa: Sociedade, políticas públicas e meio ambiente.

Aprovado em 10 de setembro de 2015.

---

**Profa. Dra. Giovana Galvão Tavares**

Presidente da Banca / UniEVANGÉLICA

---

**Profa. Dra. Josana de Castro Peixoto**

Avaliador Interno / UniEVANGÉLICA

---

**Prof. Dr. José Roberto Bonome**

Avaliador Externo / RAÍZES

---

**Prof. Dr. Rildo Mourão Ferreira**

Suplente / UniEVANGÉLICA

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade de viver e realizar este mestrado;

A Marisa, companheira de longa jornada por compreender a essa altura da vida dispensar tempo para esse belo aprendizado;

A Professora doutora Giovana Galvão Tavares, orientadora e incentivadora;

A Banca de avaliação da qualificação, que contribuíram no aprimoramento do trabalho, professor doutor Rildo Mourão, professora doutora Josana de Castro Peixoto;

Aos professores doutores do Mestrado de Sociedade Tecnologia e Meio Ambiente, por patrocinar excelentes aulas e ótimas discussões dos temas que compõe essa formação;

Aos alunos do mestrado pelo coleguismo e troca de conhecimentos;

Aos colaboradores e amigos João Pedro dos Santos Pereira, Christina Borba, Natasha Sophie, Adriana Ferreira Brünier, Djalma Maciel de Lima e Pedro Paulo Spíndola;

Aos alunos(a) do curso de medicina que contribuíram na pesquisa.

## **RESUMO**

Esta pesquisa apresenta um estudo sobre os territórios de abrangência das unidades de estratégia da saúde da família e suas territorialidades, nesta, especificamente o Bairro de Lourdes, tendo como alvo os idosos ali residentes, levando em consideração os aspectos: mobilidade urbana e qualidade de vida. Na primeira parte foi desenvolvido o referencial teórico, seguido do mapeamento do território de abrangência das ESF do Bairro de Lourdes, bem como a identificação dos equipamentos urbanos (lazer, saúde, educação) e vias de circulação. Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa de campo, sobre a percepção dos idosos, utilizando dois instrumentos: Arguir sobre a circulação urbana dos idosos para resolver questões do seu cotidiano, e a utilização do modelo BOMFAQ, tendo como indicadores as atividades de vida diária e atividades instrumentais da vida diária. Por fim foi realizada a análise dos questionários e discussão das informações, no sentido de averiguar a capacidade funcional do idoso no uso do território e identificar os principais aspectos de qualidade de vida (tendo como indicador a mobilidade urbana). Espera-se que as considerações deste trabalho, possa contribuir com o poder público e sociedade em geral, com uma maior visibilidade e melhores estratégias na questões de mobilidade urbana do idoso em Anápolis.

**Palavras-chave:** Idosos; Mobilidade Urbana; Qualidade de vida; Percepção.

## **ABSTRACT**

This research presents a study sobre the territories of coverage of health strategy units of the family and their territoriality, this, specifically the neighborhood of Lourdes, targeting the elderly living there, taking into account aspects: urban mobility and quality of life . In the first part it was developed the theoretical framework, followed by the mapping of the territory covered the ESF Lourdes district, as well as the identification of urban facilities (leisure, health, education) and roads. In the second stage it was carried out a field survey on the perception of the elderly, using two instruments: argue about urban movement of elderly to solve their everyday issues, and the use of BOMFAQ model, with the indicators activities of daily life and instrumental activities of daily living. Finally it was conducted the analysis of questionnaires and discussion of information in order to determine the functional capacity of the elderly in the use of territory and identify the main aspects of quality of life (taking as an indicator of urban mobility) based on the perception of the elderly. It is hoped that the findings of this study may contribute with the government and society in general, with greater visibility and better strategies in urban mobility issues of the elderly in Annapolis.

**Keywords:** Elderly; Urban mobility; Quality of life; Perception.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 01 – Localização de Anápolis-GO, no Eixo Goiânia/Anápolis/Brasília

Figura 02 – pirâmide etária, Anápolis, Goiás, 2000

Figura 03 - pirâmide etária, Anápolis, Goiás, 2010

Figura 04 – Distribuição das UBS e ESF no município de Anápolis

Figura 05 – Mapa do território de abrangência da USF Bairro de Lourdes do Município de Anápolis (GO), 2014

Figura 06 – População cadastrada no SIAB

Figura 07 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes - Lazer

Figura 08 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes – Lazer - Equipe 33

Figura 09 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes – Lazer - Equipe 34

Figura 10 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes –Equipamentos sociais - Equipe 21

Figura 11 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes –Equipamentos sociais - Equipe 33

Figura 12 – Território de abrangência – USF Bairro de Lourdes –Equipamentos sociais - Equipe 34



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – perfil sociodemográfico

Gráfico 2 – perfil sociodemográfico

Gráfico 3 – percentual de queda

Gráfico 4 – acuidade visual

Gráfico 5 – acuidade auditiva

Gráfico 6 – uso de medicamentos

Gráfico 7 – interação do uso de medicamentos

Gráfico 8 – fatores de deslocamento

Gráfico 9 – principais dificuldades

Gráfico 10 – frequência das dificuldades

Gráfico 11 – serviços mais utilizados

Gráfico 12 – frequência da utilização

Gráfico 13 – dificuldade de acesso

Gráfico 14 – mudanças no espaço urbano

Gráfico 15 – valores absolutos

Gráfico 16 – percentual de acidentes

Gráfico 17 – atendimento médico

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Razões de chance brutas para quedas

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agentes comunitários de saúde

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

AVD – Atividades de vida diária

BOMFAQ – Multidimensional Functional Assesment Questionaire

DAB – Departamento de Atenção Básica da Saúde

ESF – Estratégia da saúde da família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMB – Instituto Mario Borges

OARS – Olders Americans Resources and Services

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa agente comunitários de saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
<b>CAPÍTULO 1 – Idoso e Mobilidade Urbana: Revisitando o território de abrangência de Saúde da Família – Bairro de Lourdes.....</b>	<b>13</b>
Introdução.....	13
Revisitando conceitos: Idoso e mobilidade Urbana .....	13
<b>CAPÍTULO 2 – Mobilidade Urbana do Idoso residente no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes.....</b>	<b>37</b>
Introdução.....	37
Metodologia.....	37
Apresentação dos dados coletados.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

## **CAPÍTULO 1**

### **Idoso e Mobilidade Urbana: revisitando o território de abrangência de Saúde da Família – Bairro de Lourdes**

#### **Introdução**

Este capítulo abordará os conceitos centrais desta dissertação: idoso e mobilidade urbana. Ele também apresentará o mapeamento do território de abrangência das SF da ESF Bairro de Lourdes, objeto de estudo, identificando os equipamentos urbanos (lazer, saúde, educação) e vias de circulação.

#### **Revisitando conceitos: idoso e mobilidade urbana**

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) envelhecimento é

processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Diante desse conceito apresentado pela OPAS o envelhecimento é um processo natural de perda funcional do indivíduo, ou seja, envelhecimento biológico. Este por sua vez, é considerado um processo contínuo e as diferenciações acontecem quando os órgãos envelhecem mais rápido que outros. Segundo Reis (2009, p. 41):

Na perspectiva biológica, o envelhecimento é considerado um processo que apresenta características universais, naturais, que não dependem da vontade do indivíduo, com modificações diretamente relacionadas às características individuais, dentre elas: diminuição da massa óssea, atrofia da musculatura esquelética que compromete a motricidade, alteração do sistema de regulação de temperatura, diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição a formar auto-anticorpos e assim desenvolver doenças auto-imunes

Outra forma de compreender o envelhecimento é por meio da análise social, também denominado com envelhecimento social entendido como processo que ocorre de maneira diferente nas diversas sociedades e está relacionado a produtividade do sujeito. “O envelhecimento é cercado de determinantes sociais que lhe imprimem características decisivas, peculiares a cada sociedade, a cada momento histórico da mesma sociedade, a cada classe, grupo étnico” (REIS, 2009, p. 43).

O Censo Demográfico de 2010 confirmou a continuação da tendência de redução nas taxas de crescimento da população brasileira e das mudanças expressivas na estrutura etária no sentido do seu envelhecimento, fato denominado de transição demográfica. Isso significa uma alteração na proporção dos diversos grupos etários no total da população. Por exemplo, em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira e, em 2010, 10,8%. O contingente, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhões para 20,6 milhões no mesmo período.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2006) a população acima de 80 anos foi a que mais cresceu, registrando, inicialmente, 0,9% da população composta por idosos em 1995 e 2,4% milhões de brasileiros em 2005, significando 1,3% da população total.

Ainda de acordo com a PNAD (2006) idosos com idade entre 70 a 74 anos somavam 3,32 milhões em 2005 e atingiam 1,8% do total da população.

Os que apresentavam entre 65 a 69 anos somavam 4,42 milhões e representavam 2,4% da população, já os que tinham entre 60 e 64 anos somavam, há dois anos 5,53 milhões de pessoas, ou seja, 3% dos brasileiros em 2005. Para Camarano (2009, 02)

No caso brasileiro, observa-se que a proporção da população “muito idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais no total da população brasileira, também está aumentando e em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno dada a redução da mortalidade nas idades avançadas. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente “mais idoso” passou para 2,9 milhões em 2010. Representava 14,2% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total. Já foi observado que o envelhecimento pelo topo foi mais

expressivo entre as mulheres, visto a maior mortalidade masculina.

Outra característica demográfica da população idosa é a feminização da velhice. Segundo o IBGE, no Brasil, a maior parte dos idosos é composta pelo sexo feminino, sendo 62 homens para cada 100 mulheres, significando 15 milhões de idosas em 2020. A predominância feminina entre os idosos é um fenômeno tipicamente urbano. As mulheres constituíam, em 2010, 57,1% da população idosa. Nas áreas rurais, predominam os homens; 52,8% dos idosos. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença (REIS, 2009; CAMARANO, 2009).

A população idosa cresce em um espaço urbano complexo e com dificuldades de acesso aos serviços que necessita e ainda precisa se adaptar à uma realidade urbana muitas vezes degradante: poluição do ar, sonora, violência e, principalmente, falta de infraestrutura adequada às suas necessidades.

Diante do quadro exposto, cabe algumas indagações: Como está a configuração demográfica da população Anapolina em especial a idosa? O número da população idosa em Anápolis aumentou nas últimas décadas?

Para responder tais questões cabe fazer um pequeno recorte do processo histórico de Anápolis, a fim de compreender o aumento do número de idosos dentro da configuração populacional.

Entre as décadas de 1930 a 1960 o município de Anápolis configurou-se enquanto um entreposto comercial impulsionado por vários fatores, a saber:

- a) circulação de produtos da região passava pela estação ferroviária Anapolina;
- b) política de interiorização de Getúlio Vargas nas décadas de trinta e quarenta;
- c) construção de Goiânia;
- d) criação da Colônia Agrícola Nacional de Goiás;
- e) construção de Brasília; e,
- f) instalação do Distrito Agroindustrial de Anápolis (DAIA).

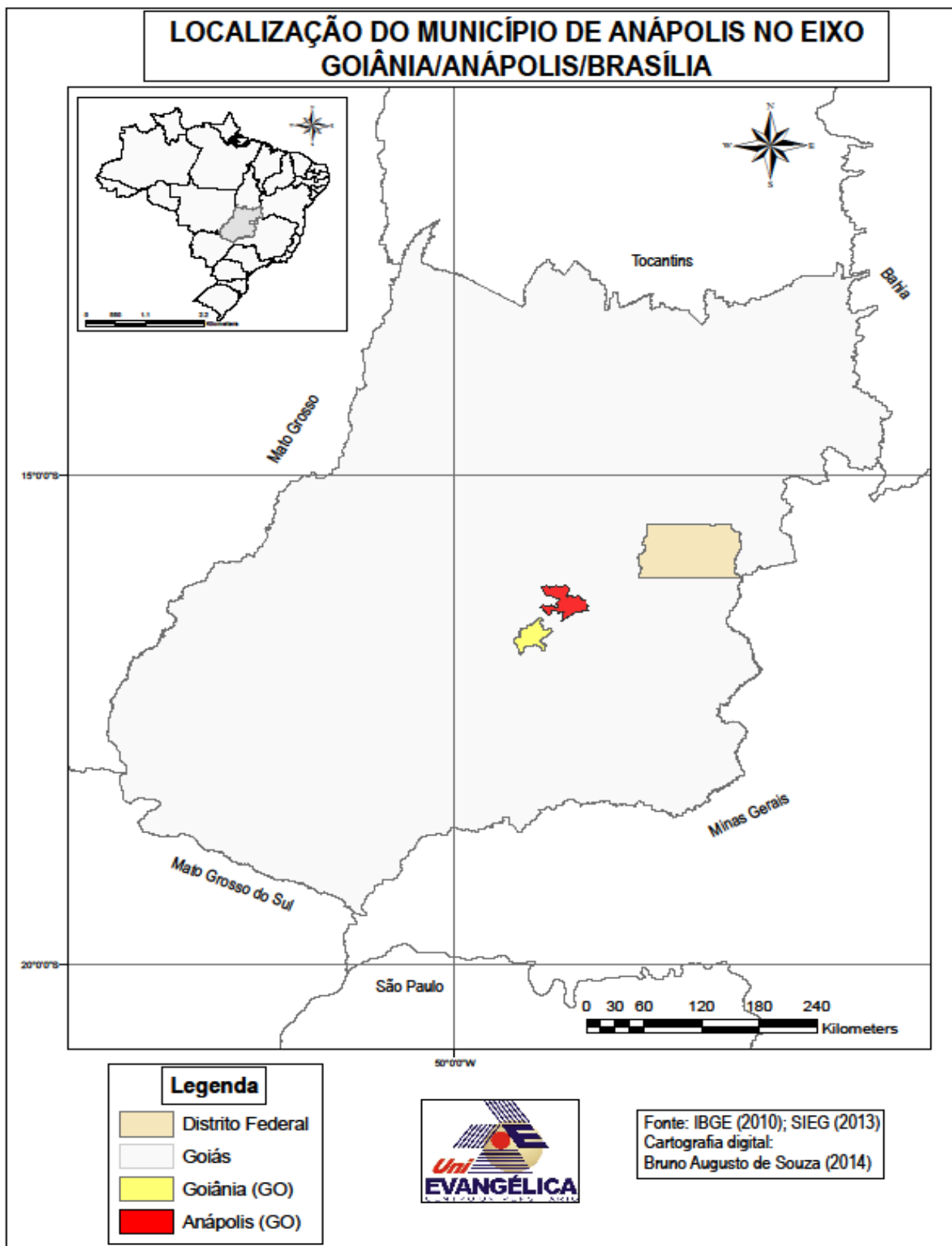
Este último fator, instalação do DAIA, nos anos de 1970 impulsionou crescimento populacional em 35%, atingindo 105.121 habitantes (FRANÇA, 1974). Na década posterior a instalação do DAIA, nos anos de 1980, ainda

prossegue o crescimento populacional significativo, a saber: 41,59%, registrando população absoluta de 179.973. Nos anos 1990, a população anapolina teve quantitativo acrescido em 45,08%, conforme contagem realizada pelo IBGE, totalizando 264.975 pessoas residentes no município. A partir de 2000 o número de habitantes residentes no município, conforme Censo Demográfico (Censo IBGE 2000), atingiu 287.666 habitantes e, segundo o último Censo Demográfico (Censo IBGE 2010) 334.613 habitantes.

