

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ELISA BEATRIZ BRAGA DELL' ORTO VAN EYKEN

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE E
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM HOMENS ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA
DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELISA BEATRIZ BRAGA DELL' ORTO VAN EYKEN

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE E
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM HOMENS ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA DE
JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Claudia Leite Moraes.

Rio de Janeiro

2007

ELISA BEATRIZ BRAGA DELL' ORTO VAN EYKEN

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE E
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM HOMENS ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA DE
JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Claudia Leite Moraes
Universidade Estácio de Sá

Prof^a.Dr^a. Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

Prof^a.Dr^a. Kátia Vergetti Bloch
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ao meu filho Dirk e ao meu esposo Celso
pela alegria que trazem à minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Cláudia Leite Moraes, pelos ensinamentos inesquecíveis.

A todos da UBS Alto Grajaú, pela acolhida e em especial aos ACS da área 17, pela entrega da carta-convite e estímulo à participação dos entrevistados.

Aos alunos do projeto DANT – Fatores de risco para o AVC, do curso de fisioterapia da UNIVERSO, pela coleta de dados essencial para a realização deste trabalho.

À Letícia Casado e Valeska, pela ajuda com o instrumento de coleta de dados, com o manual do entrevistador e interpretação das variáveis de atividade física.

Ao Dirk dell’Orto van Eyken, pela digitação dos dados dos questionários.

Ao Mario Celso van Eyken, pela ajuda na confecção e análise do banco de dados.

Ao Luiz Cláudio Ribeiro, pelo auxílio na análise dos dados.

À Julita Braga dell’Orto, pelas incansáveis leituras revisionais determinantes na construção deste texto.

Ao Tiago Timponi Torrent, pela tradução do resumo do texto.

RESUMO

No Brasil, mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico da população trouxeram a sobreposição das doenças crônicas às infecciosas. Por esse motivo, as ações de saúde nacionais, assim como em grande parte do mundo, estão priorizando o enfrentamento dessas doenças e dos seus fatores de risco. Parte desse grupo, as doenças cardiovasculares aparecem como as maiores vilãs da morbimortalidade nacional e internacional. Nesse contexto, a vigilância de fatores de risco para doenças cardiovasculares ocupa lugar de destaque dentre as ações que visam à prevenção e à diminuição da carga destas doenças no país. Com o objetivo de fazer um diagnóstico local em saúde e fornecer dados que favoreçam a vigilância de fatores de risco, este estudo estima a prevalência de tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente e hipertensão arterial/PA limítrofe entre homens adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana do município de Juiz de Fora, MG, região sudeste do Brasil. Foi realizado um inquérito domiciliar entre junho e outubro de 2006, em amostra sistemática de homens entre 20 e 49 anos, totalizando 217 homens. As informações sócio-demográficas, sobre atividade física e tabagismo foram colhidas através dos questionários da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), do *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) e do “Questionário Individual Tipo A” do Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. A avaliação da pressão arterial foi realizada baseada na classificação proposta pela IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. O sobrepeso/obesidade foi identificado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). A prevalência dos fatores de risco foi alta, sendo o sobrepeso/obesidade o de maior frequência (43,3% IC 95% 36,6 – 50,2). Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28% (IC 95% 22,2 – 34,6). O consumo de cigarros é hábito de 25,3% (IC 95% 19,7 – 31,7) da população. Os hipertensos e os classificados com pressão arterial limítrofe pela aferição no momento da entrevista ou pelos que referiram HA e fazem uso de medicação representaram 24% (IC 95% 18,4 – 30,2) e 19,4% (IC 95% 14,3 – 25,2) dos entrevistados, respectivamente. A simultaneidade de dois dos fatores de risco estudados foi encontrada em 33,6% da população. Apresentaram três dos fatores 10,6% e nenhum dos entrevistados apresentou

concomitância dos quatro fatores estudados. Apesar da grande preocupação com as doenças cardiovasculares, apenas recentemente foram criadas no Brasil estratégias de controle e combate aos fatores de risco a elas associados. A magnitude das prevalências sugere que é preciso intensificar as ações de vigilância e as estratégias de educação em saúde, principalmente na população mais jovem, a fim de frear o avanço da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A alta prevalência da simultaneidade dos fatores de risco estudados também evidencia que as ações em saúde devem visar um conjunto de fatores que levam ao adoecimento e não apenas um risco isolado. Considerando que a promoção da saúde constitui um dos pilares centrais da Estratégia Saúde da Família (ESF), parece fundamental que as equipes da ESF participem ativamente deste desafio.

Palavras-chave: Fatores de risco. Doenças cardiovasculares. Prevalência. Inquérito domiciliar.

ABSTRAT

In Brazil, demographic and epidemiological changes of the population profiles have put chronic diseases over the infectious ones. As a result, health care actions in Brazil, as well as in the most part of the world, prioritize the fight against these chronic diseases and their risk factors. A portion of this group, the cardiovascular diseases show up as one of the largest causes of morbidity and mortality for both national and international environments. In this sense, surveillance over the risk factors for cardiovascular diseases has a significant role among the activities aiming primarily the prevention and reduction of the burden of diseases within Brazil. With the intent of a local public health diagnosis and to provide data to improve the surveillance over the risk factors, this paper estimates the prevalence of tobacco smoking, overweight/obesity, insufficient physical activity and arterial hypertension among men whose families are adscript to the Family Health Strategy of the urban area of the city of Juiz de Fora, MG, located in the southeast region of Brazil. The household survey was carried out between June and October 2006, with a systematic sample of 217 men with ages varying between 20 and 49 years. The social-demographic information concerning physical activities and tobacco smoking were collected through the questionnaires of the National Domicile Sampling Survey (PNAD) and of the Brazil Economic Classification Criterion (CCEB), and also through the *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) and through the “Individual Questionnaire Type A” from the Household Inquiry Concerning Risk Behavior and Referred Morbidity of Non-Transmissible Diseases and Harms: Brazil, 15 capitals and the Federal District, 2002-2003. The evaluation of the blood pressure was based on the classification proposed by the IV Brazilian Guidelines for Hypertension. The overweight/obesity cases were identified using the Body Mass Index (BMI). The prevalence of the risk factors was high, being overweight/obesity the most frequent (43.3% - CI 95% 36.6 – 50.2). Men considered to be

either sedentary or irregularly physically active totaled 28% (CI 95% 22.2 – 34.6). The cigarette consumption was a habit of 25.3% (CI 95% 19.7 – 31.7) of the population; also 24% (CI 95% 18.4 – 30.2) and 19.4% (CI 95% 14.3 – 25.2) of the men interviewed were classified, respectively, as hypertensive and as borderline, according to the values checked in the moment of the interview or to their information. The presence of two risk factors simultaneously was found in 33.6% of the population. Concerning the presence of three factors, 10.6% of the sample presented such condition and, on the other hand, none of the interviewed men presented the four risk factors simultaneously. Despite the great concern, by the Brazilian health authorities and organizations, regarding cardiovascular diseases, strategies aiming both at the monitoring of and the decrease in the prevalence of the risk factors associated to them have been only recently created. The magnitude of the prevalence rates suggests that monitoring actions and health education strategies need to be intensified in order to stop the advance of morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases. The magnitude of prevalence suggests the need of further actions of surveillance and the strategies of health education, mostly in the younger population in view of restrain the morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases. The high prevalence of simultaneous risk factors assessed also demonstrates that actions in health care should consider a group of factors that lead to sickness, rather than an isolated risk. Considering the fact that the health promotion is one of the most important pillars of the Family Health Strategy (ESF), it seems highly important that ESF teams play active role in this challenge.