Segundo Luz (2001), o papel econômico desempenhado por Anápolis também está associado à sua localização na rede Goiânia-Brasília o que lhe confere uma dinâmica econômico-social capaz de inseri-la como “cidade polo” de referência regional (Ver Figura 01).



**Figura 01** – Localização de Anápolis-GO, no Eixo Goiânia/Anápolis/Brasília.



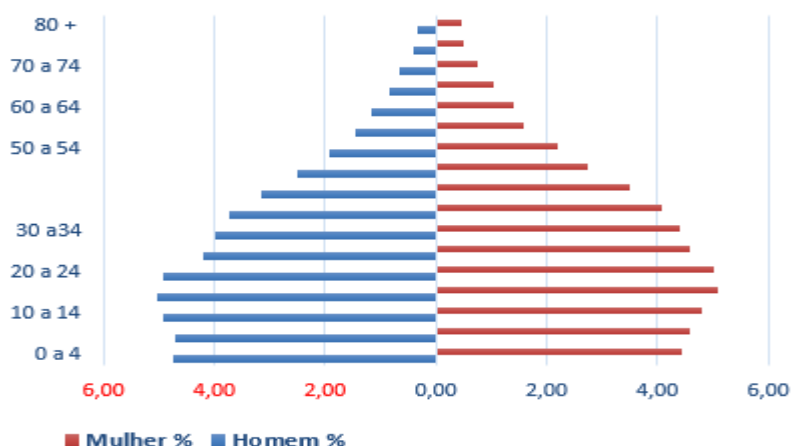
Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

O desenvolvimento econômico de Anápolis permitiu a sua presença dentro do sistema de cidades do estado de Goiás, estabelecendo uma rede própria de influência. Este fato transforma a cidade em um centro de referência regional, apesar da proximidade e pressão geoeconômica exercida pelas vizinhas capitais.

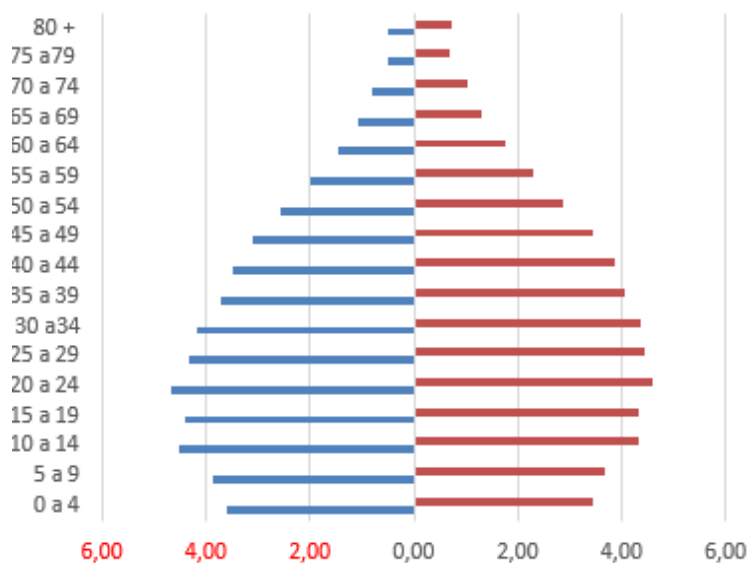
Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano, a taxa média de crescimento populacional de Anápolis foi de 1,68% entre os anos de 2000 a 2010 e de 1991 a 2000 a taxa média foi de 2,06%. Considerando o crescimento do estado de Goiás (1,02% em 1991 a 2000 e repetindo a mesma % em 2000 e 2010) e do país (1991 a 2000 1,02% e entre 2000 a 2012 1,01%) o município de Anápolis teve crescimento populacional considerável.

Diante do exposto, o aumento da expectativa de vida apresenta-se como a principal responsável pelo crescimento da população. Em Anápolis, conforme o IBGE, em 1991 a expectativa era de 65 anos; em 2000, 71 e em 2010, 74 anos de idade. Outro fator relevante, a partir de 1990 o Brasil foi considerado um país adulto (15 a 64 anos de idade, conforme IBGE), pois houve a diminuição da fecundidade. As figuras 2 e 3, onde na cor azul representa homem e cor vermelha representa mulher, demonstram o aumento do quantitativo de idosos no município de Anápolis, visivelmente tem-se um maior número de mulheres idosas em comparação aos homens, tanto em 1990, quanto em 2010.

**Figura 02** – Pirâmide Etária Anápolis-GO (2000)



Fonte: TAVARES, G.G. et all Diagnóstico da situação da criança e adolescente residentes no município de Anápolis, GO, 2014 (mimeografado)

**Figura 03** – Pirâmide Etária Anápolis-GO (2010)

Fonte: TAVARES, G.G. et all Diagnóstico da situação da criança e adolescente residentes no município de Anápolis, GO, 2014 (mimeografado)

Também é perceptível, nas figuras 2 e 3, a tendência demográfica brasileira, de diminuição da fecundidade ocasionada pela utilização dos métodos contraceptivos e aumento da expectativa de vida proporcionado pelos serviços de saneamento básico, atendimento médico-hospitalar e educação.

O aumento da expectativa de vida proporcionou, evidentemente, o crescimento da população idosa no município. Os dados do Censo de 2010 indicam um número absoluto de 33.262 pessoas idosas, representando 10,2% do total de pessoas. Se comparado o crescimento dos últimos 30 anos tem-se um crescimento de aproximadamente 415%.

Diante do quadro desenhado vale indagar: se a população idosa está, em sua maioria, concentrada no espaço urbano, como dar-se a mobilidade urbana dessa faixa populacional? Para responder tais indagações faz-se importante discutir o conceito de mobilidade urbana.

A mobilidade urbana expressa de que forma e por que razões as pessoas se deslocam na cidade. Esse deslocamento depende da renda, gênero, idade, ocupação e o nível educacional, pois esses fatores são determinantes para cada pessoa ou grupo social. É fato que as pessoas necessitam estar em constante movimento. Ir ao trabalho, escola, farmácia, igreja, supermercado são atividades inerentes ao cotidiano das pessoas,

portanto, discutir mobilidade é uma questão central na atualidade. Segundo Pires (2009; p.9)

As pessoas podem estar na condição de pedestres, ciclistas, usuários de transporte coletivo ou motoristas, ou seja, podem utilizar-se de seu próprio esforço no deslocamento a pé ou recorrer a meio de transporte, motorizados ou não. O fenômeno da mobilidade abrange diversos fatores e processos que, conjuntamente, influenciam o modo de vida das populações e a forma das cidades, cuja dinâmica torna-se cada vez mais complexa com o crescimento demográfico urbano.

Isto posto, a mobilidade é uma capacidade humana para execução de deslocamento, por sua vez, as capacidades são utilizadas pelos homens/mulheres para sanar as necessidades básicas para promover a funcionalidade, ou seja, as realizações das atividades da vida diária, por exemplo: o direito de ir e vir é uma capacidade de mobilidade fundamental para que as pessoas possam se deslocar e acessar o espaço urbano.

Em relatório divulgado pelo IPEA (2011) sobre a mobilidade urbana em municípios brasileiros com mais de 60 mil habitantes são realizados 148 milhões de deslocamentos, sendo que em média 38% dos deslocamentos são a pé; 26% por transporte coletivo; 27% por automóvel, 3% moto; 3% bicicleta; 3% trilhos. Os dados demonstram a prevalência de deslocamento a pé.

Segundo Merlin (1991 apud Souza, 2005, p.119) a mobilidade urbana pode ser qualificada em quatro grupos:

- a) Mobilidade residencial: é a circulação entre o local de moradia em direção a qualquer outro ponto em meio a um mesmo espaço urbano. É o desejo de adaptar as características do local às necessidades familiares;
- b) Mobilidade ocasional: não obedece a um período determinado. Os motivos são profissionais, lazer, visita a parentes e etc;
- c) Mobilidade semanal: está relacionada aos trabalhadores e estudantes que exercem atividades longe de suas residências, repetindo-se as viagens semanalmente;
- d) Mobilidade do cotidiano: é quase obrigatória. É o circuito de ligação diário entre o local de moradia e os locais de trabalho.

Essa qualificação de Merlin será utilizada mais adiante neste trabalho quando da análise dos dados coletados. Com base no que foi apresentado vale aqui as seguintes indagações: o crescimento da população idosa em Anápolis foi acompanhado por mudanças na infraestrutura urbana para atender as necessidades dessa faixa etária? A configuração urbana da cidade permite ao idoso circular com qualidade pelo espaço urbano que reside?

Para responder aos questionamentos recorreu-se metodologicamente a delimitação do espaço urbano proposta pela Estratégia da Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup>, tendo a Saúde da Família (SF) Bairro de Lourdes como referência. A escolha deu-se por entender que a delimitação da ESF permite maior conhecimento sobre a população estudada, além de possibilitar uma maior proximidade com a mesma, pois para realizar a aplicação dos questionários teve-se o apoio da coordenação da SF.

Vale aqui tecer algumas considerações sobre a ESF em Anápolis. A cidade de Anápolis assume papel importante na configuração econômica do estado de Goiás e apesar do destaque, ainda possui uma forte demanda populacional carente de infraestrutura urbana, saneamento básico, equipamentos educacionais, lazer e também de atendimento à saúde.

Sobre o atendimento à saúde, Anápolis exerce importante papel no que diz respeito ao atendimento da saúde de sua população e daquela residente em outros municípios por ter Gestão Plena do Sistema de Saúde agregando os três níveis de complexidade – baixa, média e alta. Na complexidade baixa estão 41 Unidades de Atendimento à Atenção Básica de Saúde (Unidade de Assistência Básica e Unidade da Estratégia da Saúde da Família); na média estão as Unidades de Saúde Jundiáí, Jardim Progresso e Abadia Lopes da Fonseca; e, na alta complexidade o Hospital Municipal Jamel Cecílio e o Hospital de Urgências de Anápolis. Além do serviço de

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, aponta que a equipe da Saúde da Família - SF/ESF, deve ser composta por, no mínimo, 01 médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Outro dado importante da composição da US/ESF é o número de ACS que deve ser 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de SF. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas.

apoio e terapêutico da rede pública: Laboratório de patologia clínica, centro de RX (Hospital Municipal Jamel Cecílio e Unidade de Saúde Jardim Progresso) Ultrassonografia (Unidade Básica da Mulher) Serviço de Atendimento de Urgência – SAMU.

Na baixa complexidade tem-se 33 Unidades Básica de Saúde da Família/Estratégia da Saúde da Família e 03 Unidades de Referência. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) o Programa Agente Comunitário da Saúde (PACS) e o Programa da Saúde da Família (PSF) foram implantados em 2001 em Anápolis. No primeiro ano o PACS atendia 7,17% e a PSF 8,36% da população; hoje o município conta com 359 agentes comunitários de saúde (ACS) que atende 61,44% da população do município; e, 48 equipes de saúde da família que cobre 49,29% da população. Dados que reforçam a necessidade de ampliação da atenção primária no município, pois o mesmo conta com uma população de 335.032 (IBGE, 2011) em um território de 917.011 quilômetros quadrados, sendo composto pela sede do município e pelos distritos de Interlândia, Suzânia, Goialândia e Joanópolis.

A Secretaria Municipal de Saúde não tem aprovado o projeto da divisão do município em Distritos Sanitários e opta por uma divisão do espaço urbano em 05 áreas, sem denominação e que agregam as ESFs e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para efeito de supervisão dos trabalhos ali desenvolvidos. Sendo assim distribuídas:

**Figura 04** – Distribuição das UBS e ESF no município de Anápolis-GO.

Região 01	Região 02	Região 03	Região 04	Região 05
ESF Adriana Parque	ESF Fabril	ESF Boa Vista	ESF Arco Verde	ESF Bairro de Lourdes
ESF Alexandrina	USB Goialândia	ESF Boa Vista/São Carlos	ESF Calixtolândia	ESF Filostro Machado
ESF Bandeiras	ESF Jardim Petrópolis	ESF Jardim das Américas	ESF Calixtópolis	ESF Jardim Alvorada
USB Interlândia	ESF Jardim Suíço	ESF Marcananzinho	ESF Dom Manoel	ESF Santo Antônio
USB São Rafael	ESF Paraíso	ESF Recanto do Sol	ESF Munir Calixto	ESF JK
ESF Nova Vila	ESF São Joaquim	ESF Santa Maria de Narazé	ESF Setor Sul	UBS Joanópolis
UBS Souzaânia	ESF São José	UBS Maracanã	ESF Vila Esperança	UBS São João das Antas
_____	ESF São Lourenço	_____	ESF Vila Formosa	UBS Bramápolis.
_____	_____	_____	ESF Vivian Parque	_____
_____	_____	_____	UBS São Vicente	_____
_____	_____	_____	UBS Mercado do Produtor	_____

As Unidades mencionadas no quadro estão distribuídas no espaço urbano de Anápolis e nos Distritos do município. As ESF não possuem mapas georeferenciados de seus territórios de abrangência, áreas ou micro áreas e os poucos mapas produzidos são feitos de forma bastante primária, não contendo dados fundamentais para o exercício dos profissionais (por exemplo: mapas de agravos, riscos (ambientais ou sociais) etc). (TAVARES, 2014).

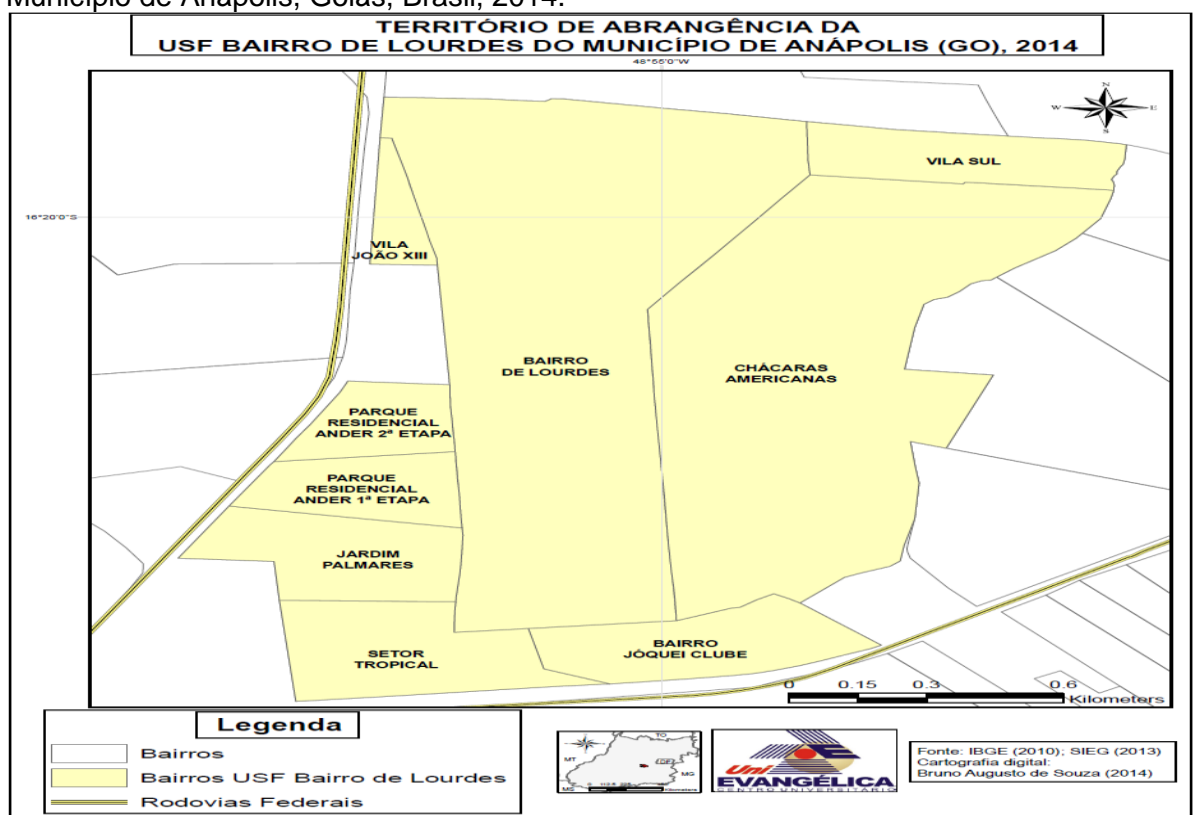
A SF/ESF – Bairro de Lourdes compõe o quadro de uma das primeiras SF instaladas em Anápolis (Ver Figura 05). Ela possui demanda populacional de atendimento considerável, posto que possui 03 equipes e uma população total de 11.544 pessoas, número correspondente a quase total absoluto permitido, já que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, aponta que a equipe da Saúde da Família - SF/ESF deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas.

A população adscrita desse território não necessariamente utiliza diretamente o serviço da USF, muitas vezes são cadastradas, mas não

frequentam os grupos de promoção de saúde, nem fazem consulta ou outro tipo de atendimento, ou ainda nem mesmo recebem visitas da agente comunitário de saúde. A escolha dessa área para estudo deu-se por tratar de área populosa e com 10,1% da população adscrita idosa. Registra-se que a fonte utilizada foi o consolidado da ESF/DATASUS e o levantamento de dados do território foi realizando em loco no ano de 2014, nos meses de junho a dezembro.

Este capítulo apresenta a delimitação da área, dados demográficos da população adscrita do território de abrangência e o mapeamento do território considerando dois indicadores: lazer e equipamentos sociais. Os indicadores, ao nosso entender, colaboram para a compreensão da mobilidade urbana da população idosa, já que os equipamentos sociais (farmácia, banco, lotérica, SF/ESF, etc) e o lazer são, de maneira geral, motivadores da circular do idoso pelo território.

**Figura 05** – Mapa do Território de Abrangência da USF Bairro de Lourdes do Município de Anápolis, Goiás, Brasil, 2014.



Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

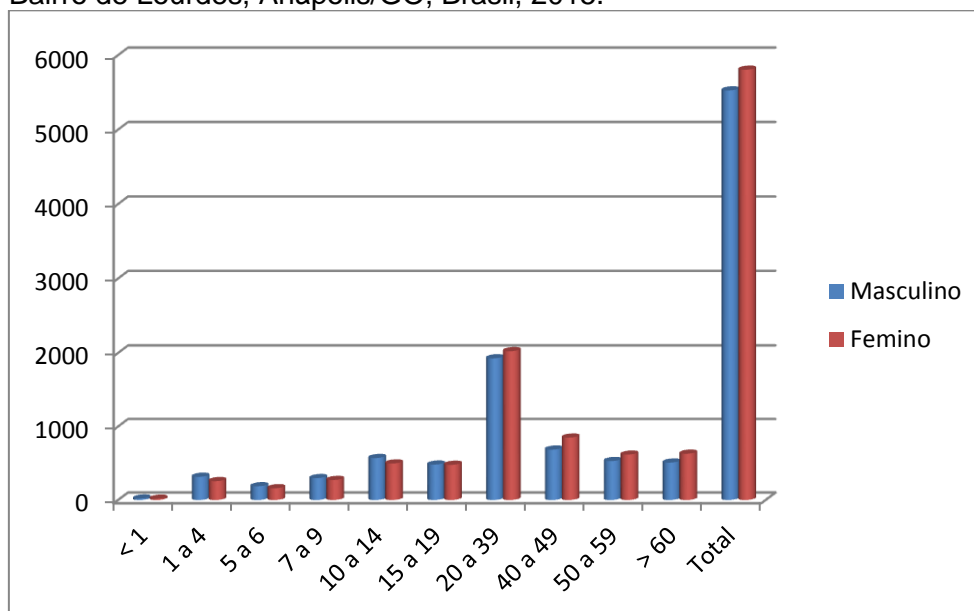


O território de abrangência do SF Bairro de Lourdes (Conforme Figura 05) agrega os bairros Vila João XXIII, Bairro de Lourdes, Parque Residencial Ander 1ª e 2ª etapa, Jardim Palmares, Setor Tropical, Bairro Jôquei Clube, Vila Sul, e Chácaras Americanas, sendo margeados por duas importantes rodovias federais, as BR-060 e BR-153, e fica na região leste da cidade.

Nesse território, tem-se uma população de habitantes estimada de aproximadamente 11.544 pessoas, o que representa o número de 4.291 famílias residentes conforme informações do consolidado (SIAB/SEMUSA, 2015).

Nele residem 1.158 idosos, sendo que 638 são mulheres e 520 homens (Cf. Consolidado, 2015). Representando 44,9% do gênero masculino e 55,1% de gênero feminino. O número total de idosos no território de abrangência corresponde a aproximadamente 10% do total de população. Os dados apresentados refletem uma realidade nacional, ou seja, uma feminização do universo do idoso e um taxa significativa de idosos no percentual populacional.

**Figura 06** - População cadastrada no SIAB, por sexo e faixa etária, atendida no UBS Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2015.



Fonte: SIAB, 2014

A figura 06 mostra a distribuição do total da população atendida na SF/USF Bairro de Lourdes e evidencia crescimento da população feminina no território quando observada a população total, a predominância do sexo

feminino no grupo dos maiores de 60 anos, conforme predominância nacional, já discutido no início deste capítulo.

As Figuras que seguem (07, 08, 09, 10, 11 e 12) representam a divisão do território de abrangência da USF do Bairro de Lourdes nas três áreas, sendo as equipes 21, 33 e 34. Para cada área território, foi gerado um mapa de acordo com a variável em análise, considerando micro áreas do território.

As variáveis utilizadas para análise do território são: lazer e equipamentos sociais, pois entende-se que elas possibilitam a compreensão da circulação do idoso no território. Ou seja, por onde este idoso residente está circulando? Ou ainda, por onde este idoso exerce sua capacidade humana para deslocar para sanar as necessidades básicas?

O território de abrangência da SF/ESF – Bairro de Lourdes apresenta, conforme dados coletados, um número muito reduzido de áreas para o lazer, centrando em bares, lanchonetes, campos de futebol, salões de festa e clube, porém o quantitativo de bares e lanchonetes são predominantes. Segundo Santos (2014, p.49) as lanchonetes:

são ambientes que promovem os laços entre amigos e famílias, por serem locais que propiciam os encontros públicos em áreas abertas e/ou fechadas destes ambientes. Nesses locais, são oferecidos alimentos de preparo e acesso rápido, porém, na maioria das vezes, são pouco nutritivos e muito calóricos, podendo aumentar o risco para o desenvolvimento de obesidade e doenças cardiovasculares, visto que faltam lugares para a prática de atividades físicas no território de abrangência do Bairro de Lourdes.

No que se refere aos bares, ainda conforme Santos (2014, p. 49),

podem ser considerados como um local que promove socialização entre grupos de pessoas, por ser um ambiente propício para a conversação e diversão entre grupos de amigos. Para muitas pessoas, o bar é considerado um local de lazer, principalmente, no período noturno, após a jornada de trabalho. Mas acreditamos que um ambiente de bar não só promove lazer, mas torna-se um local que favorece o uso de drogas lícitas e ilícitas entre os frequentadores, o que pode contribuir para o aumento da violência urbana, além de colocar a vida dos moradores do local, principalmente os que vizinham os bares, em risco iminente relacionado às combinações perigosas entre álcool e direção de

veículos, ou aos possíveis confrontos com uso de arma de fogo, gerados nesses estabelecimentos, contribuindo para o aumento da violência urbana.

Os locais mencionados são lugares de encontro dos gêneros (masculino e feminino) e de diferentes faixas etárias, mas, em sua maioria, não são geradores de saúde. Outro fator de relevância diz respeito a falta de infraestrutura de lazer nas áreas públicas (praças, parques, pista de caminhada etc), especialmente, para o idoso.

Apenas uma área pública foi citada, no levantamento de dados, como espaço de lazer para os idosos – o feirão coberto. Segundo Santos (2015, p. 50)

é local de realização de eventos que promove o lazer local e a socialização entre os moradores, como exemplos podem-se citar: as feiras livres, reuniões promovidas pela associação de moradores, atividades de recreação e lazer, entre outras, porém esse local é pouco usado pela ESF para realização de práticas de saúde.

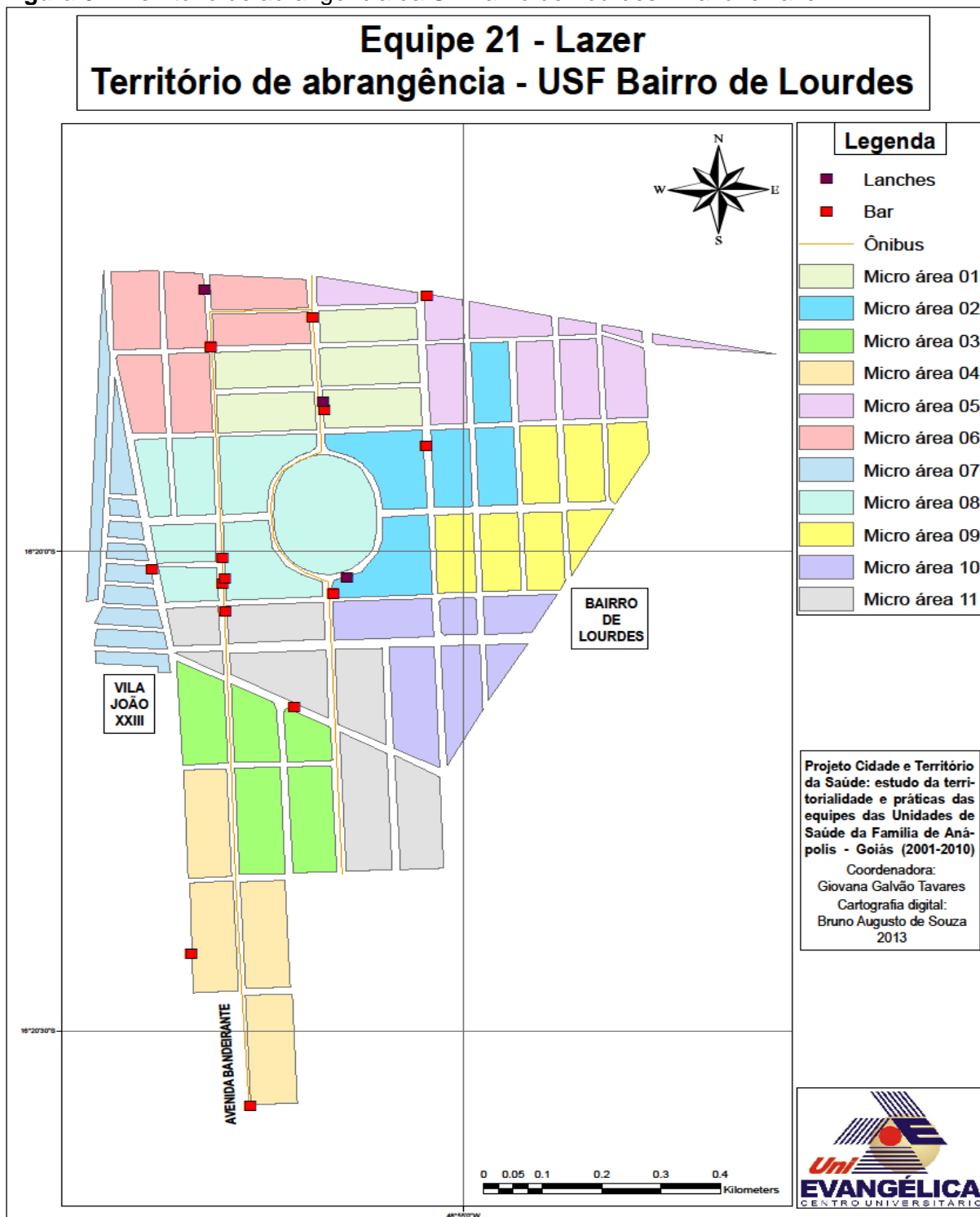
Neste espaço ocorre o Forró dos Idosos. Ele acontece nas dependências do feirão do Bairro de Lourdes e é permitida a entrada dos idosos que compõe a população adstrita da US e também outros territórios ou bairros. As agentes comunitárias de saúde acompanham o evento semanalmente, as sexta-feiras à tarde (13h as 17h). O grupo é formado por aproximadamente 68 idosos por semana, mas há registro de mais idosos, pois não há número preciso de frequentadores. No evento são disponibilizados pela US a aferição de pressão arterial e medida de taxa de glicemia, além do lanche, música e brincadeiras – tornando-se momento de descontração para os idosos frequentadores.