Keywords: Risk factors. Cardiovascular disease. Prevalence. Household survey.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABEP – Associação Brasileira de empresas de pesquisa

ACS – Agente comunitário de saúde

APAC – Autorização de procedimento de alta complexidade

AVC – Acidente vascular cerebral

BRFSS – Behavioral risk factor surveillance survey system

CARMEN – *Conjunto de acciones para la reduction multifactorial de enfermedades non tranmisibles*

CCEB – Critério de classificação econômica Brasil

CDC – *Center for disease control and prevention*

CELAFIFCS – Centro de estudos do laboratório de aptidão física de São Caetano do Sul

CID – Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde

CINDI – *Countrywide integrated noncommunicable disease intervation*

DALY – *Disability adjusted life of year*

DANT – Doenças e agravos não transmissíveis

DATASUS – Banco de dados dos indicadores de saúde do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DCV – Doenças cardiovasculares

EqSF – Equipe de saúde da família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização para a alimentação e agricultura

FR – Fator de risco

FRICAS – Fatores de risco para insuficiência coronariana da América do Sul

HA – Hipertensão arterial

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

IPAQ – *International physical activity questionnaire*

IPEA- Instituto de pesquisa econômica aplicada

IMC – índice de massa corporal

INCA – Instituto nacional do câncer

JF – Juiz de Fora

JNC-7 – *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure*

MG – Minas Gerais

MONICA – *Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease*

NHIS – *National health interview survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de saúde

PA – Pressão arterial

PACS – Programa de agentes comunitários de saúde

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PNAD – Pesquisa nacional de amostra de domicílio

PSF – Programa Saúde da Família

RCBP – Registro de câncer de base populacional

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de informação da atenção básica

SIH – Sistema de informação hospitalar

SIM – Sistema de informação de mortalidade

SIS-HIPERDIA – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

SUMÁRIO	4
I PARTE: INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	7
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O SEU PAPEL NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO.....	16
1.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: VILÃS MUNDIAIS.....	19
1.2.1 <i>Principais Fatores De Risco E Sua Distribuição Na População Brasileira</i>	24
1.2.2 <i>O Enfrentamento</i>	31
1.3 A SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU PAPEL NA DIMINUIÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	37
2 JUSTIFICATIVA	41
3 OBJETIVOS	43
3.1 GERAL.....	43
3.2 ESPECÍFICOS	43
II PARTE: ARTIGO CIENTÍFICO	45
4 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO: PREVALENCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE HOMENS DE UMA POPULAÇÃO URBANA DO SUDESTE DO BRASIL (PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN A MEN URBAN POPULATION OF SOUTHEAST BRAZIL)	46
4.1 RESUMO	46
4.2 ABSTRACT	48
4.3 INTRODUÇÃO.....	50
4.4 MÉTODOS.....	54
4.5 RESULTADOS	58
4.6 DISCUSSÃO.....	67
4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO	76
III PARTE: CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AO USUÁRIO	92
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
APÊNDICE C – MANUAL DO ENTREVISTADOR	94
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE PESQUISA	119

APRESENTAÇÃO

Diante da constatação na mudança nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira e da maior prevalência de morbimortalidade gerada pelas doenças cardiovasculares, este estudo buscou pôr em prática uma das propostas da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e do Ministério da Saúde para o enfrentamento desta nova realidade brasileira, qual seja: a vigilância de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como estratégia de intervenção para prevenção e diminuição da carga destas doenças.

Tendo como objetivo principal melhorar a qualidade de vida dos brasileiros a partir da promoção da saúde, prevenção de agravos, melhoria da assistência e reabilitação, a Estratégia Saúde da Família tem implantado políticas específicas de enfrentamento de algumas doenças e agravos não transmissíveis. Tão importante quanto o combate, o monitoramento e controle das doenças são os seus fatores de risco. O Sistema Nacional de Vigilância de DCNT, em desenvolvimento no país, através do monitoramento da frequência de grande parte dos fatores de risco e da prevalência das principais patologias deste grupo, pretende gerar informações que orientem as políticas e programas de promoção de saúde e prevenção das doenças. Considerando os objetivos, metas e estratégias de trabalho da Saúde da Família, parece fundamental sua importância como uma das potenciais fontes de informação desse Sistema.

Visando contribuir com este sistema de informações sobre a frequência de fatores de risco para este grupo de doenças em cidades de médio porte na região sudeste do Brasil e servir de apoio às ações locais de saúde, através de um diagnóstico local em saúde, este trabalho estimou a prevalência de fatores de risco para DCV entre homens adultos das

famílias adscritas ao PSF da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Alto Grajaú, em Juiz de Fora, MG.

Através de um estudo transversal envolvendo 217 indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 20 e 49 anos, extraídos de forma sistemática de uma população de 1505 homens das famílias adscritas ao PSF, estimou-se a prevalência dos fatores de risco: tabagismo, sedentarismo/atividade física irregular, obesidade/sobrepeso e hipertensão/pressão arterial limítrofe e a sua distribuição em diferentes subgrupos de indivíduos, classificados de acordo com suas características demográficas e socioeconômicas.

A dissertação é apresentada em três partes distintas que se completam. A primeira parte contém o projeto da pesquisa até seus objetivos específicos. A segunda parte, apresentada em forma de artigo científico, apresenta o método de pesquisa, os resultados encontrados e a discussão. A terceira e última parte trás as considerações finais, referências bibliográficas da dissertação e apêndices com o material utilizado durante a pesquisa.

I PARTE: Introdução, justificativa e objetivos

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E O SEU PAPEL NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT¹) são definidos como doenças não transmissíveis com etiologia multifatorial. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças não transmissíveis fazem parte do grupo de doenças crônicas, as quais possuem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por irreversível alteração patológica, requerem reabilitação ou ainda longo período de supervisão, observação ou cuidado. (WHO, 2005). Estas características interferem tanto no seu aparecimento como no seu desenvolvimento, preocupando quanto às ações de intervenção efetivas da saúde pública. (REGO, 1990; OPAS, 2003).

Esta preocupação mundial em saúde se justifica porque, mesmo tendo predominado em estudos de saúde nos países desenvolvidos desde os anos 40 e ocupado a vigilância epidemiológica, como nos Estados Unidos, já nos anos 70, as DANT representaram 59% do total de mortes globais em 2002 (WHO, 2002), demonstrando as dificuldades de uma intervenção eficaz. Também nos países em desenvolvimento, as DANT têm sido vistas como problemas de saúde pública por representarem um número grande das consultas médicas, internações e óbitos e pelas suas características multifatoriais que dificultam as ações. Além disso, existe uma projeção

¹DANT: Doenças e agravos não transmissíveis (OMS, 2001; BRASIL, 2004; REGO, 1990) também referidas como doenças não transmissíveis (DNT) (OPAS, 2005) ou ainda como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), (LESSA, 2004; BRASIL, 2005).

pessimista de maior número de mortes e de doentes por doenças crônicas não transmissíveis para 2050 nestes países. (LESSA et al, 2004).

Apesar de acompanhar a tendência mundial de predominância das doenças e agravos não transmissíveis, a transição epidemiológica brasileira possui características peculiares. Junto com as DANT temos a permanência de doenças infecto-parasitárias, a reintrodução de outras como dengue e cólera, além de um índice importante de morbimortalidade por causas externas. (TEIXEIRA, 2004). Vários fatores podem ser considerados na análise da superposição epidemiológica nacional; um deles, sem dúvida, as diferenças regionais do território geográfico de proporções continentais.

Na sua transição epidemiológica, o Brasil se depara com a magnitude territorial que determina a sua heterogeneidade regional. As diferenças entre as regiões ficam claras no trabalho de Schramm (2004) ao se discutir o indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos ou a “carga de doença” – *DALY* - (*Disability Adjusted Life of Year* - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade). Os autores encontraram 66,3% de carga de doença relativa às doenças não transmissíveis, 23,5% doenças infecciosas e 10,2% causas externas. As doenças não transmissíveis predominaram em todas as regiões, mas foram seguidas das causas externas nas regiões centro-oeste, sudeste e sul e das infecciosas, parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais nas regiões norte e nordeste.

Outro fator a ser considerado, quando se buscam explicações para a coexistência da mortalidade materno e infantil, doenças infecto-parasitárias, causas externas e DANT, é o envelhecimento da população. Sabendo-se que estes agravos são mais prevalentes quanto maior a faixa etária da população e considerando-se o aumento da proporção de idosos no Brasil de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, não é surpresa o maior número de doenças crônicas neste período.

Com a estimativa do crescimento da população idosa para 14% em 2025, estima-se que a morbimortalidade por DANT aumente ainda mais.

Foi principalmente a partir da década de 80 que a relevância deste grupo de agravos no perfil da mortalidade brasileira se tornou mais visível. Na década de 90, após a concretização constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, os dados divulgados puderam confirmar esta mudança. Observou-se um aumento da esperança de vida ao nascer, com a diminuição da mortalidade infantil, principalmente nas regiões sul e sudeste. As doenças infecciosas e parasitárias, que chegaram a representar 45,7% do total de óbitos na década de 30, passaram a representar apenas 5,9% dos óbitos por causa definida em 1999. No mesmo período, as doenças cardiovasculares passaram de 11,8% para 31,3 % do total de óbitos. (CARMO, BARRETO & SILVA JR, 2003; DUCAN et al, 1996, p.10). Também houve aumento da mortalidade por causas externas na faixa etária jovem - 20 aos 39 anos - e ainda um aumento de doenças e agravos não transmissíveis na população acima de sessenta anos. (SIMÕES, 2002).

Em 2002, a participação das doenças cardiovasculares no obituário nacional se mantinha a mesma, com 31,5% do total de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório. Os coeficientes de mortalidade também expressam a grande importância das DANT no perfil de mortalidade dos brasileiros, pois entre 100.000 habitantes foram registrados 50 óbitos por doenças cerebrovasculares, 35,2 por infarto agudo do miocárdio, 21 por diabetes mellitus e 10,2 por neoplasias.

Através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é possível perceber que, além da elevada mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, os gastos do Sistema Único de Saúde com as internações por estas doenças também são importantes. Dados disponíveis no site do DATASUS (Banco de Dados dos Indicadores de Saúde do Sistema Único de Saúde) referentes

ao ano de 2003, por exemplo, indicavam que 4,9 % do total de internações haviam sido por neoplasias e 10,5% por doenças do aparelho circulatório. (BRASIL, DATASUS, SIAB)

1.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: VILÃS MUNDIAIS

Mundialmente, segundo a Organização Mundial de Saúde, dos 59% do total de mortes anuais por DANT metade é por doenças cardiovasculares (DCV). (WHO, 2002). Estas fazem parte de um grupo de doenças categorizadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, na sua décima revisão – CID-10, no capítulo 9, como Doenças do Aparelho Circulatório. São de especial interesse para este estudo as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares (em especial o Acidente Vascular Cerebral) e as doenças hipertensivas (em especial a hipertensão essencial ou primária). (DATASUS/CID-10).

O primeiro grande estudo longitudinal e prospectivo visando investigar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares (*Framingham Heart Study*) se iniciou em 1948 na cidade americana de Framingham quando estes agravos se tornaram a principal causa de morte nos Estados Unidos. (SILVA, 1998; DOREA, 2001). Desde então, muitas outras pesquisas foram desenvolvidas em todo o mundo. Destaca-se o projeto MONICA (*Multinational MONItoring of Trends and Determinants in CArdiovascular Disease*), da Organização Mundial de Saúde, criado na década de 80, com o objetivo de monitorar as tendências e determinantes das doenças cardiovasculares devido à escalada crescente destas na população. Durante um período de dez anos, vinte e um países colaboraram e dez milhões de homens e mulheres entre 25-64 anos foram monitorados. (WHO, MONICA).

Ao se consolidarem os dados coletados durante o projeto, as doenças cardiovasculares apareceram como representantes de 29,2% do total de mortes no mundo. De acordo com os autores, a projeção é de que até 2010 esse grupo de doenças seja a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento. Os dados revelaram que das 16,7 milhões de mortes por doenças cardiovasculares durante o período de monitoramento, 7,2 milhões foram por doença cardíaca isquêmica, 5,5 milhões por doença cerebrovascular, 3,9 milhões por hipertensão arterial e outras doenças cardíacas. (WHO, 2003). Sendo um país em desenvolvimento, o Brasil já certifica a projeção em relação à primeira causa de morte e demonstra preocupação em face aos resultados dos estudos específicos.

Vários são os estudos nacionais sobre DCV, porém, em função das diferenças entre as populações analisadas e metodologias utilizadas, torna-se difícil a comparação dos seus resultados. Apesar de apresentarem estimativas de prevalência bastante variadas, todos apontam para a grande relevância do problema em nosso meio, o que o torna uma importante questão de saúde pública. (LESSA et al, 2004; MATOS et al, 2004; BLOCH et al, 2003; DUCAN et al, 1993; REGO et al 1990).

Esta relevância se confirma através dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que revelam, entre 1991 e 1998, um aumento da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em todas as regiões brasileiras, exceto na região sudeste, onde se observa discreta diminuição, com sobre mortalidade masculina constante em todas as regiões. (BRASIL, DATASUS/ SIM – IGBE). A mortalidade se manteve alta no ano 2000, quando as DCV corresponderam a mais de 27% do total de óbitos. Não só a mortalidade, mas também a morbidade por doenças cardiovasculares é alta; no ano 2002, por exemplo, elas foram responsáveis por 1.228.909 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais. (BRASIL, DATASUS/ SIM/ SIH).

A magnitude entre as Doenças Cardiovasculares é diferenciada; por exemplo, os indicadores do SIM de 2002 mostram as doenças cerebrovasculares como líderes das causas de morte no Brasil, representando cerca de 50% do total dos óbitos. Os números mais alarmantes dizem respeito ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o AVC é um déficit neurológico agudo relacionado a uma lesão vascular, que pode ser de duas naturezas: por oclusão/obstrução vascular (AVC Isquêmico), que constituem 75% dos casos, ou por ruptura vascular (AVC Hemorrágico). (MACKAY & MENSAH, 2004; SOCERJ, 2003). Embora somente na faixa etária acima dos 65 anos o Acidente Vascular Cerebral tenha sido responsável por 39% das mortes por doenças do aparelho circulatório no Brasil em 2002, a taxa de mortalidade específica no país foi de 49,52 óbitos por 100.000 habitantes (SIM), atingindo pessoas em qualquer faixa etária.

Ao atingir pessoas em idade produtiva, o AVC tem um forte impacto econômico. Nos Estados Unidos, por exemplo, dos 500.000 casos novos estimados por ano, apenas 5% retornam ao trabalho. (CHOBANIAN et al, 2003). Em todo o mundo, 15 milhões de pessoas sofrem um AVC a cada ano. Destes, 5 milhões morrem e 5 milhões tornam-se incapacitados permanentemente (MACKAY E MENSAH, 2004). Além dos óbitos, dos custos hospitalares e previdenciários, a perda de autonomia entre adultos é outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes do problema. (MEDINA, SCHIRASSU E GOLDEFER, 1998 apud FALCÃO et al, 2004). Segundo a OMS, no ano de 2002, cerca de 10-14 anos produtivos de vida foram perdidos pela doença no Brasil, o que demonstra seu grande impacto negativo na economia. (MACKAY & MENSAH, 2004).

Apesar da grande magnitude, os dados mais recentes mostram um declínio na incidência do AVC nos países desenvolvidos, devido ao controle eficaz da pressão arterial. (CHAVES, 2000). No entanto, em consequência do envelhecimento populacional, o número absoluto de Acidente Vascular Cerebral continua a crescer. No Brasil, a taxa de mortalidade por causas

definidas no ano de 2002 ainda retrata o AVC como primeira causa de óbito; porém, a taxa de internação de 32,68/100.000 habitantes no ano de 2005, em comparação com a taxa de internação por doenças isquêmicas do coração, parece apontar para outra tendência. (BRASIL, Indicadores Municipais de saúde, 2005).

A doença isquêmica do coração figura como a segunda causa de morte por DCV no Brasil, com um coeficiente da ordem de 46,21 óbitos por 100.000 em 2002. Sua importância também é notada quando consideramos que, em 2005, foi a primeira causa de internação por doenças cardiovasculares no país, tendo uma taxa de 66,30 por 100.000 habitantes, sendo maior, inclusive, do que a taxa referente ao AVC. (BRASIL, Saúde da Família, 2005).

A cardiopatia isquêmica está relacionada com a diminuição do aporte de oxigênio ao miocárdio por obstrução das artérias coronárias. Clinicamente pode se apresentar de várias formas como a morte súbita, o infarto do miocárdio, angina estável, angina instável, insuficiência cardíaca, arritmias e isquemia silenciosa. (DUCAN et al, 1996, p. 448). Considerada de alta prevalência, mortalidade e morbidade (PESARO et al, 2004), o número de casos mundiais é alarmante. Somente em 2002, estima-se que ocorreram cerca de 32 milhões de ataques cardíacos em todo o mundo (WHO, 2002). Embora seja a segunda causa de morte no Brasil, desde 1990 a doença cardíaca coronariana mata mais do que qualquer outra no mundo. Em sua crescente escalada é considerada uma pandemia, pois 3,8 milhões de homens e 3,4 milhões de mulheres morrem, a cada ano, por doenças cardíacas coronarianas.

Apesar de ainda não ser associada entre as principais causas de mortalidade, a hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais prevalente, afetando pelo menos 600 milhões de pessoas no mundo, além de ser fator de risco para outras doenças cardiovasculares. (WHO, 2003; MACKAY & MENSAH, 2004).

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição sistêmica onde os valores elevados da pressão arterial podem gerar alterações estruturais de artérias e miocárdio em associação com

disfunção endotelial e alteração da musculatura lisa vascular, pelas quais podem se manifestar a mortalidade e a morbidade dela decorrentes. (DUCAN et al, 1996; KANNELL, 2000 apud BRANDÃO, 2003). Mesmo não tendo mortalidade expressiva por ser substituída pelas suas complicações nas declarações de óbito, também é uma condição clínica multifatorial, considerada grande problema de saúde pública por sua alta prevalência na maioria dos estudos e por ser considerada fator de risco para outras doenças cardiovasculares. (LESSA, 2001). A maior parte dos casos de hipertensão arterial é do tipo primária ou essencial e tem sua característica multifatorial atribuída à predisposição genética e fatores ambientais como o fumo, o sedentarismo, a obesidade, a ingestão excessiva de álcool e cloreto de sódio e o consumo insuficiente de potássio. (KLEIN et al, 1995; DUCAN et al, 1996, p. 443; LESSA, 2001; GUS et al, 2001; SBC, 2004; CHOBANIAN et al, 2003).