Porém, considerando o número de idosos da área o total atendido por esse programa é muito baixo, pois corresponde a menos de 0,5% do total de idosos da população adstrita do território em questão. Segundo agente de saúde há muitos que não participam por motivos morais, outros por falta de mobilidade física.

Como a US/ESF – Bairro de Lourdes tem promovido saúde aos idosos da área? Segundo levantamento realizado no decorrer da pesquisa, a US tem se preocupado apenas com o caráter curativo dos idosos. Nela não ocorre

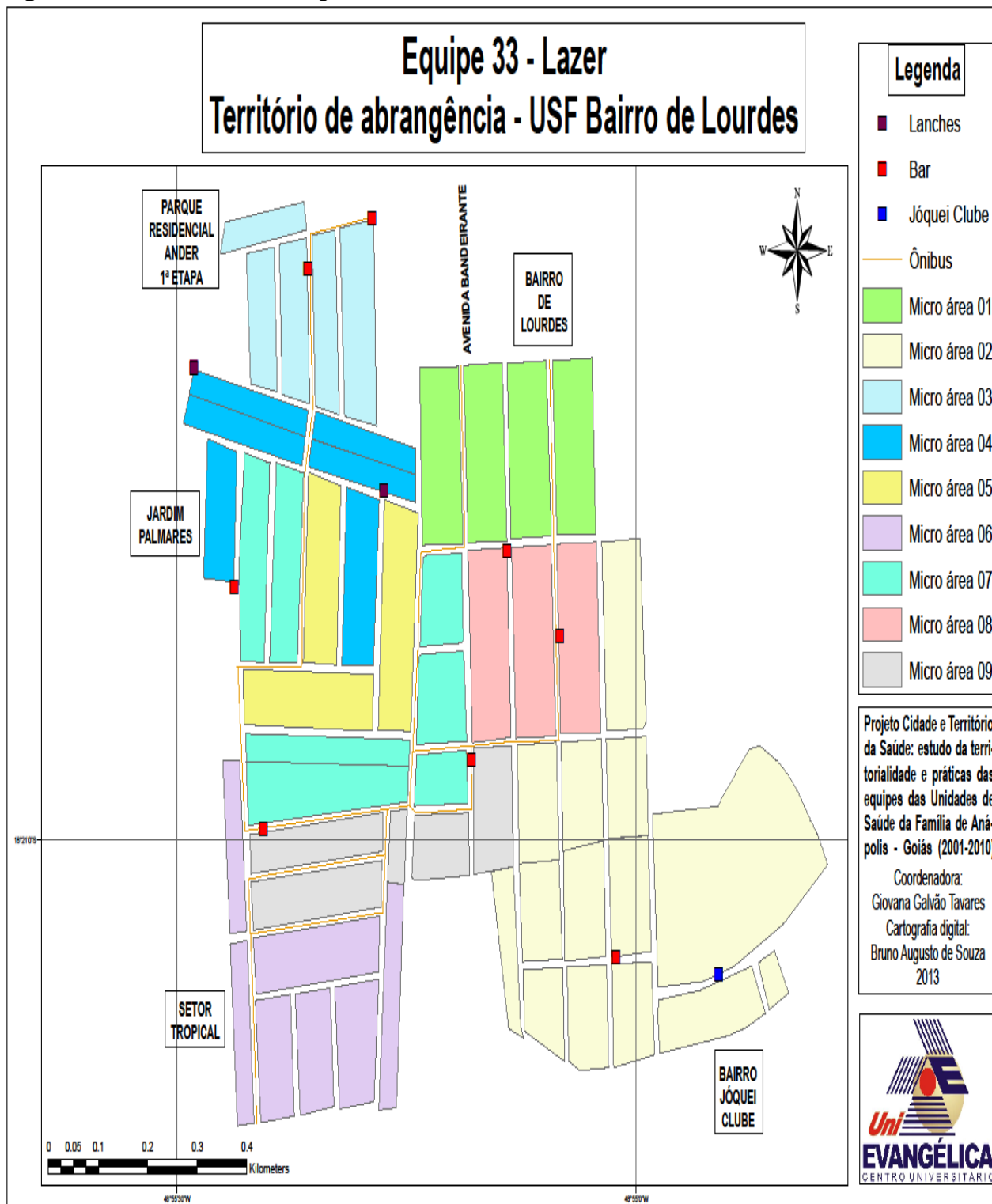
reuniões de promoção de saúde, apenas aquela vinculada ao Programa hiper dia que, na sua maioria, apenas ocorre a entrega de medicamento para hipertensão arterial e diabetes.

**Figura 07-** Território de abrangência da SF Bairro de Lourdes – variável lazer.



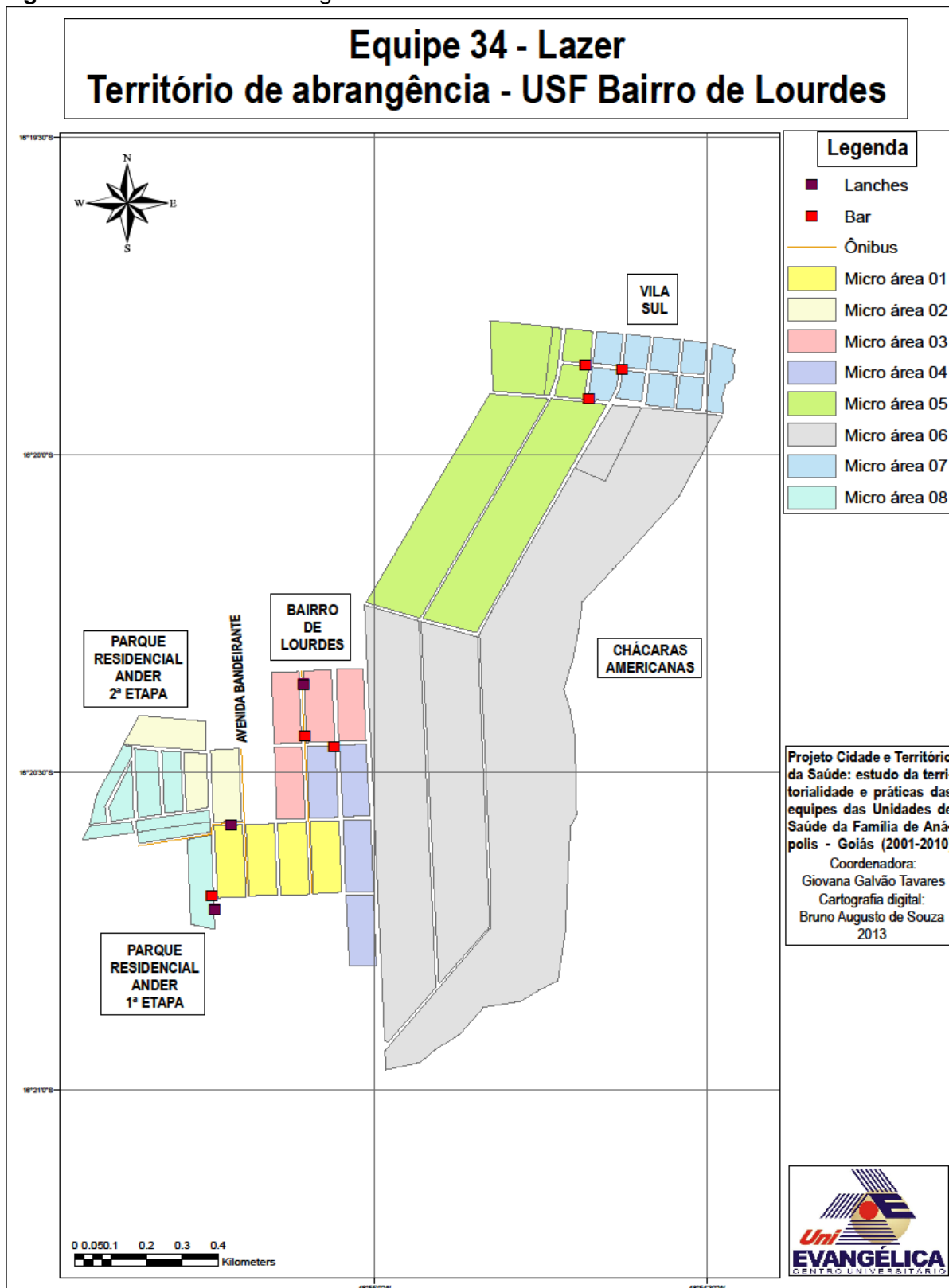
Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

**Figura 08** - Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer



Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

**Figura 09 - Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes – variável lazer**



Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

As distribuições dos equipamentos sociais (edifícios ou utensílios públicos disponíveis a um grupo de população) no território de abrangência estudado localizam-se, na sua maioria, no centro dos bairros, tendo o Bairro de Lourdes o maior número de equipamentos sociais, talvez por ser o mais antigo entre todos os bairros que compõem o território.

Essas áreas são mais valorizadas, a nosso ver, por causa da infraestrutura e dos serviços oferecidos para a comunidade local, a saber: as linhas de ônibus, a USF, clínicas, farmácias, laboratórios, o posto policial, igrejas. Esse agregado de equipamentos sociais aumenta a circulação de pessoas e, sem dúvida, fortalece a economia do comércio local.

Destaca-se que, conforme Figuras 10, 11 e 12, a distribuição dos equipamentos sociais ainda permanece centralizada, favorecendo os moradores das regiões que fazem divisas entre o Bairro de Lourdes com Bairro Jóquei Clube e com o Jardim Palmares, e do Jardim Palmares com o setor Tropical. Essa centralidade pode ser justificada pelas “melhores condições” de infraestruturas dos bairros citados. Já a população que reside às margens destes bairros fica em situação de desigualdade de acesso aos principais equipamentos sociais.

Os moradores dessa região contam com as instalações da Fundação João Oliveira, instituição importante para o desenvolvimento educacional, cultural e para a prática da cidadania para a população local, para moradores de outros setores anapolinos, ou ainda, para aqueles que se interessarem pelos projetos da Fundação, oriundos de outros municípios.

As linhas de ônibus contemplam todos os setores, os percursos dos ônibus coletivos são bem distribuídos e definidos com conexões entre setores, exceto em parte dos Bairros Jóquei Clube e Chácaras Americanas que não têm linha de ônibus, dificultando o acesso destes moradores ao transporte público. Porém, nos demais setores, o acesso dos usuários aos meios de transporte é facilitado pela oferta do serviço de linhas de ônibus do sistema coletivo, que favorece o deslocamento entre os setores e desses para outros lugares da cidade.

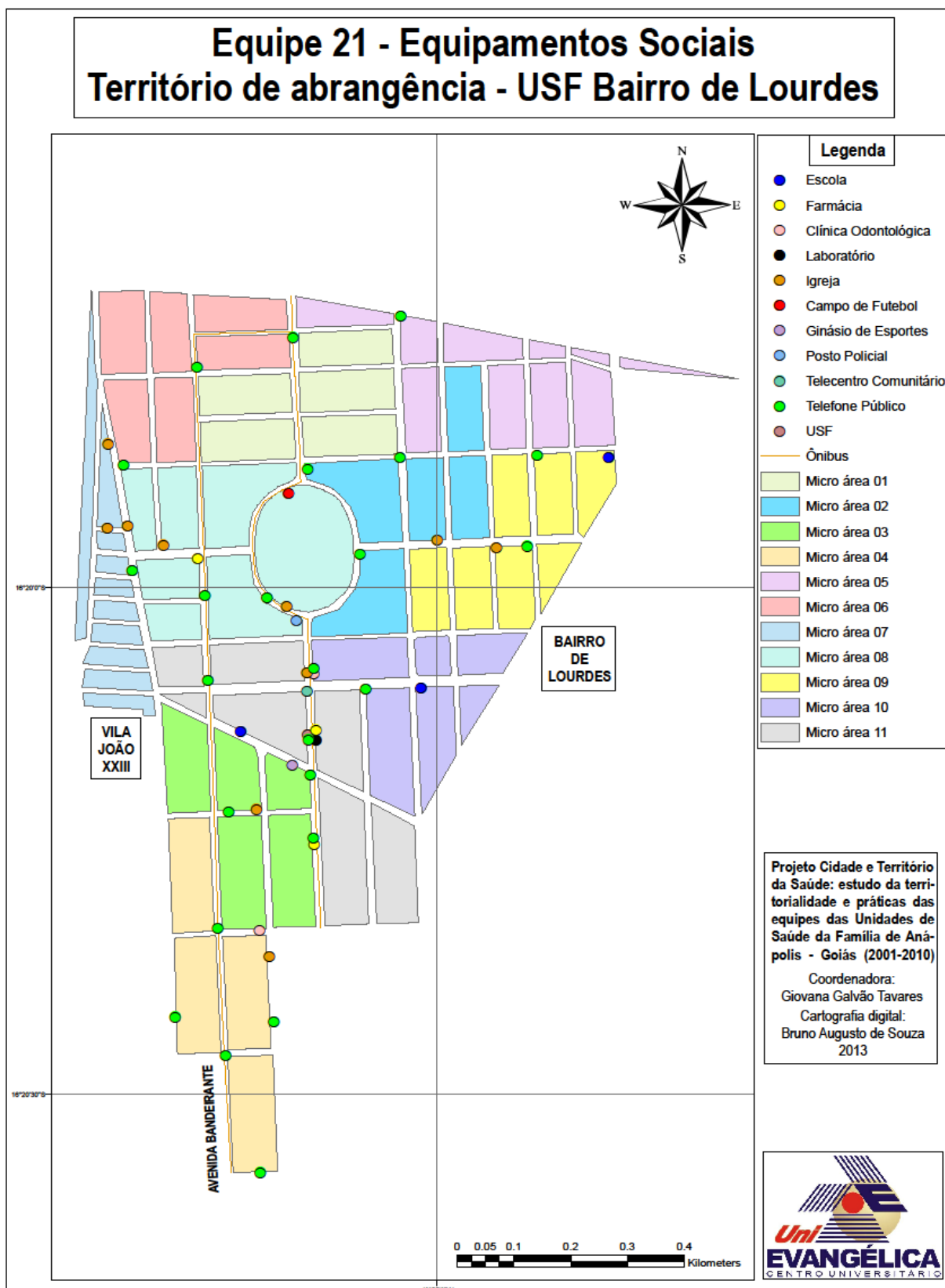
As Chácaras Americanas, por se tratar de uma área com uma ampla extensão territorial composta por pequenas chácaras, conta com poucos equipamentos sociais. Foram observados apenas dois telefones públicos e um

campo de futebol, sendo o campo bem estruturado que serve para as práticas de recreação, atividades físicas e lazer para crianças, adolescentes e jovens da comunidade local.