A prevalência da hipertensão arterial no Brasil é alta e aumenta quanto maior a faixa etária. Esta afirmação é considerada com base em vários estudos que também revelaram uma prevalência de HA que varia de 10% a 25%, podendo chegar até 50%, de acordo com a faixa etária. Em estudo na população da Ilha do Governador, Rio de Janeiro, em maiores de 20 anos de idade, realizado entre 1991 e 1992, a prevalência da HA chegou a 24,9% (KLEIN et al, 1995). Em estudo populacional no estado do Rio Grande do Sul, entre 1999 e 2000, num total de 1066 pessoas maiores de 20 anos, a prevalência encontrada foi de 14,4% (GUS et al, 2002). Dois estudos de revisão da literatura sobre estudos nacionais de prevalência da hipertensão arterial revelaram 25% de HA em adultos (LESSA, 2001) e 40% a 50% de HA na população adulta acima de 40 anos (TOSCANO, 2004). As diferenças relativas às populações pesquisadas, à metodologia de aferição da pressão arterial e aos critérios utilizados para sua constatação parecem ser responsáveis por boa parte das diferenças entre os achados dos estudos nacionais.

Duas bases de dados mais recentes ajudam a ratificar a importância deste agravo em nosso país. O Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e

Agravos não Transmissíveis, realizado em 15 capitais e no Distrito Federal entre 2002 e 2003 e dados do SIS-HIPERDIA. No inquérito, o relato da hipertensão auto-referida aumentou com a idade. Houve prevalência de 7,4% a 15,7% na faixa etária de 25 a 39 anos, de 26,0% a 36,4% na faixa etária de 40 a 59 anos e de 39,0% a 59,0 % nos idosos das 15 capitais e do Distrito Federal. A prevalência de hipertensão foi menor na população com maior escolaridade. (BRASIL, 2004). Os dados do SIS-HIPERDIA revelam que o número de usuários do SUS cadastrados como hipertensos, em 2006, era de quase 3 milhões de pessoas. (BRASIL/DATASUS/HIPERDIA).

Embora não haja um consenso metodológico entre os estudos, seus resultados são afirmativos da grande prevalência da hipertensão arterial na população brasileira e da necessidade do problema assumir lugar de destaque entre as ações de saúde.

Tão relevantes quanto os dados de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, são aqueles relativos à prevalência dos fatores de risco a ela relacionados, visto que estes estão diretamente associados a mais de 80% dos casos de morte pelas doenças. (MACKAY & MENSAH, 2004).

1.2.1 Principais Fatores De Risco E Sua Distribuição Na População Brasileira

O reconhecimento dos fatores que predispõem o indivíduo às doenças não transmissíveis é fundamental, visto que elas possuem etiologia multifatorial, que interferem no seu aparecimento, desenvolvimento e ações de saúde pública para o seu controle. (REGO, 1990). A preocupação com os fatores de risco associados às doenças crônicas é global, pois estes são sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a estas doenças. A importância dada pela OMS, a partir 1998, à prevenção e ao controle das doenças não transmissíveis vem em

resposta às conclusões do projeto MONICA, quando a Organização sugere que as ações de enfrentamento do problema devam ser focadas, principalmente, nos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Mais de 300 fatores de risco para doenças cardiovasculares já foram sugeridos pela literatura de referência. Os fatores considerados mais importantes se caracterizam por terem alta prevalência em muitas populações, um impacto independente e significativo no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral, e por seu tratamento e/ou controle resultarem na redução do risco dos agravos. Alguns dos principais fatores de risco são considerados não modificáveis, como a idade avançada, a hereditariedade, o sexo masculino e a raça ou etnia (negros, chineses, japoneses e hispano-americanos) (MACKAY & MENSAH, 2004).

A Organização Mundial de Saúde aponta como os fatores de risco modificáveis mais prevalentes a diabetes mellitus, a alimentação não saudável, a obesidade, a inatividade física, o uso do tabaco, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial. (MACKAY & MENSAH, 2004).

Alguns destes mesmos fatores já eram encontrados no estudo pioneiro de Framingham (DOREA, 2001) que investigava seu papel em relação às DCV. O estudo caso-controle sobre os fatores de risco para a insuficiência coronariana na América do Sul (FRICAS), realizado entre 1994 e 1995, contemplando 591 indivíduos, também relacionou os fatores de risco com doença cardiovascular, pois observou uma maior prevalência de insuficiência coronariana em ex-fumantes, naqueles que não realizavam atividades físicas e nos hipertensos. (SILVA et al, 1998).

Embora a hipertensão arterial seja considerada o fator de risco mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral (MACKAY & MENSAH, 2004), níveis pressóricos cada vez mais baixos têm sido valorizados por apresentarem um potencial preventivo das DCV. Algumas evidências têm apontado que o risco para doenças cardiovasculares aumenta conforme aumentam os níveis pressóricos, afetando também aqueles com pressão arterial (PA) abaixo do nível considerado como hipertensão. Existe uma relação contínua de risco de morte por

causa vascular dentro dos limites considerados normais de PA, a partir de 115/75mmHg, aumentando significativamente com o aumento da mesma e com o aumento da idade. Por exemplo, para a faixa etária entre 40 e 69 anos cada diferença de 20mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 10mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) pode estar associada a, pelo menos, o dobro da taxa de mortalidade por AVC, doenças isquêmicas do coração e outras mortes por DCV. (LEWINGTONS, 2002).

Globalmente os dados indicam que 62% das doenças cerebrovasculares e 49% das doenças isquêmicas do coração são atribuídas à pressão arterial sistólica abaixo de 140 e acima de 115mmHg. (WHO, 2002; VASAN et al, 2001; VAN DEN HOOGEN et al, 2000). Foram principalmente os achados do *Framingham Study* que mostraram que a PA considerada normal alta (130-39mmHg/ 85-89mmHg) estava associada a um risco aumentado para ocorrência do primeiro evento de DCV quando comparada com valores ótimos (<120mmHg/<80mmHg). Os autores relatam que mulheres e homens com PA dentro destes intervalos apresentaram risco 2,5 e 1,6 vezes maior, respectivamente, do que aqueles que têm valores dentro da faixa considerada ótima. Estes e outros achados motivaram a proposição de uma nova classificação da PA pelo *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure - JNC 7 Report* (CHOBANIAN, 2003). Como apresentada na tabela 1, esta classificação já considera valores acima de 120mmHg para PAS como pré-hipertensão.

Tabela 1: CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SEGUNDO O JNC-VII

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
HA - Estágio 1	140-149	90-99
HA - Estágio 2	>_160	_>100

*Fonte: CHOBANIAN, 2003.

Ainda que os estudos nacionais relacionados com valores de pressão arterial abaixo do considerado hipertensão como fator de risco para doenças cardiovasculares não sejam

expressivos, Brandão et al (2003) também relatam uma associação da pressão arterial normal alta (valores acima do ótimo, pela classificação da Sociedade Brasileira de Cardiologia) com aumento do risco de doença cardiovascular.

Mesmo utilizando uma classificação alternativa (Tabela 2), a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) na IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial já preconiza a realização de ações de controle relacionadas a mudanças do estilo de vida no caso de pressão arterial limítrofe (PAS de 130 a 139 mmHg e PAD de 85 a 89 mmHg) na presença de lesão em órgãos-alvo e/ou doença cardiovascular clinicamente identificável (SBC, 2004).

Tabela 2: CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL: SBC

Classificação	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
ótima	<120	<80
normal	<130	<85
limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderado)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	>180	>110
Sistólica isolada	>140	<90

***Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004.**

A classificação da SBC difere da JNC-7 porque considera normal a PAS menor do que 130mmHg e a PAD menor do que 85mmHg, enquanto que a JNC-7 considera qualquer valor entre 120 e 139 mmHg para PAS e entre 80 e 89 mmHg para PAD como pré-hipertensão. Ainda existem diferenças quanto à classificação dos estágios de hipertensão como podem ser notadas na comparação das duas tabelas.

Outro fator de risco modificável considerado muito importante para a prevenção das doenças cardiovasculares pela OMS é o tabagismo. Estima-se que este hábito de vida seja a principal causa de morte evitável no mundo em função de sua atuação como precursor de

diversas patologias e sua alta prevalência. Dados recentes sugerem que 1/3 da população mundial adulta (1 bilhão e 200 milhões de pessoas) sejam fumantes, o que corresponde a aproximadamente 47% dos homens e 12% da população feminina. (WHO, 2004)

Apesar de todos os males extensamente divulgados, o total de mortes devido ao tabaco atingiu 4,9 milhões de mortes anuais e, caso a tendência de expansão se confirme, o número de fumantes no mundo será de 1,6 bilhões em 2030. Com isso, 10 milhões de mortes serão atribuídas ao tabagismo, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35-69 anos) e 70% delas ocorrendo em países menos desenvolvidos. (WHO, 2003; 2004).

O consumo do tabaco aumenta o risco para doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico, além de outras doenças. Existem várias explicações para o efeito do fumo no aparelho cardiovascular. Dentre aquelas mais sugeridas, está a que indica que a nicotina estimula o aumento do número de batimentos cardíacos, da PA e da resistência dos vasos através da liberação de catecolaminas, as quais geralmente só são liberadas no organismo para enfrentar situações de perigo. Com o aumento da produção de adrenalina de forma constante, o coração necessitará com mais frequência de maior aporte de oxigênio para trabalhar. Como O₂ está associado ao carbono, formando o monóxido de carbono, o coração passa a trabalhar com uma deficiência de oxigenação. A nicotina também eleva a produção de tromboxano A₂ ao mesmo tempo em que diminui a síntese da prostaglandina PG₁₂, provocando, com isso, uma maior aderência e agregação das plaquetas do sangue e facilitando a obstrução dos vasos sanguíneos. (SBC, 2003).

Aliados ao fator de risco tabagismo, o sedentarismo ou inatividade física e a atividade física insuficiente também aumentam o risco de doença cardíaca e AVC em 50%, além de serem considerados causa de 15% de todas as DANT. (WHO, 2002). A atividade física pode ser definida como movimentos corporais produzidos pela musculatura esquelética, com gasto de energia acima do nível considerado basal ou normal. Os tipos comuns de atividade física

incluem: a ocupacional, trabalho doméstico, lazer e transporte. Os hábitos da vida diária que diminuem as atividades físicas, de uma forma geral, total ou quase totalmente, aumentam os riscos para doenças e agravos não transmissíveis como as DCV. (WHO, 2002).

Por ser um importante fator de risco para as DANT, a Organização Mundial de Saúde relaciona o sedentarismo como um grande e atual problema mundial de saúde e preconiza o mínimo de trinta minutos seguidos de atividade física moderada, pelo menos cinco dias na semana ou cento e cinquenta minutos por semana, como ideais e necessários para uma vida saudável. (WHO, 2002). Esta recomendação não vem sendo seguida por 60% da população mundial que não realizam nem o mínimo de atividade física recomendado pela OMS. (OPAS, 2003). Este fato leva a uma estimativa do sedentarismo, ainda que de forma dependente de outros fatores, como responsável por 22% das doenças isquêmicas do coração. (BRASIL, 2004).

O sedentarismo tem uma ligação importante com a obesidade e o sobre peso, fato esse que levou a Organização Mundial de Saúde a criar a estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o balanço energético é conseguido pela ingestão de calorias e atividade física, embora fatores genéticos devam ser considerados. (OPAS, 2003). O aumento do consumo de alimentos com alta densidade de energia concentrada em gordura saturada e açúcar aliado a diminuição da atividade física, são fatores determinantes da obesidade e do sobrepeso. (WHO, 2000).

Evidências têm sugerido que a prevalência do sobrepeso e da obesidade está aumentando alarmantemente no mundo, afetando os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. A obesidade e o sobrepeso estão entre os principais riscos para doenças cardiovasculares e já atingem um bilhão de pessoas no mundo. (WHO, 2003).

A obesidade pode ser definida simplesmente como uma doença na qual há um excesso de gordura corporal acumulada que pode ser adversa à saúde. O excesso de gordura, sua distribuição

corporal e associação com conseqüências à saúde variam consideravelmente entre os indivíduos obesos.

Comumente usa-se o índice de massa corporal (IMC) para se mensurar a prevalência da obesidade e do sobrepeso em populações. No entanto, o IMC não conta com a variedade de distribuição da gordura no corpo e pode não corresponder ao mesmo grau de gordura ou associação do risco à saúde em diferentes indivíduos e populações. O IMC é determinado pelo peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metros ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Um $IMC >$ ou $=$ a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ é considerado como sobrepeso e um IMC maior ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ como obesidade. Já um indivíduo com IMC abaixo de $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ é considerado subnutrido (WHO, 2003).

Alguns estudos nacionais em populações específicas confirmaram a alta prevalência destes fatores de risco na população brasileira. (DUCAN et al, 1993; KLEIN et al, 1995; GUS et al, 2001; LESSA, 2001; BRANDÃO, 2003; MATTOS et al, 2004; AVEZUM et al, 2005). Esta prevalência foi também confirmada pelo inquérito de risco referido para DANT, que investigou 15 capitais nacionais e o Distrito Federal e apresentou dados que revelam a alta prevalência do tabagismo, de 12,9% até 25,2%, inatividade física, 28,2% até 54,5%, e a hipertensão arterial, de 7,4% até 59%, de acordo com as várias faixas etárias e regiões. A prevalência de sobrepeso variou de 23% a 33,5% e para a obesidade de 8,1 a 12,9%, sendo insignificante a diferença entre os sexos. Também foi menor a prevalência na população de maior escolaridade e de menor faixa etária. (BRASIL, 2004).

A relação destes fatores de risco com as doenças cardiovasculares pode ser observada no estudo de caso-controle, multicêntrico, realizado na região metropolitana de São Paulo, que identificou fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio. Este estudo revelou que o tabagismo e a história anterior de hipertensão arterial e de diabetes, além da relação cintura-quadril, da história familiar de insuficiência coronariana e níveis séricos de LDL-colesterol e de

HDL-colesterol, encontram-se independentemente associados com infarto agudo do miocárdio. (AVEZUM et al, 2005).

Os resultados dos estudos no Brasil ainda propõem que cerca de 200.000 mortes/ano sejam decorrentes do tabagismo. (OPAS, 2002). A inatividade física ou a baixa atividade física entre homens e mulheres aumenta o risco para o acidente vascular encefálico (DUCAN et al, 1993). Homens ativos, mesmo diabéticos, hipertensos ou aqueles com mais de três fatores de risco para doenças cardiovasculares, reduzem o seu risco em relação à população sedentária. (MATSUDO, 2002). Cerca de 38 milhões de brasileiros com mais de 20 anos estão acima do peso. Desse total, mais de 10 milhões são considerados obesos, de acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) (BRASIL, OBESIDADE). Em população urbana de baixa renda onde foram estudadas 91% das pessoas elegíveis da comunidade (ambos os sexos com idade maior ou igual a trinta anos), Feijão et al (2005) concluíram existir uma forte associação entre o IMC e a pressão arterial, independente do sexo, idade, renda familiar, escolaridade e ocupação.

1.2.2 O Enfrentamento

O reconhecimento mundial da maior prevalência das doenças cardiovasculares e de seus principais fatores de risco motivou diversas ações para a sua prevenção e controle. O investimento nestas ações já tem se mostrado eficaz em alguns países desenvolvidos, levando alguns a pensar em uma redução da mortalidade global por DANT até 2015. No entanto, uma meta mais realista de redução da taxa de mortalidade em 2% ao ano, durante dez anos, parece estar mais próxima para países de baixa e média renda, cujas dificuldades de investimento na área da saúde comprometem a eficácia do trabalho. (OPAS, 2005).

Historicamente, as ações de saúde pública contra as doenças e agravos não transmissíveis começaram nos Estados Unidos em torno do ano de 1923. (LESSA, 2004). Estas ações se espalharam e se modernizaram, mas em diversos países só foram iniciadas pela orientação da OMS. A criação de uma rede de programas de enfrentamento de doenças, com o incentivo à adesão de seus países membros, foi iniciada pela Organização Mundial de Saúde a partir da *Strategies for Health for All by the Year 2000* (Estratégia Saúde para Todos no Ano 2000) e apresentada na Conferência Internacional de Otawa, em 1986. Esta estratégia trouxe à tona a necessidade de ações urgentes e de proporções mundiais de saúde para melhorar a qualidade de vida da população. (WHO, WPR/RC31/R12, 1980).

Entre estas ações estão: o MONICA criado na década de 80, que concentra 32 países, na maioria europeus; o CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention*) estabelecido em vários países da Europa, a partir de 1983; e o CARMEN (*Conjunto de Acciones para La redución Multifactorial de Enfermidades Non Transmisibles*), em 1995, nas Américas. Estes projetos abrangeram vários países membros da Organização Mundial de Saúde na Europa e nas Américas, com pesquisa e ações para intervenção e prevenção das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. (WHO/EUROPE, 2004; LESSA, 2004).