Os dados referentes aos equipamentos sociais presentes em uma comunidade podem revelar muito sobre as condições de acesso à educação, saúde, lazer e segurança, que são elementos fundamentais para a qualidade de vida. Quando a população não tem acesso a esses equipamentos sociais, ela fica exposta a riscos, tais como o aumento da taxa de analfabetismo, doenças, violências nas ruas, mães sem condições para trabalho, sedentarismo entre outros.

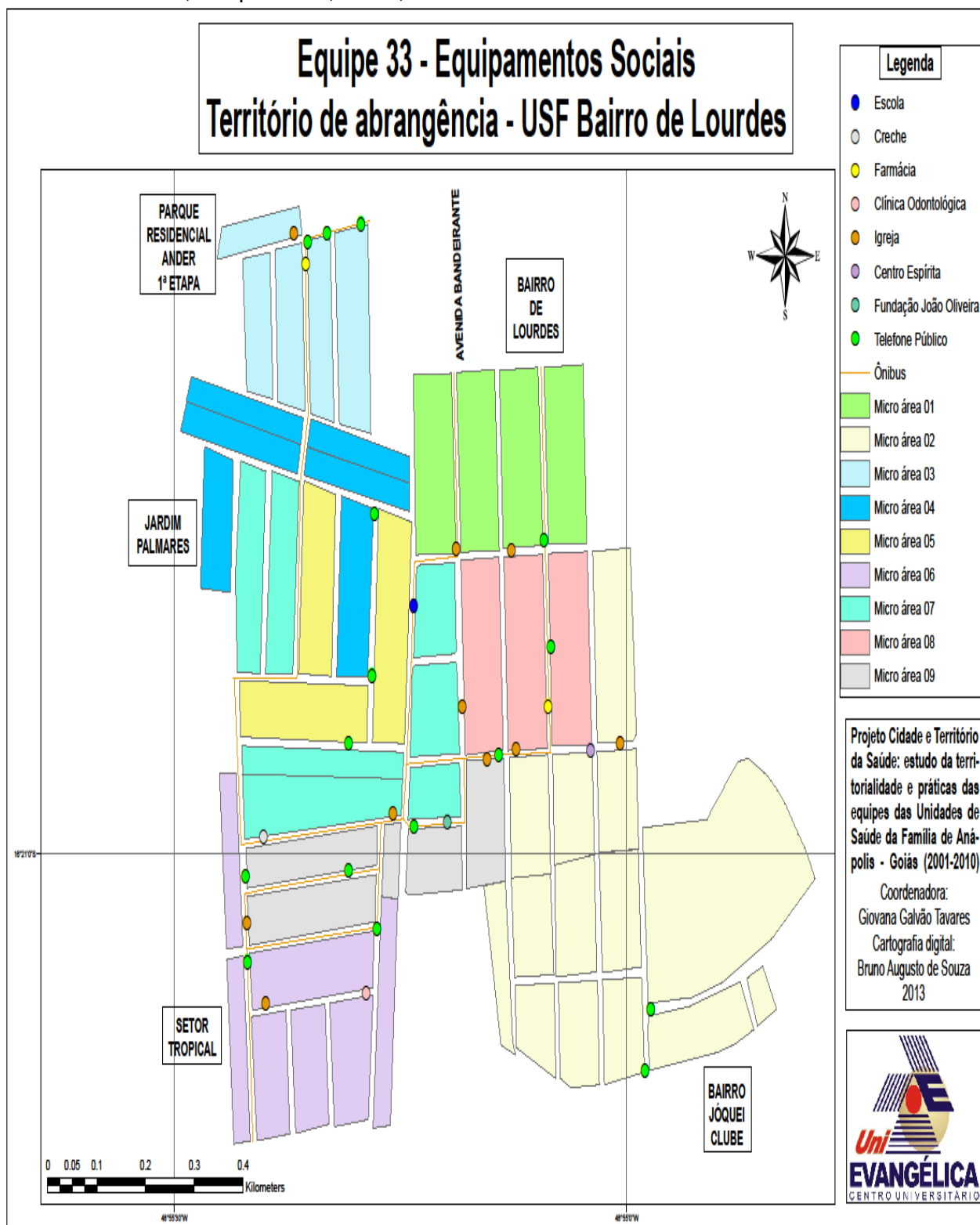


**Figura 10** - Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



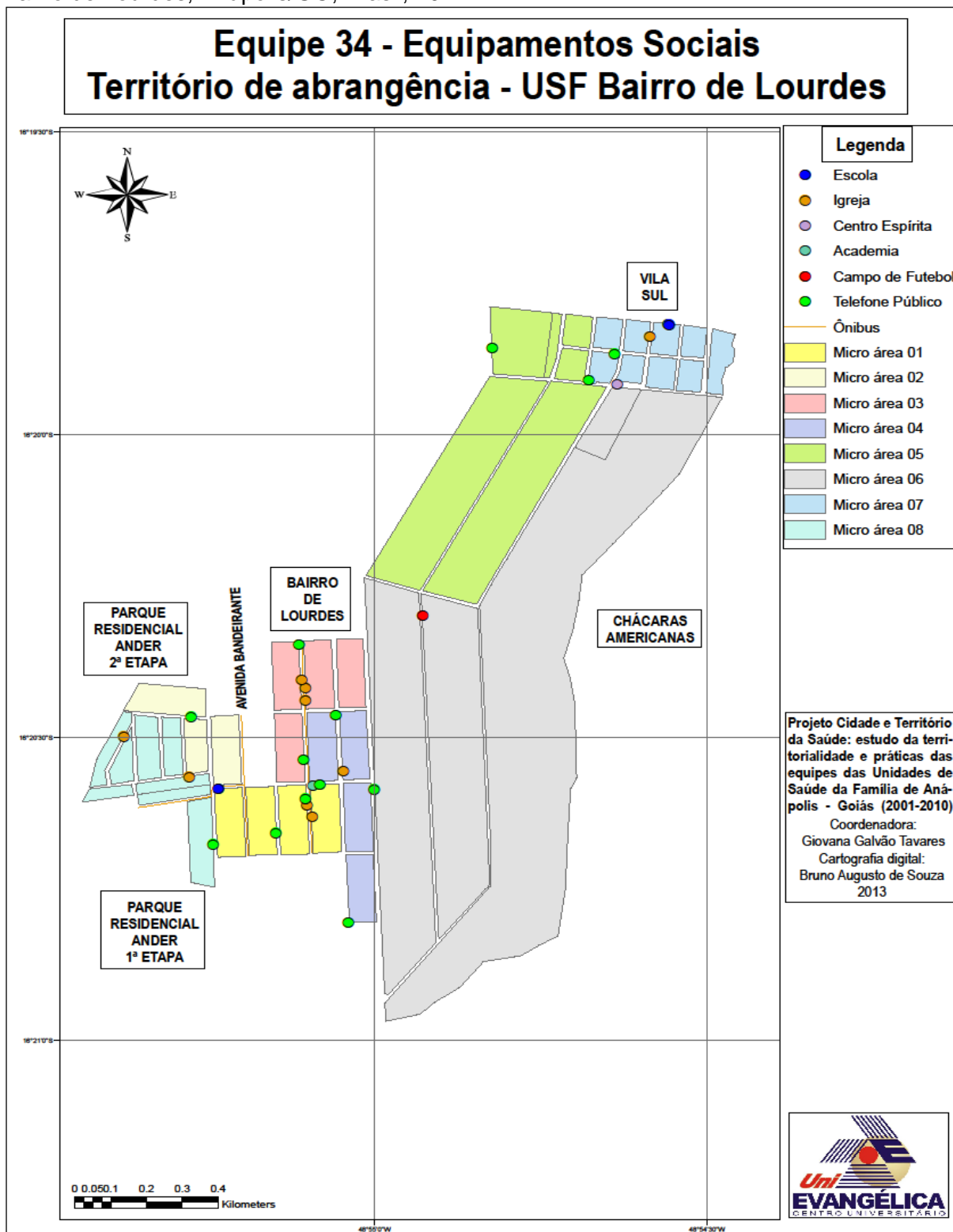
Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

**Figura 11** - Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

**Figura 12** - Equipamentos Sociais presentes no Território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO, Brasil, 2014.



Fonte: OSMAR, Pereira dos Santos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis/GO. Dissertação de Mestrado, PPSTMA, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, 2014.

Vale indagar acerca da acessibilidade - o idoso consegue ou não circular pelo território sem comprometer sua saúde física?

O problema de acessibilidade não é só da população idosa ou dos que apresentam mobilidade reduzida, mas de um contingente de homens e mulheres que cada vez mais necessitam de deslocamento. A redução de acessibilidade significa, em muitos casos, exclusão social que, por sua vez, dificulta a possibilidade de acesso à saúde, educação, lazer e interações sociais.

Diante desse quadro, os idosos merecem uma atenção especial, uma vez que representam um grupo em constante crescimento e que os riscos nos deslocamentos ainda são grandes. Segundo Reis (2009, p.61):

Independente do modo de deslocamento, seja a pé, utilizando o transporte coletivo ou carros particulares, os problemas são constantes. A queda é considerada um problema de crescente na população que envelhece e aproximadamente 30% dos idosos com idade acima de 65 anos, caem a cada ano, aumentando o risco com a idade. Muitos são os fatores que contribuem para esta situação e os extrínsecos (meio ambiente) são os mais significativos. Entre os idosos com 75 anos, 10% têm dificuldade de atravessar uma sala, 25% são incapazes de caminhar 10 quarteirões e 30% são incapazes de subir escadas (REIS, 2009, p. 61).

Sintetizo, ainda segundo o autor, o idoso pedestre é considerado mais frágil em relação aos outros sujeitos que não apresentam mobilidade reduzida, pois apresenta também diminuição de concentração, lentidão nos reflexos pela redução das capacidades visual e auditiva e perda de memória. Nesse contexto, a calçada ainda é considerada o espaço por onde os idosos mais circulam e é também o espaço que mais apresenta riscos, como barreiras, degraus e lixo. Outros entraves de mobilidade para os idosos nas calçadas são: os entulhos de construção e carros estacionados nas calçadas, além dos desníveis e calçadas estreitas.

## **CAPÍTULO 2**

### **Mobilidade urbana do idoso residente no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.**

#### **Introdução**

Este capítulo apresenta à metodologia de coleta a análise de dados da pesquisa. Os resultados da coleta estão expostos em forma de gráfico e apresentam as respostas obtidas com a coleta de dados e, evidentemente, a análise, os principais aspectos da qualidade de vida (tendo como indicador a mobilidade urbana) com base na percepção dos idosos e a capacidade funcional do idoso no uso do território.

#### **Metodologia**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2014 e teve 3 pontos de coleta – a Unidade de Saúde – Bairro de Lourdes; o salão da igreja católica e o pátio do feirão coberto do Bairro de Lourdes. As coletas foram realizadas nos períodos matutino e vespertino e buscou abordar idosos de 60 a 90 anos de idade.

Foram utilizados 2 instrumentos de pesquisa. O primeiro arguiu sobre a circulação urbana dos idosos para resolver questões do seu cotidiano (facilidade e dificuldade de locomoção, por exemplo). O segundo foi o modelo BOMFAQ, tendo com indicadores as atividades de vida diária e as atividades instrumentais da vida diária. Os instrumentos foram aplicados em sequência (cotidiano e indicadores). Para definição do tamanho da amostra utilizou-se AAKER, KUMAR, DAY (2001, p. 416) e levou-se em consideração:

$$\text{Tamanho da amostra} = n = z^2 (0,25) / (\text{erro de amostragem})$$

O erro considerado foi 13%, pois trata-se de pesquisa comportamental de um subgrupo específico definido através do ciclo de vida (idoso), gênero (masculino e feminino), idade (<60).

A utilização desse tamanho amostral possibilitou entrevistar 58 idosos residentes do território de abrangência da US/ESF – Bairro de Lourdes. Após a

coleta de dados foram realizados a leitura do material coletado e, em seguida, foram tabulados e produzidos os gráficos utilizando o Excel. Os gráficos trazem os resultados de correlações de questões do instrumento. Registra-se que o total absoluto de idosos residentes no território de abrangência do ESF – Bairro de Lourdes é de 1.158 (Cf. Consolidado/DATASUS, 2014) e a aplicação dos instrumentos foram realizadas com 5% da população de idosos.

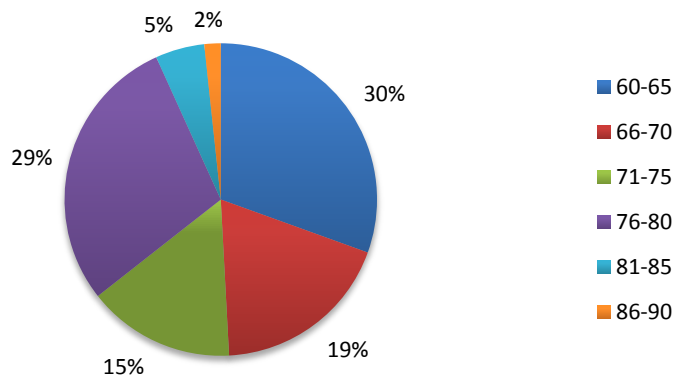
## Resultados e discussão

As variáveis independentes associadas ao evento na análise univariada foram agrupadas em blocos: sociodemográfico e multifuncional agregando dados gerais relacionados à mobilidade, satisfação com os diferentes aspectos da vida, estilo de vida, formas de socialização, grau de atividade física e as variáveis produto das perguntas abertas do instrumento de coleta de dados. Os gráficos foram elaborados pelos autores.

### Perfil Sociodemográfico

A idade da população entrevistada variou de 60 a 90 anos, com média de 65 anos. Observou-se que a população era, em geral, relativamente jovem, com 58% abaixo de 70 anos e apenas 10% acima de 80 anos. Embora sem significância estatística, a área pesquisada mostrou uma maior concentração de idosos com idades entre a média geral amostrada e 7% com 80 anos ou mais (Gráfico 1).

**Gráfico 1-** Faixa etária da população amostrada de idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.

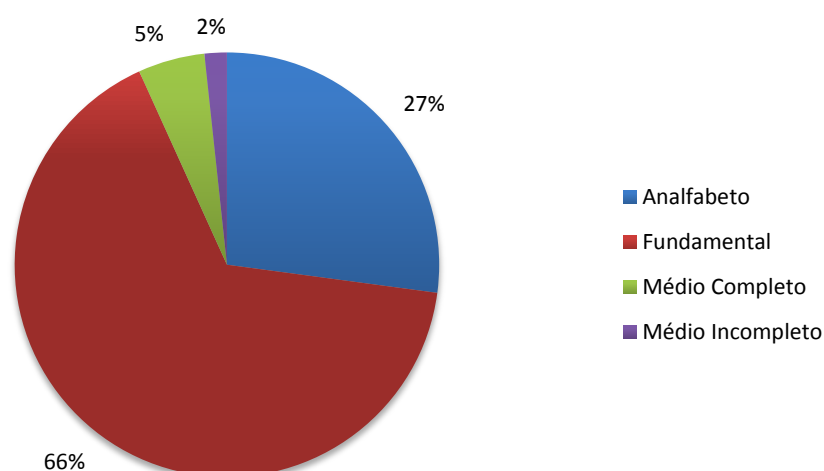


Estudos similares foram realizados em área metropolitana na região sudeste do Brasil (RAMOS et al., 1993), através de inquérito domiciliar (n= 1602) e, verificou-se que para a população amostrada, os dados se equivalem em relação à média de idade dos idosos em relação ao território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás, visto que para a área metropolitana, a idade da população entrevistada variou de 60 a 95 anos, com média de 69 anos. Observou-se que a população era, em geral, relativamente jovem, com 58% abaixo de 70 anos e apenas 10% acima de 80 anos.

Dos 58 entrevistados, 72% eram do sexo feminino e 28% do masculino. A população feminina mostrou-se mais densamente concentrada enquanto que a masculina mostrou-se menos concentrada, diferença que, no entanto, apresentou significância estatística com redução estatisticamente significativa para  $p < 0,01$ .

Em relação à escolaridade dessa população, identificou-se que 27% são analfabetos (foram incluídos nesta categoria as pessoas que responderam saber ler e escrever, mas que nunca frequentaram escola), 66% com o nível fundamental, 5% cursaram o médio completo e 2% com o médio incompleto (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Nível de escolaridade da população amostrada de idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



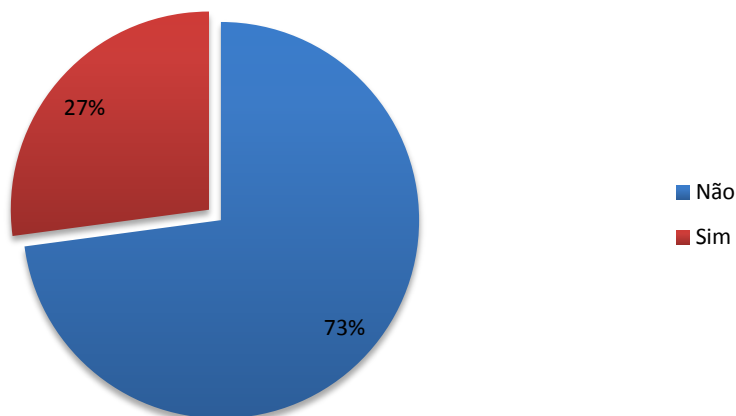
Segundo Kalache (1987) esses percentuais mudam significativamente em relação às áreas de residência da população, em estudos similares, no estado de São Paulo, o índice de analfabetismo aumenta geralmente para 46,8% na periferia, enquanto que e o nível pós-elementar aumenta para 53% na central.

### 3.2- Perfil multifuncional

Em relação às variáveis clínicas-funcionais foram avaliadas: a queda dos idosos, acuidade visual, mobilidade de locomoção, perda auditiva, utilização de medicamento, interação medicamento-mobilidade.

Em relação à ocorrência de queda dos idosos amostrados nos últimos seis meses, 73% sofreram algum tipo de queda (Gráfico 3).

**Gráfico 3** - Percentual de queda da população amostrada de idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



A comparação destas informações com as da PNAD de 1998 mostrou que houve redução, entre os idosos no Brasil, na prevalência de dificuldade para caminhar cerca de cem metros, diminuindo a proporção de idosos que declararam algum grau de dificuldade, de 25,0% para 22,7% (redução estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ ) (MYERS, 1992).



**Tabela 1** - Razões de chance brutas para quedas em qualquer momento do estudo e quedas recorrentes no seguimento de idosos na comunidade. OR = odds ratio (razão de chance)

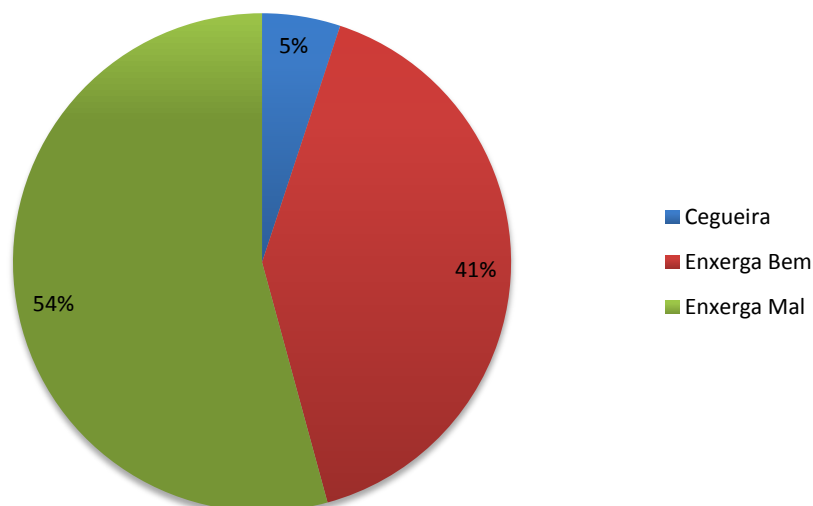
Características	OR bruta quedas	IC 95%	p	OR bruta quedas recorrentes	IC 95%	p
<b>Sociodemográficas</b>						
Sexo feminino	2,56	1,93-3,39	<0,001	2,63	1,69-4,11	<0,001
Estado civil solteiro, viúvo ou divorciado	1,83	1,42-2,38	<0,001	2,34	1,58-3,47	<0,001
Mora só ou em domicílio de 1 geração	0,86	0,75-0,99	0,038	0,88	0,71-1,10	0,290
Baixa escolaridade	1,43	1,12-1,83	0,003	1,84	1,24-2,71	0,002
Renda >200 U\$	0,84	0,74-0,95	0,049	0,84	0,70-1,00	0,061
Cor branca	1,00	0,82-1,23	0,940	0,81	0,55-1,19	0,291
Idade	1,05	0,94-1,18	0,335	1,02	0,85-1,21	0,803
<b>Psico-cognitivas</b>						
Miniexame do estado mental (escore 24 pts. ou +)	0,65	0,48-0,87	0,003	0,68	0,44-1,06	0,093
Saúde mental (presença de distúrbios psico-afetivos)	1,30	0,89-1,76	0,116	1,37	0,84-2,23	0,198
<b>Saúde-Doença</b>						
N. de doenças	1,74	1,36-2,21	<0,001	1,77	1,23-2,55	0,002
Antecedente de fratura	4,67	2,29-9,49	<0,001	6,8	3,03-15,52	<0,001
Ausência de fragilidade	0,56	0,43-0,73	<0,001	0,52	0,35-0,78	0,001
Ausência de fragilidade	0,64	0,49-0,84	0,001	0,57	0,39-0,85	0,006
Ausência de problema de coluna	0,67	0,51-0,88	0,004	0,63	0,43-0,94	0,025
Ausência de insônia	0,63	0,45-0,88	0,008	0,76	0,46-1,2	0,291
Ausência de reumatismo	0,68	0,51-0,92	0,013	0,55	0,36-0,84	0,006
Ausência de obstipação intestinal	0,72	0,55-0,93	0,014	0,71	0,48-1,05	0,088
Ausência de catarata	0,76	0,58-0,99	0,043	0,76	0,51-1,12	0,176
Ausência de varizes	0,80	0,54-1,18	0,277	0,75	0,42-1,31	0,317
Ausência de hipertensão arterial	0,82	0,57-1,18	0,292	0,77	0,45-1,30	0,335
Ausência de diabetes	1,02	0,53-1,98	0,937	0,73	0,30-1,76	0,488
Sem história de AVC	1,00	0,64-1,56	0,989	1,54	0,70-3,35	0,273
Ausência de Asma	1,27	0,96-1,68	0,083	1,50	1,00-2,25	0,049
Número de medicações	1,11	0,66-1,87	0,674	0,86	0,37-2,00	0,729
História de internação hospitalar	0,98	0,85-1,14	0,870	0,87	0,68-1,10	0,247
Prática de atividade física						
<b>Físico-funcionais</b>						
Comprometimento progressivo nas atividades físicas	1,71	1,41-2,07	<0,001	2,07	1,56-2,74	<0,001
Comprometimento progressivo nas atividades instrumentais	1,26	1,05-1,50	0,010	1,35	1,04-1,76	0,020
Presença de incapacidade funcional	1,38	1,21-1,58	<0,001	1,52	1,26-1,85	<0,001
Dificuldade em caminhar fora de casa	1,85	1,22-2,83	0,004	2,27	1,28-4,02	0,005
Dificuldade em caminhar dentro de casa	2,34	0,90-6,03	0,078	1,94	0,48-7,88	0,351
<b>Psicossociais</b>						
Percepção subjetiva de visão ruim ou péssima	1,65	1,30-2,09	<0,001	1,98	1,37-2,85	<0,001
Dificuldade na visão	1,14	1,04-1,25	0,003	1,21	1,07-1,38	0,003
Percepção subjetiva de saúde má ou péssima	1,47	1,10-1,97	0,008	1,86	1,23-2,81	0,003
Percepção subjetiva de audição ruim ou péssima	1,10	0,82-1,47	0,510	1,26	0,82-1,91	0,279
Pouca satisfação com a vida	1,24	1,01-1,52	0,039	1,34	0,98-1,82	0,059
<b>Saúde comparada pior ou muito pior em relação à pessoas da mesma idade</b>						
Não ler como lazer	1,97	1,36-2,86	<0,001	2,31	1,39-3,82	0,001
Não praticar Esporte como lazer	1,49	1,14-1,94	0,003	1,91	1,29-2,82	0,001
Não andar como lazer	1,39	0,81-2,38	0,022	1,99	0,74-5,03	0,175
Não jogar como lazer	1,33	1,03-1,72	0,026	1,53	1,04-2,25	0,029
Não jogar como lazer	1,77	0,85-1,61	0,311	1,19	0,73-1,94	0,467
Não assistir TV como lazer	1,13	0,72-1,77	0,591	1,21	0,63-2,33	0,564
Não fazer Atividades manuais como lazer	1,05	0,81-1,35	0,699	1,16	0,79-1,71	0,431
Não ouvir rádio como lazer	1,04	0,80-1,36	0,724	1,26	0,85-1,86	0,237
Não dançar como lazer	1,21	0,75-1,95	0,415	1,29	0,61-2,72	0,495

Em pesquisa realizada por Perracini & Ramos (2002) avaliando os fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade na cidade de São Paulo, detectaram diversos determinantes ligados à mobilidade, conforme pode ser visto na Tabela 1 que mostra as razões de chance brutas para a queda de idosos.

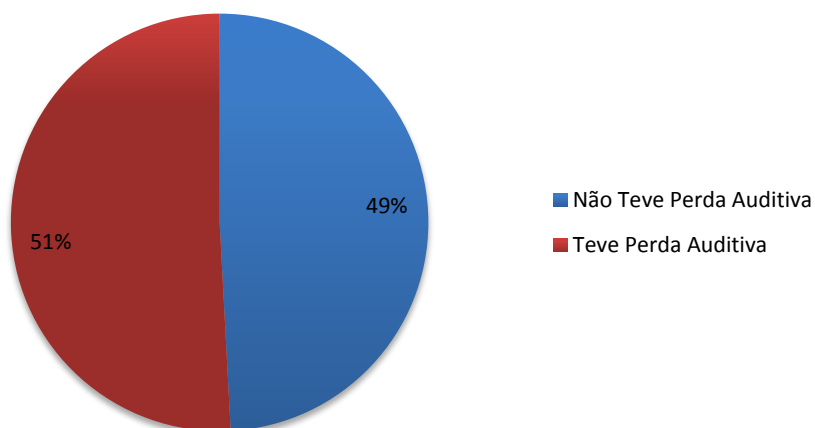
Verifica-se que várias características, tais como sociodemográficas, psico-cognitivas, físico-funcionais, saúde-doença, atividade de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) estão diretamente ligadas à mobilidade de idosos.

Na pesquisa dos idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, objeto de estudo, verificou-se através das variáveis estudadas que este é um dos diagnósticos realizados junto à comunidade idosa desse bairro. Estudos com abordagem mais sistêmica e de cunho transversal devem ser realizados a posteriori. Os gráficos 4 e 5 mostram a prevalência de acuidade visual e auditiva na população de idosos pesquisada, respectivamente.