No ano de 2002, a OMS através da estratégia alimentação saudável, atividade física e saúde, reafirmou os principais fatores de risco modificáveis, relacionados aos hábitos de vida, como alvos para prevenção das DANT e deu ênfase ao combate e à vigilância das doenças e dos seus fatores de risco. (WHO, 2002).

Dentre as estratégias de combate destaca-se o Agita Mundo: programa de incentivo à atividade física que utilizou o modelo brasileiro para a promoção da vida saudável e redução dos riscos para DANT. A OMS propôs o *Move for Health* a partir do *World Health Day 2002* como estratégia de combate ao fator de risco inatividade física, exposto no *World Health Report 2002*. (WHO 2002; WHO, 2003). Outra estratégia da OMS para combater os fatores de risco foi o *The*

Framework Convention on Tobacco Control (Convenção-Quadro sobre Controle e Uso do Tabaco) lançado em 2003, que estabelece padrões de controle de propaganda, impostos, preço e comércio ilícito, entre outras ações.

A vigilância epidemiológica para doenças e agravos não transmissíveis e, principalmente, dos seus fatores de risco já é uma realidade bem sucedida em diversos países. Nos Estados Unidos, por exemplo, o mais conhecido e amplo acompanhamento de fatores de risco para DANT é o *Behavioral Risk Factor Surveillance Survey System* (BRFSS), inquérito populacional que monitora todos os estados americanos através de entrevista conduzida por telefone, a cada ano, com dados obtidos em base mensal. Este inquérito contém questões de conteúdo obrigatório para todos e outras de interesse da população do local de aplicação. (CDC, 2004).

Dentro desta perspectiva de ajuda para um monitoramento eficaz, o *The WHO Mega Country Health Promotion Network* foi iniciado em 1996 com a intenção de formar uma rede de cooperação entre os onze países com 100 milhões ou mais de habitantes, que juntos constituem mais de 60% da população mundial. O propósito dessa rede de ajuda é melhorar as evidências para as ações de saúde, através da melhora na coleta de dados por meio de um instrumento e protocolo com questões- padrão centrais.

Para que dados coletados em diversos países membros tivessem uma uniformidade, a OMS propôs o *STEPwise Approach for Surveillance of Non communicable Disease*, (WHO, 2001), que é um método de coletar, analisar e disseminar dados sobre fatores de risco para doenças crônicas. Usando o mesmo protocolo e questões que permitam pequenas quantidades de informações, de modo contínuo e regular, os países podem fazer comparações dos seus dados e, a partir delas, sugerir abordagens comuns.

No Brasil, algumas ações de enfrentamento ocupam lugar de destaque entre os programas de ação de saúde, seja de forma nacional ou por ações isoladas. Uma destas ações é o Programa Agita São Paulo. Este programa foi baseado em estudo particular do Centro de Estudos do

Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, CELAFISCS, sobre a atividade física na população da área metropolitana de São Paulo. A partir dos resultados da pesquisa, uma série de atividades educativas e de ação foram propostas e deram forma ao programa pioneiro no Brasil. (MATSUDO, 1995).

O Agita São Paulo foi lançado em uma campanha em 1996 com o Dia do Agito da Galera numa cooperação do estado de São Paulo, de entidades não governamentais e privadas do estado. A promoção, educação e incentivo à atividade física como benefícios para a saúde dos 37 milhões de habitantes da região de São Paulo têm continuado com diversas atividades e conquistado vários adeptos. Um dos resultados positivos do projeto é que o número de pessoas que realizam atividade física regular em São Paulo passou de 55% em 1999 para 60% em 2003. (OPAS, 2005). Outros resultados positivos são as proporções que o projeto alcançou em termos nacional com o nome Agita Brasil em 2001 e internacional, com o Agita Mundo em 2002.

Também no Brasil a estratégia global da OMS para alimentação saudável vem sendo preconizada pelo Ministério da Saúde. A política Nacional de Alimentação e Nutrição de 1999 visa garantir a qualidade dos alimentos, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais. Dentro dessa política, em 2005, o governo lançou o primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira. Além de conter uma série de informações sobre a alimentação dos brasileiros e dicas para o aproveitamento dos alimentos, esse guia serve para orientar o trabalho dos profissionais de saúde na elaboração de instrumentos educativos, informativos e de incentivo adaptados às condições locais. (BRASIL, Guia Alimentar, 2004).

O tabagismo vem sendo alvo de ações no Brasil desde 1989, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Este programa descentralizado funciona em rede nacional organizada, com a pretensão de avançar neste controle. (INCA, 2003; BRASIL, 2004). A Convenção-Quadro, que foi assinada pelo Brasil em 2003, mas ratificada apenas em 2005, é a

certeza de que o controle do tabagismo tende a se expandir no país. (BRASIL/SENADO FEDERAL, 2005).

O Ministério da Saúde ainda se manifestou com outra ação de combate às doenças não transmissíveis, com a reorganização do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, entre os anos 2001 e 2002. Esta ação, além da busca ativa dos portadores das doenças, tem por objetivo a educação (quanto às complicações, sintomas e tratamento), a prevenção dos agravos e o cuidado e controle dos doentes. Desta forma, o programa procura englobar diversas formas de ação contra as duas doenças, em um esforço para diminuir a prevalência das suas complicações na população brasileira. Todas estas ações têm contribuído de alguma forma para o combate e a prevenção das doenças não transmissíveis, mas o que parece estar mais perto de tornar realidade o alvo para 2015 é o sistema de vigilância epidemiológica, que já se mostrou eficaz no combate às doenças transmissíveis.

A adaptação do *STEPwise approach for surveillance of non communicable disease* no Brasil foi iniciada em 2002 no município de Quirinópolis, GO, com incentivo da organização Pan-Americana de Saúde, pela adesão ao Projeto CARMEN. O Projeto CARMEN também conseguiu a adesão voluntária da cidade de Marília, SP e, com isso, ações isoladas de vigilância epidemiológica para as DANT já podem ser vistas nestes municípios. (LESSA, 2004).

Apesar de já constituído em alguns municípios, a carência de um sistema de vigilância nacional, que forneça informações contínuas e consistentes relativas aos fatores de risco para as DANT, gera uma desvantagem em relação aos países desenvolvidos. (DUCAN et al 1993; BITTENCOURT et al, 2004 & MATOS et al, 2004). Para minorar esta desvantagem e seguir a tendência mundial, o Ministério da Saúde desencadeou no ano 2000 a estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância epidemiológica para doenças crônicas não transmissíveis. Foi a partir do III Fórum Nacional de Vigilância para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizado no Rio de Janeiro em 2003, que o sistema começou a tomar forma. Em

2004, com a sensibilização e capacitação de gestores de vigilância das secretarias estaduais de saúde e dos Fóruns regionais, foram definidos os indicadores pactuados para a vigilância de DCNT e a metodologia de monitoramento.

O sistema proposto pretende relacionar dados de morbimortalidade, que já são coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros Hospitalares de Câncer, com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) e dados de inquéritos de fatores de risco de abrangência nacional. O primeiro destes inquéritos foi realizado em 2002/2003 em 15 Capitais e no Distrito Federal, sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2004), devendo ser repetido a cada cinco anos, formando a base de dados para o monitoramento dos agravos. O Sistema também prevê a realização de inquéritos locais em municípios e estudos de populações mais vulneráveis, como escolares e idosos. (BRASIL, 2005).

O sistema de vigilância epidemiológica para as DCNT, os programas de combate ao fumo e ao sedentarismo e o programa de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus são exemplos de ações de enfrentamento que o país adota contra as doenças cardiovasculares. A adesão aos programas é voluntária, fazendo com que estes não sejam adotados em muitos estados e municípios.

A Estratégia Saúde da Família, por estar próximo da população em quase 4.500 municípios, poderia facilitar a adesão às ações de vigilância dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis.

1.3 A SAÚDE DA FAMÍLIA² E O SEU PAPEL NA DIMINUIÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de mudança do Sistema Único de Saúde (SUS) de um modelo de cura de doença para a promoção, proteção e recuperação da saúde centrada na família. Criado em 1994, teve como prioridade para sua implantação as áreas de risco determinadas pelo mapa da fome no Brasil. O PSF foi antecedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil nas áreas mais pobres das regiões Norte e Nordeste do país. Ambos foram importantes instrumentos para a reorganização do SUS e a municipalização dos serviços de saúde (VIANNA e DAL POZ, 1998). Os programas fazem parte do nível primário de atenção à saúde – atenção básica - e devem ter vínculo com a rede de serviços. A referência e a contra referência para os outros níveis de atenção são importantes para assegurar o princípio de atenção integral da população, cuja porta de entrada no SUS deve ser a unidade básica de saúde (UBS). (BRASIL, 2001).