**Gráfico 4** - Acuidade visual da população amostrada de idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



**Gráfico 5** - Acuidade auditiva da população amostrada de idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



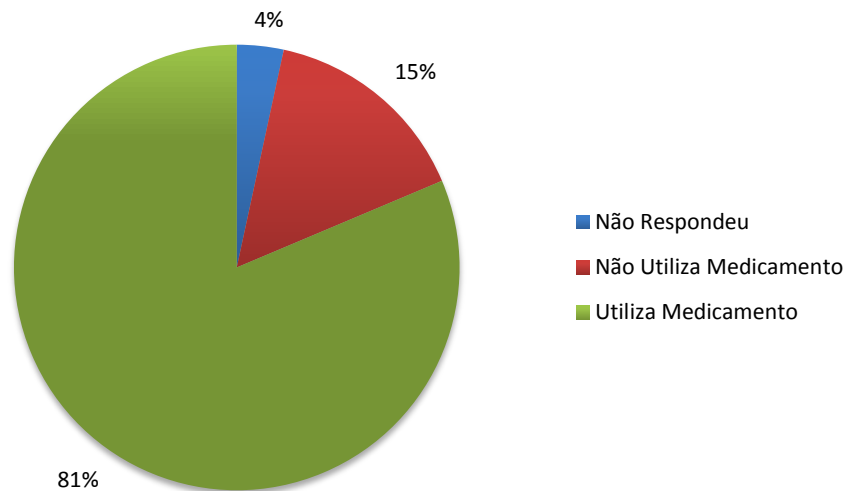
Na população amostrada identificou-se que 54% enxergam mal. Vale ressaltar que pela faixa etária em que foi realizada a pesquisa, o nível de cegueira é baixo, uma vez que isso pode ser um indicador relacionado à satisfação do idoso e à qualidade de vida. A acuidade visual e auditiva analisadas na população é incluída como fator para uma satisfação do idoso. Em estudo epidemiológico conduzido em Bambuí, no Brasil, onde a percepção da saúde considerada como boa/muito boa entre os idosos variou em torno de 25% (COSTA et al., 2000). Em estudo de Ryff (1989), os idosos consideraram a saúde como o elemento mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade, levando em consideração algumas variáveis, dentre elas, a acuidade visual e auditiva. Eles associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar. Em relação à mobilidade e capacidade funcional, observou-se que 0,95% dos idosos pesquisados necessitam de bengala para sua mobilidade.

A avaliação da capacidade funcional é fundamental para determinar o comprometimento e a necessidade de auxílio para as atividades de manutenção e promoção da própria saúde e de gestão do ambiente domiciliar

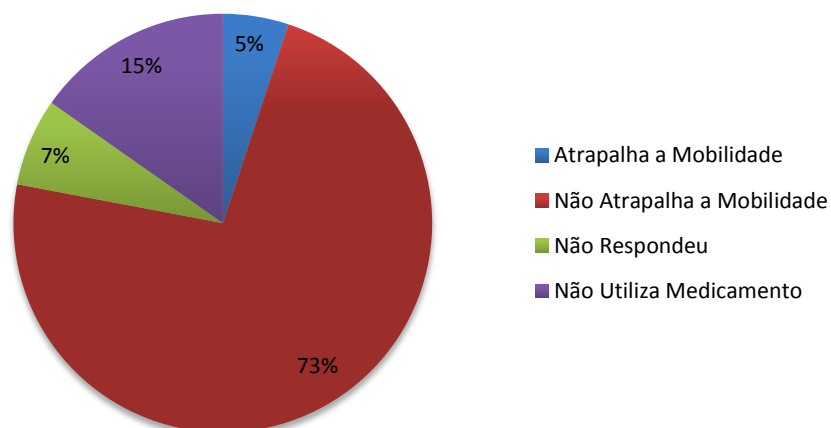
por parte dos idosos, podendo guiar as políticas públicas de atenção à saúde e as políticas sociais para este segmento (NUNES et al, 2008).

Em relação à utilização de medicamentos e a interação do uso de medicamento- mobilidade estão apresentadas nos gráficos 6 e 7.

**Gráfico 6** - Percentual de uso de medicamentos dos idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



**Gráfico 7**- Percentual de interação do uso de medicamentos relacionados à mobilidade dos idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



Observou que na população de idosos estudada majoritariamente (81%) utilizam algum tipo de medicamentos. E, que 73% que não utiliza medicamentos possuem uma mobilidade maior.

Considera-se ainda que a perda de força muscular nos membros inferiores e a diminuição da sensibilidade vibratória, da visão e dos reflexos posturais atuam como importantes fatores desencadeantes dos distúrbios da mobilidade, não tanto como o uso de medicação (UBIA, 2000).

Em estudo realizado por equipes de Saúde da Família na cidade de Goiânia, GO foi avaliado a capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos nesta unidade (n=388), e verificou-se dados similares ao da pesquisa realizada no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás, bem como em outras pesquisas realizadas em São Paulo, com amostra da população idosa domiciliar (LEBRAO, 2005); em Porto Alegre e Aparecida de Goiânia, em áreas cobertas por equipes de Saúde da Família (SOUZA, 2006; ARAÚJO, 2007), para o perfil sociodemográfico e multifuncional houve similaridades. As equipes de Saúde da Família precisam levar esse panorama, dentre outros perfis como socioeconômicos em consideração. A população de idosos jovens demanda ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, que deverão considerar tratar-se de uma população de baixa renda e escolaridade nas diferentes pesquisas realizadas no Brasil. As ações educativas precisarão estar adequadas ao nível de instrução e ao universo cultural dos grupos pesquisados (NUNES et al., 2008).

Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de avaliação funcional. Uma avaliação funcional simples deve conter avaliações: do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar a atividade de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (COSTA, 2001).

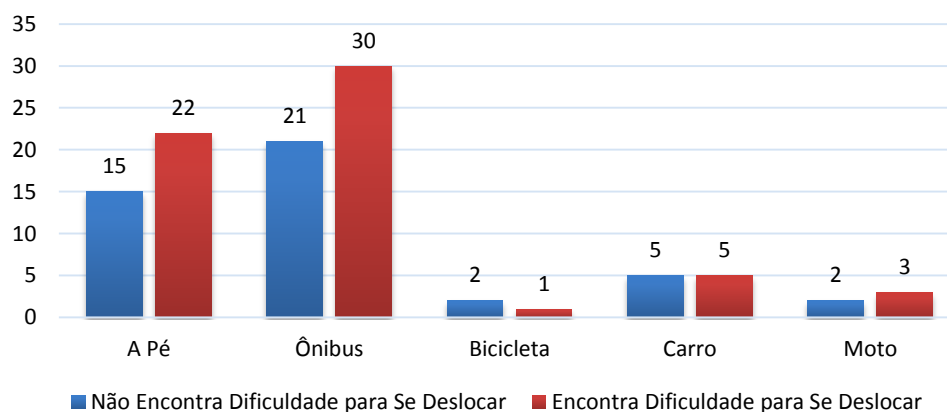
Neste estudo foram utilizados alguns desses indicadores, tais como a avaliação da capacidade dos idosos para a realização de atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida (AIVD).

As AVD são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As

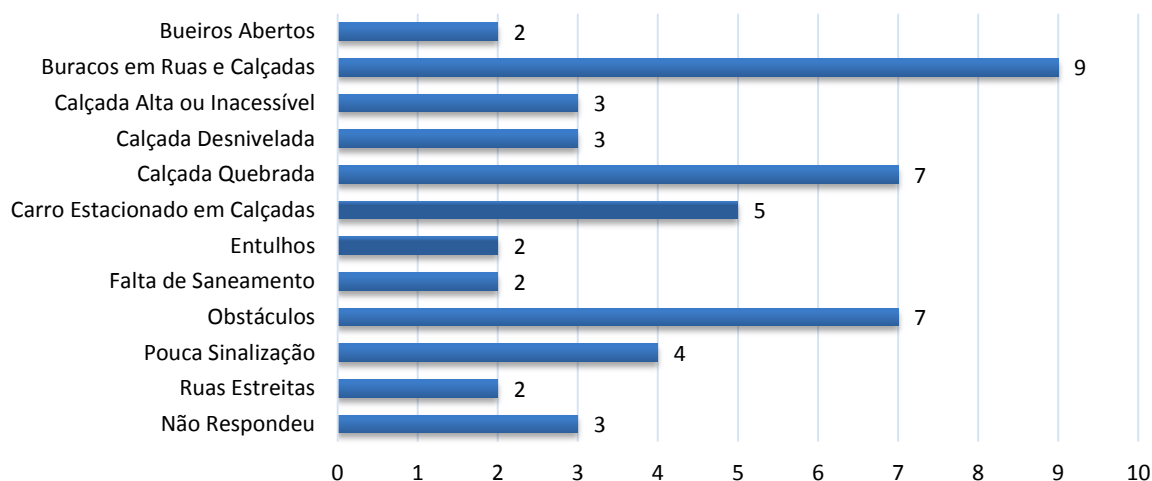
AIVD são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (COSTA, 2000).

Os resultados apresentados abaixo se referem a algum tipo destas atividades, relacionando a capacidade de mobilidade seja no próprio bairro de estudo ou no município, dificuldades encontradas neste deslocamento, serviços mais utilizados pelos idosos, dificuldades apresentadas pelos idosos de acesso às áreas públicas, às mudanças do acesso aos serviços mais utilizados (Gráfico 8, 9, 10, 11, 12 e 13).

**Gráfico 8** - Distribuição de fatores de deslocamento na cidade no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



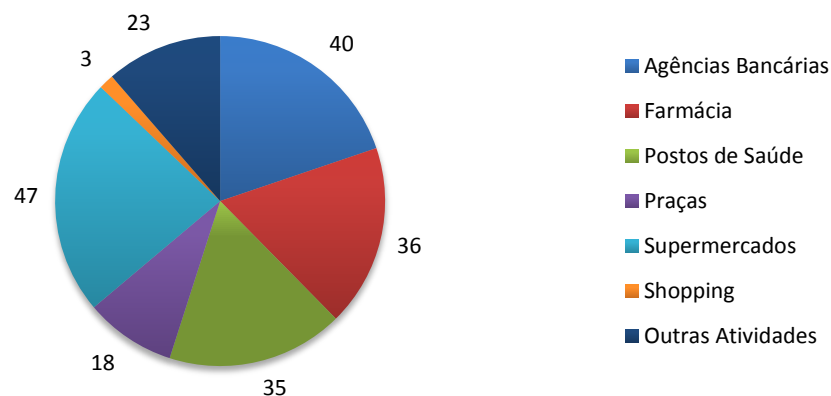
**Gráfico 9** - Frequência das principais dificuldades encontradas pelos idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



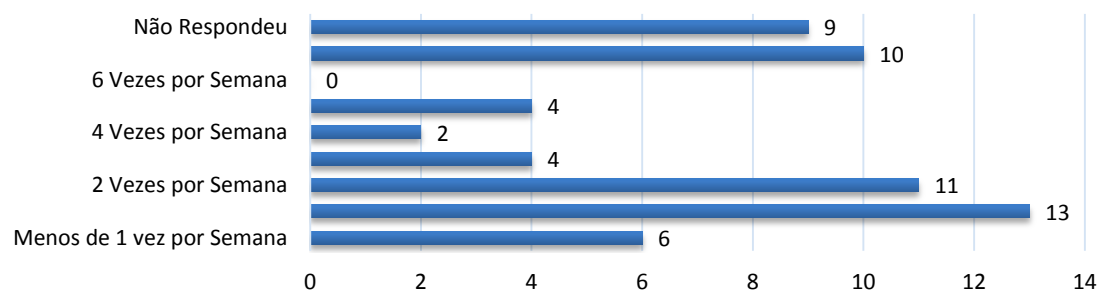
**Gráfico 10** - Frequência das principais dificuldades encontradas pelos idosos ao se deslocarem no Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



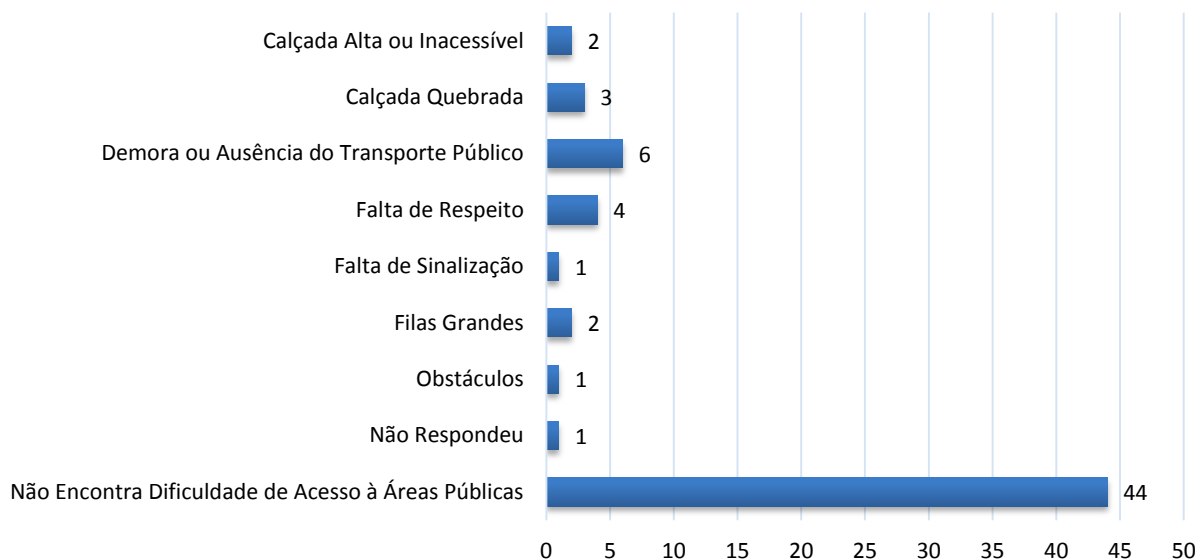
**Gráfico 11**- Valores absolutos dos serviços mais utilizados pelos idosos em atividades diárias no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



**Gráfico 12** - Frequência da utilização de serviços pelos idosos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.

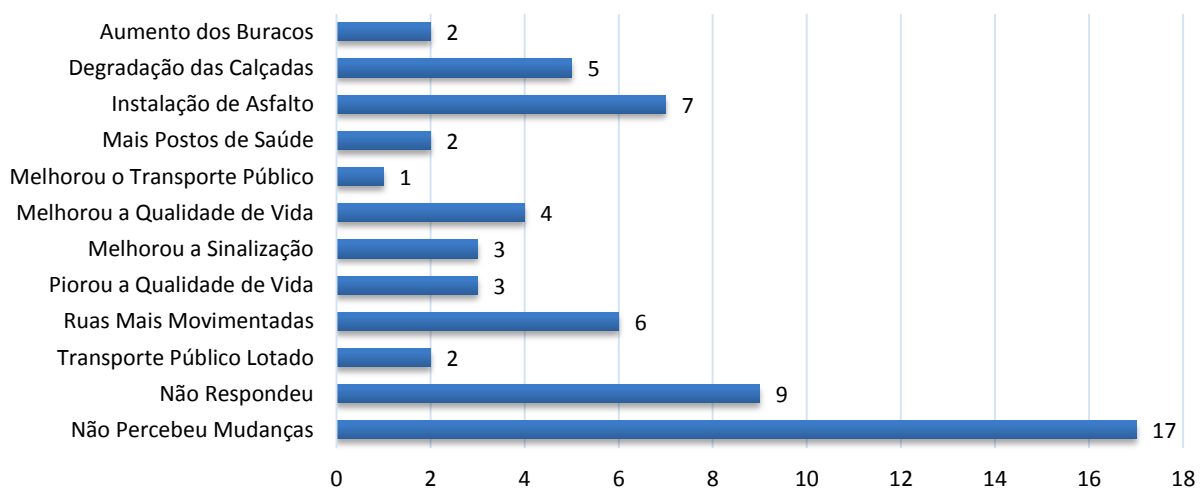


**Gráfico 13** - Frequência da dificuldade apresentada pelos idosos de acesso às áreas públicas no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



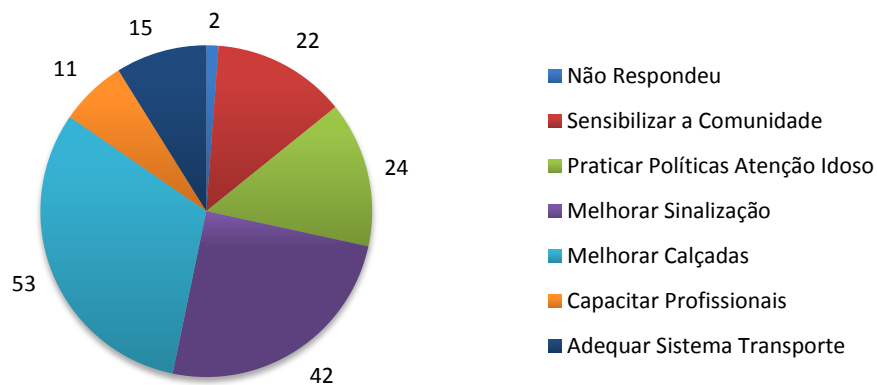
Em relação às respostas referentes às dificuldades apresentadas pelos idosos foi perceptível que a maioria não encontra dificuldade de acesso às áreas públicas, entretanto faz-se necessário no âmbito de ocorrência onde se localiza o território de abrangência desta pesquisa, a manutenção de políticas que visem às melhorias na infraestrutura do bairro. (Gráfico 14, 15, 16 e 17)

**Gráfico 14** - Respostas referentes às mudanças no espaço urbano no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.

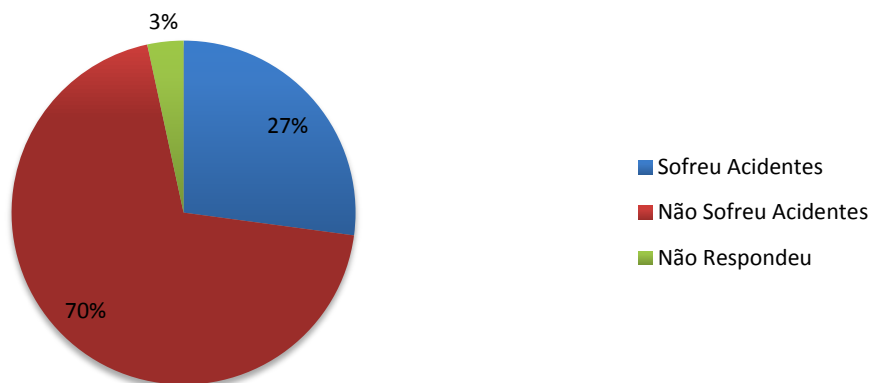




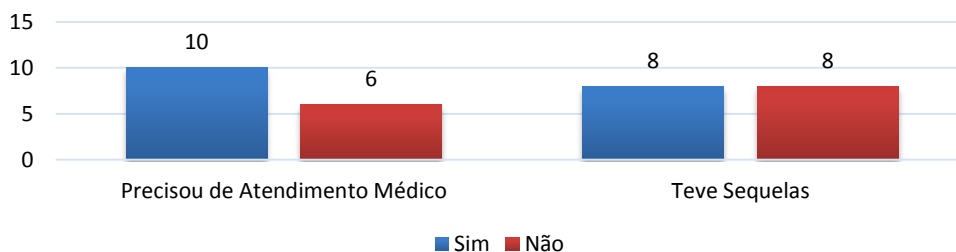
**Gráfico 15** - Valores absolutos de respostas referentes às mudanças do acesso aos serviços mais utilizados no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



**Gráfico 16** - Percentual de idosos que sofreram acidentes em algum tipo de trajeto no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



**Gráfico 17**- Frequência de idosos que necessitou de atendimento médico por um dano causado por acidentes em trajetos no território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes, Anápolis, Goiás.



Após a análise das frequências observadas e esperadas nas respostas dos idosos em relação à mobilidade e as dificuldades apresentadas, o modelo final não se alterou com a introdução de todas as interações possíveis ( $p=0,112$  pelo Ir-test), o ajuste do modelo apresenta um  $\chi^2=0,4906$ . Isso representa uma significância das respostas, entretanto carece de estudos mais detalhados e com a amostragem maior para inferir resultados mais significativos.

Mesmo no envelhecimento saudável, a partir dos 80 anos se espera algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das AVD. A intensidade e a frequência deste comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao longo da vida, e do modo de vida das pessoas em cada contexto sócio-econômico-histórico-cultural, também evidenciados em trabalhos desenvolvidos por Costa et al. (2006) em uma comunidade de idosos no município de Goiânia, estado de Goiás.

No estudo realizado na cidade de São Paulo, apenas 15% dos idosos com idade superior a 80 anos não necessitavam de auxílio de outras pessoas, enquanto 28% eram incapazes de desenvolver pelo menos cinco atividades da vida diária (Ramos et al., 1990).

Mediante aos resultados apresentados, corrobora-se com diversos autores que o envelhecimento é um processo multifatorial e ocorre de forma distinta, considerando as diferentes regiões geográficas. Nesse contexto, as habilidades para realização de AVD e AIVD podem apresentar-se de forma bastante diversificada (COSTA et al., 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, o Brasil encontra-se num processo de envelhecimento populacional bastante acelerado, que pode ser evidenciado pela evolução do índice de envelhecimento, no período de 1980 a 2006. Há predominância de idosos entre 60 e 64 anos, embora seja a faixa etária acima de 80 anos a que tem mais se elevado, em termos percentuais. As capitais brasileiras experimentam o mesmo processo, mas em diferentes graus, bem como as cidades populosas do estado de Goiás, como no caso de Anápolis, foco deste estudo.

Assim, outros estudos são necessários para acompanhar a tendência do envelhecimento populacional no município de Anápolis, pois, mesmo não tendo sido considerada a migração no presente estudo, visto que a cidade de Anápolis possui um aporte migratório, a constatação do aumento do número de idosos permite o norteamento de políticas públicas intervencionistas, o que influencia positivamente na qualidade de vida dos idosos.

Por outro lado, tendo em vista a grande velocidade com que este processo ocorre, ações concretas devem ser realizadas, tais como a reestruturação das medidas cabíveis de qualidade de vida do idoso e uma aplicação prática mais efetiva dos direitos assegurados no Estatuto do Idoso brasileiro. No âmbito acadêmico e técnico, faz-se necessário investir na formação adequada de profissionais, para lidar com esta parcela da população.

A avaliação da capacidade funcional é fundamental para determinar o comprometimento e a necessidade de auxílio para as atividades de manutenção e promoção da própria saúde e de gestão do ambiente domiciliar por parte dos idosos, podendo guiar as políticas públicas de atenção à saúde e as políticas sociais para este segmento.

Diante do grande número de desfechos e variáveis estudadas, não foi realizada no presente estudo análise multivariada, o que deve ser feito em estudos futuros abrangendo o território de abrangência do SF/ESF – Bairro de Lourdes.

Os dados identificados por esta pesquisa são importantes para se conhecer a situação dos idosos desta localidade atendidos pelo sistema público de saúde e podem auxiliar no planejamento das ações de saúde, de

acordo com os fundamentos do SUS para o município de Anápolis, estado de Goiás. Além disso, apontam perspectivas para estudos futuros, em que a análise funcional dos idosos leve em conta os vários domínios de desempenho.

Na promoção da saúde, fica evidente o desafio para se desenvolverem estratégias capazes de estimular a população idosa adotar estilo de vida saudável, em especial a prática de atividades físicas, que desempenham papel fundamental também na recuperação da capacidade funcional.

Por fim, sugere-se avaliação de propostas para subsidiar políticas públicas, adequação proporcional de ambientes públicos para idosos, e auxiliar no planejamento ações da saúde.

## REFERÊNCIAS

- AAKER, D. A. KUMAR, V. DAY G.S. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas, 2001.
- ALVES, L. C. LEITE, I. da C. MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Revista Saúde Pública, 44 (3), 2010, p. 468-478.
- ARAUJO, M. A.S.; NAKATANI, A. Y.K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia (GO). Revista da UFG [periódico na Internet] 2003 dez [acessado 2015 set 16]; 5(2): [on line]. Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/perfil.htm](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.htm).
- BERNADES, G. D.. MORAIS, R. P. (Orgs.) Políticas Públicas: meio ambiente e tecnologia. Goiânia: Vieira, 2000.
- BERQUÓ, Elza. Evolução Demográfica. In.: SACHS, I. WILHEIM, J. PINHEIRO, P. S. (orgs.) Brasil: um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras, 2001, p. 14 – 37.
- \_\_\_\_\_. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In.: SCHWARCZ, L. M. História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 411 – 438.
- BRASIL. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.
- \_\_\_\_\_. Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.
- CAMARANO, Ana Amélia et al. As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CAMARANO, Ana Amélia. e KANSO, Solange. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados.** IPEA: Texto para Discussão nº 1.426, Rio de Janeiro, 2009.
- COSTA, M.E.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L; FIRMO, J.O.A.; VIDIGA, L.P.G.; BARRETO, S.M. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. Rev Saúde Pública. 2000;34:126-35.

COSTA, E. F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V. Semiologia do idoso. In: Porto CC. Semiologia médica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.165-197.

COSTA, E. C.; KYOSEN, A. Y.; BACHION, M. B. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm 19(1):43-35, 2006.

FERREIRA, Frederico P. M. Evolução urbana e demográfica do envelhecimento em Belo Horizonte, IX Seminário sobre Economia Mineira. Belo Horizonte, 2010.

FREITAS, Elizabete Viana et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IBGE. Censo Demográfico, 2010. site: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Capturado: 14/02/2012.

INSTITUTO MAURO BORGES. Perfil Sócio-Econômico de Anápolis. site: <http://www.imb.go.gov.br/>. Capturado: 14/02/2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICAS APLICADAS. A mobilidade urbana no Brasil, Rio de Janeiro, 2011 (Série: eixos do desenvolvimento brasileiro n. 94).

KALACHE, A. VERAS, R. P. RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista Saúde Pública, 21 (3), p. 200 – 210, 1987.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo . Rev Bras. Epidemiol. 8(2):127-141, 2005.

LUZ, J. S. da. A (re) produção do espaço urbano de Anápolis – GO: a trajetória de uma cidade média entre duas metrópoles 1970 -2000. Uberlândia/MG Programa de Pós-Graduação em Geografia – Universidade Federal de Uberlândia, 2006 (mimeo)

MINAYO, Maria C. de S. HARTZ, Zulmira M. de A BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde; um debate necessário. Revista Ciência & Saúde Coletividade, v. 05 n.01, p.1-16, 2000.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Política Nacional do Idoso – Lei n. 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, 2010.

MYERS, G. C. Demographic aging and family support for older persons. In: Kendig, H.; Hashimoto, A.; Coppard, L., eds. Family support for the elderly: the international experience. Oxford University Press, New York, 1992. p. 31-68.

MOYSÉS, Aristides. O Estado de Goiás e a região metropolitana de Goiânia no censo 2010. Disponível em:

web.observatoriodasmetrolopes.net/download/GPeRMG\_censo.pdf Acesso: 03 de abril de 2013.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A. Y. S.; SILVEIRA, E. A.; BACHION, M. M.; SOUZA, M. R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência e saúde coletiva*. 15 (6). 2887-2898, 2008.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. Saúde Pública* 36(6):709-16, 2002.

RAMOS, L. R.; SAAD, L. R.; SAAD, P. M. Morbidade na população idosa. In: Fundação SEADE . O idoso na Grande São Paulo. São Paulo: SEADE; 1990. p. 161- 72. (Coleção Realidade Paulista).

RAMOS, L. R.; Rosa, T. E. C.; Oliveira, Z. M.; Medina, M.C.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil resultados de inquérito domiciliar. *Ver. Saúde Pública* 27 (2),1993.

RAMOS, Luiz R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (2), p. 793 – 798, mai-jun, 2003.

REIS, Andréa C. J. Os idosos e a circulação no espaço urbano: a locomoção dos idosos do Pólo Tuna Luso Brasileira do Projeto Vida Ativa na cidade de Belém/PA, Dissertação de Mestrado. Universidade da Amazônia: Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, 2009.

ROCHA, A D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 05n. 01 p. 63-81. 2000.

SANTOS, O. P. dos. Território e Saúde: estudo do território de abrangência da unidade de saúde da família bairro de Lourdes, Anápolis, GO. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis/GO, 2014.

SEIDL, Eliane M. F. ZANNON; C'elia M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de saúde publica*. V. 20 n.2 Rio de Janeiro, mar/abr. 2004.

SOUZA, Marcos T. R. de. Mobilidade e acessibilidade no espaço urbano. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, 17 (33): 119-129, dez. 2005.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. E. M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* [periódico na Internet] 2006 nov-dez [acessado 2015 set 15]; 14(6). site: [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae): Capturado: 13/09/20125.

TAVARES, Giovana T. et all. Diagnóstico da situação da criança e adolescente da município de Anápolis, GO (mimeografado), 2014.

\_\_\_\_\_. (Projeto de pesquisa financiado pela FUNADESP – UniEVANGÉLICA), 2013 – 2014.

UBIA, O. F. Alteraciones de la marcha en el anciano. Revista de Neurología 2000; 31: 80-83.