As unidades básicas de saúde podem ter uma ou mais equipes de saúde da família (EqSF) de acordo com o número de famílias territorialmente determinadas para cada unidade. O território de abrangência de cada unidade básica de saúde é definido por critérios municipais. Cada equipe da Saúde da Família é composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Seguindo as diretrizes quanto à inclusão de outros profissionais, em 2001, a saúde bucal foi incluída no programa com um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal ou atendente de consultório dentário. A equipe

² Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Saúde da Família (PSF) ou simplesmente Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2006).

tem a função de acompanhar a população que foi adscrita através da ficha de cadastramento preenchida no domicílio pelo ACS. O ministério da Saúde (MS) recomenda que cada EqSF seja responsável por até 4.500 pessoas. (BRASIL, 2001).

Desde que foi criado é possível observar uma evolução positiva do Programa Saúde da Família em relação à sua expansão de cobertura populacional, com um crescimento do número de equipes de 128 em 1994 para 15.201 em 2002. Também em 2002, o PSF atingiu a marca de 50 milhões de brasileiros atendidos. (Brasil, 2002). Em 2003, o número de equipes de Saúde da Família passou de 16.847 para 19.182, presentes em 4.498 municípios. O número de brasileiros atendidos por agentes comunitários passou de 91 milhões para 94 milhões; 55 milhões eram atendidos pelas EqSF, passando para cerca de 63 milhões. No mesmo período, o número de equipes de saúde bucal no PSF cresceu 47%. Passou de 4.320 para 6.367. Dentro de uma perspectiva de expansão do PSF, a meta para 2006 é passar de 63.5 milhões de pessoas beneficiadas para 100 milhões e de mais de 19 mil EqSF para 30 mil. (BRASIL, 2004)

A cidade de Juiz de Fora (JF), localizada na região do estado de Minas Gerais (MG) conhecida como Zona da Mata, possui uma área territorial de 1.437 km² (IBGE) e é a cidade pólo da saúde de 38 municípios. (JUIZ DE FORA, 2006). Segundo o Censo 2000, JF possuía 456.796 habitantes, sendo 99,17 % residentes da área urbana da cidade. O crescimento populacional era de 1,89% e 95,6% da população era alfabetizada. (IBGE, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Juiz de Fora em 1995 inicialmente com 12 equipes atuando na região Leste da cidade que era considerada a área de maior risco social. A expansão da Estratégia Saúde da Família foi gradativa. Em 1999 a cobertura populacional era de 20,8% e em 2004 possuía 80 equipes, com cerca de 1000 profissionais, cobrindo 49,8% da população. (OLIVEIRA e CHRISPIM, 2004). O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1999 e trouxe a possibilidade de acompanhamento dos dados colhidos pelas equipes de saúde

No ano de 2004, no Sistema Único de Saúde (SUS), o município contava com 41 unidades básicas de saúde na zona urbana, 14 postos de saúde na zona rural, oito departamentos de especialidades médicas, três unidades de urgência com funcionamento 24 horas, um hospital municipal e um hospital estadual. Além dessas unidades ainda contava para atendimento à população com o hospital universitário, hospitais particulares, clínicas e serviços de apoio diagnóstico conveniados ao SUS. Das 41 unidades Básicas de Saúde apenas 30 funcionavam com Saúde da Família (SF), duas unidades com o PACS e as outras com o modelo médico tradicional, com clínicos, pediatras e ginecologistas. Esses serviços, em conjunto, cobriam 65% da população da cidade. Por ser um pólo da macro-região composta por 38 municípios, JF ainda serve de referência para serviços de média e alta complexidade para cerca de um milhão de habitantes residentes nesses municípios. (DATASUS).

A cobertura da UBS Alto Grajaú corresponde a 1,49% do total do município. A unidade funciona no bairro Alto Grajaú com duas Equipes de Saúde da Família que atendem as áreas 17 e 63 determinadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Cada área de abrangência das equipes é subdivida em 6 micro áreas, as quais são atendidas por diferentes agentes comunitários de saúde. A população total das duas áreas, em 2006 era de 2245 famílias, correspondendo a 7680 pessoas para duas equipes de SF. Desta população, 3617 eram do sexo masculino e 4063 do sexo feminino. Na área 17 o total de homens é de 1719 e em relação ao número de homens - na faixa etária proposta para a pesquisa - encontramos: entre 20 e 39 anos, 530 e entre 40 e 49 anos, 260 homens. (SIAB, 2006)

Bem próximo das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o desempenho das equipes de SF de Juiz de Fora demonstra que, mesmo existindo muito a ser feito em relação à melhoria da saúde, alguns benefícios, como o acesso ao programa, já podem ser notados.

Embora estudos de avaliação do programa estejam só começando e ainda não tragam certeza, algumas relações entre a melhora da saúde da população e o PSF têm sido propostas.

Associam-se ao PSF a redução da mortalidade infantil e a redução da internação hospitalar, pelo acesso às vacinas e cuidados com a diarreia e infecções respiratórias agudas. Neste caso, o programa viabilizou o serviço básico de saúde em áreas onde anteriormente não havia nenhum tipo de ação em saúde. (CARNELOSSO et al, 2004). Outro avanço diz respeito ao acesso aos medicamentos básicos. No Programa, as famílias atendidas têm direito a medicamentos gratuitos do programa farmácia popular, o que facilita a adesão ao tratamento medicamentoso necessário. As gestantes podem ser acompanhadas no pré-natal e as mulheres podem fazer exames preventivos para câncer de colo de útero. O programa pôde garantir a atenção à saúde da mulher durante a gestação, no planejamento familiar e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis específicas como o câncer de colo de útero. Na avaliação do Ministério da Saúde, o PSF pode resolver 85% dos casos de saúde das famílias acompanhadas nos municípios onde está adequadamente implantado. (BRASIL, 2002).

As informações em saúde também puderam ser divulgadas a partir da criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 1998. Este sistema informa o cadastro de famílias, condições de moradia e saneamento, situações de saúde e produção e composição das equipes de saúde. Os dados coletados pelo SIAB e por outros sistemas de informação em saúde são reunidos e disponibilizados pelo DATASUS (Banco de Dados dos Indicadores de Saúde do Sistema Único de Saúde) e ajudam o gerenciamento das ações em saúde.

Com todos estes benefícios à saúde associados a ela, a Estratégia Saúde da Família também se tornou uma opção para a intervenção para redução da carga das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população brasileira.

Após a reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus ocorrida entre 2001 e 2002, sua prevenção e controle se tornaram parte de um programa de ações prioritárias na atenção básica. Estas ações incluem a educação para o controle de riscos (obesidade, sedentarismo e tabagismo), a prevenção de complicações, o diagnóstico de casos, o

cadastro de portadores, a busca ativa de casos, o tratamento de doentes, o diagnóstico precoce de complicações e o primeiro atendimento de urgência. A distribuição gratuita de medicamentos adequados e específicos para a população cadastrada no programa também foi incluída para garantir o tratamento prescrito. (BRASIL, 2005).

Como suporte para o acompanhamento do programa, foi implantado o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – SIS-HIPERDIA. O sistema é nutrido pelas Equipes de Saúde da Família com informações dos portadores das doenças cadastradas e também dados sobre os principais fatores de risco: alimentação, atividade física e tabagismo. Estes dados podem contribuir para a vigilância dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, passo fundamental para o controle das doenças cardiovasculares. No entanto, a vigilância precisa acontecer também antes que as doenças e agravos já estejam instalados, voltando a atenção à saúde de forma mais evidente para a prevenção e promoção antes da necessidade do cuidado.

2 JUSTIFICATIVA

A vigilância epidemiológica de fatores de risco para doenças não transmissíveis no Brasil ainda está em fase inicial. O custo social e a existência de meios de evitar ou diminuir a ocorrência do adoecimento, acessíveis e aceitos por todos, independentemente das regiões geográficas de maior prevalência das DANT, devem ser levados em consideração na implantação da vigilância em todo o país. É importante também que o foco do monitoramento seja nos fatores que tenham impacto na população economicamente ativa, a fim de minimizar os inúmeros custos que as doenças acarretam nesta população. (LESSA, 2004).

Visto que a alta prevalência das DCV aumenta com a idade e que geralmente as doenças se estabelecem no decorrer dos anos mediante exposição aos fatores de risco conhecidos e modificáveis, o monitoramento dos riscos durante o período de exposição, ou seja, antes dos 60 anos, poderia gerar ações que diminuíssem o número de riscos associados ao envelhecimento.

Os fatores de risco são mais prevalentes na população masculina e o descaso dos homens em relação à saúde uma preocupação a mais. (LAURENTI, 1998 apud SCHAIBER, GOMES E COUTO, 2005). Considerando-se também que o número de hospitalizações por doenças do aparelho circulatório é maior entre os homens, que a diminuição da mortalidade masculina é mais lenta e a vida média dos homens é menor em todas as regiões brasileiras, (LAURENTI et al 2005), justifica-se o monitoramento desta população.

O estudo de detecção na ESF possibilita inferir resultados semelhantes, quanto à população masculina de maior risco, em cerca de 50% dessa população da cidade de Juiz de fora coberta pelo programa. Para as ações de saúde, existe a possibilidade de utilizarem o âmbito familiar como meio de chegar ao sujeito em risco.

O gerenciamento das doenças crônicas está relacionado com mudanças diárias nos hábitos de vida, portanto deve focar o paciente no seu ambiente (família e comunidade) e torná-lo sujeito ativo e promotor da sua própria saúde. Quando os indivíduos recebem informação e capacitação sistemáticas para reduzir os riscos à saúde, é bastante provável que modifiquem o comportamento. As ações de intervenção na família possuem um inegável potencial e suas capacidades deveriam ser totalmente aproveitadas, com as pessoas preparadas, motivadas e informadas para melhorar o tratamento das condições crônicas, sendo esses componentes uma presença constante na interação da equipe de saúde com os indivíduos. (OMS, 2003). Neste caso, o ambiente familiar pode ser ainda mais importante em face das características de pouca dedicação à saúde que os homens possuem. Uma vez que mudanças de hábitos de vida são mais prováveis na presença de risco compartilhado entre casais (BLOCH et al, 2003), a vigilância de

fatores de risco para doenças cardiovasculares na Estratégia Saúde da Família pode contribuir para respaldar ações de saúde que priorizem a população em risco, com possibilidade de maior adesão dos indivíduos e conseqüente redução da carga das doenças crônicas.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de fatores de risco controláveis e modificáveis para doenças cardiovasculares na população masculina adulta em idade produtiva (20-49 anos), adscrita ao PSF Alto Grajaú em Juiz de Fora, MG.

3.2 ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Estimar a prevalência de tabagismo na população masculina, com idade entre 20 e 49 anos, adscrita ao PSF.
- Avaliar e classificar esta população quanto ao nível de atividade física.
- Avaliar a situação nutricional dos respondentes, visando estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada.

- Estimar a prevalência de indivíduos com hipertensão arterial e pressão arterial limítrofe de acordo com a aferição realizada durante a entrevista e de acordo com o relato dos respondentes.
- Conhecer o percentual de indivíduos expostos a um, dois, três ou quatro dos fatores de risco de interesse.
- Avaliar se os fatores de risco acima mencionados se distribuem de forma diferente em subgrupos de indivíduos, classificados de acordo com suas características demográficas e socioeconômicas.

II PARTE: Artigo científico

4 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO: PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE HOMENS DE UMA POPULAÇÃO URBANA DO SUDESTE DO BRASIL (PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN A MEN URBAN POPULATION OF SOUTHEAST BRAZIL)

4.1 RESUMO

O artigo estima a prevalência de tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente e hipertensão arterial entre homens cujas famílias são adscritas à Estratégia Saúde da Família em área urbana do município de Juiz de Fora, MG, região sudeste do Brasil. Um inquérito domiciliar foi realizado entre junho e outubro de 2006, em amostra aleatória sistemática de homens entre 20 e 49 anos, totalizando 217 homens. As informações sócio-demográficas, sobre atividade física e tabagismo foram colhidas através dos questionários da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), do *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) e do “Questionário Individual Tipo A” do Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. A avaliação da pressão arterial foi realizada baseada na classificação proposta pela IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. O sobrepeso/obesidade foi identificado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). A prevalência dos fatores de risco foi alta, sendo o sobrepeso/obesidade o de maior frequência (43,3%). Os sedentários e irregularmente ativos fisicamente totalizaram 28%. O

consumo de cigarros é hábito de 25,3% da população. Vinte e quatro e 19,4% dos entrevistados foram classificados como hipertensos e com pressão arterial limítrofe, respectivamente. A simultaneidade de dois dos fatores de risco estudados foi encontrada em 33,6% da população. Apresentaram três dos fatores 10,6% e nenhum dos entrevistados apresentou concomitância dos quatro fatores estudados. Apesar da grande preocupação com as doenças cardiovasculares, apenas recentemente foram criadas no Brasil estratégias de controle e combate aos fatores de risco a elas associados. A magnitude das prevalências sugere que é preciso intensificar as ações de vigilância e as estratégias de educação em saúde a fim de frear o avanço da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Fatores de risco. Doenças cardiovasculares. Prevalência. Inquérito domiciliar.

4.2 ABSTRACT

This paper estimates the prevalence of tobacco smoking, overweight/obesity, insufficient physical activity and arterial hypertension among men whose families are adscript to the Family Health Strategy of the urban area of the city of Juiz de Fora, MG, located in the southeast region of Brazil. The household survey was carried out between June and October 2006, with a systematic sample of 217 men with ages varying between 20 and 49 years. The social-demographic information concerning physical activities and tobacco smoking were collected through the questionnaires of the National Domicile Sampling Survey (PNAD) and of the Brazil Economic Classification Criterion (CCEB), and also through the *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) and through the “Individual Questionnaire Type A” from the Household Inquiry Concerning Risk Behavior and Referred Morbidity of Non-Transmissible Diseases and Harms: Brazil, 15 capitals and the Federal District, 2002-2003. The evaluation of the blood pressure was based on the classification proposed by the IV Brazilian Guidelines for Hypertension. The overweight/obesity cases were identified using the Body Mass Index (BMI). The prevalence of the risk factors was high, being overweight/obesity the most frequent (43.3%). Men considered to be either sedentary or irregularly physically active totalized 28%. The cigarette consumption is a habit of 25.3% of the population; also 24% and 19.4% of the men interviewed were classified, respectively, as hypertensive and as borderline. The presence of two risk factors simultaneously was found in 33.6% of the population. Concerning the presence of three factors, 10.6% of the sample presented such condition and, on the other hand, none of the interviewed men presented the four risk factors simultaneously. Despite the great concern, by the Brazilian health authorities and organizations, regarding cardiovascular diseases, strategies

aiming both at the monitoring of and the decrease in the prevalence of the risk factors associated to them have been only recently created. The magnitude of the prevalence rates suggests that monitoring actions and health education strategies need to be intensified in order to stop the advance of morbidity and mortality caused by cardiovascular diseases.

Key words: Risk factors; cardiovascular disease; prevalence; household survey.

4.3 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 29,2% do total de mortes no mundo. A projeção da Organização é que esse grupo de doenças seja a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento até 2010 (WHO, 2003). Sendo um país em desenvolvimento, o Brasil já certifica a projeção em relação à primeira causa de morte, onde 27% do total de óbitos são causados por DCV (BRASIL, DATASUS, SIM, 2000).

Atualmente, sugere-se que mais de 80% dos casos de morte por doenças cardiovascular estejam associados a fatores de risco (FR) já conhecidos (MACKAY & MENSAH, 2004). Dentre estes, são considerados mais importantes os fatores que apresentam alta prevalência em muitas populações; os que têm impacto independente e significativo no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral; e os modificáveis ou passíveis de controle. Por apresentarem estes três critérios de relevância, grande ênfase vem sendo dada ao controle do diabetes mellitus, da obesidade, da inatividade física, do uso do tabaco, da hiperlipidemia, e da hipertensão arterial. (MACKAY & MENSAH, 2004).

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral (MACKAY & MENSAH, 2004). Nos últimos anos, alguns autores têm chamado a atenção para a necessidade de rediscussão dos níveis pressóricos considerados ideais, pois parece haver uma relação linear entre o risco de morte por causa vascular e os valores da pressão arterial, mesmo dentre o espectro de valores considerados, até então, normais (LEWINGTONS et al, 2002; VASAN et al, 2001, CHOBANIAN et al, 2003).

Outro FR modificável para as DCV considerado muito importante pela Organização Mundial de Saúde é o tabagismo. Estima-se que este hábito de vida seja a principal causa de morte evitável no mundo em função de sua atuação como precursor de diversas patologias e sua alta prevalência. A magnitude do problema é facilmente identificada ao se considerar a estimativa da OMS de que cerca de 1/3 da população mundial adulta seja fumante (WHO, 2004). Assim como o hábito de fumar, a inatividade física também vem sendo ressaltada pela instituição como um importante entrave para o controle das DCV (WHO, 2002). Estima-se que o sedentarismo, ainda que de forma dependente de outros fatores, seja responsável por 22% das doenças isquêmicas do coração (BRASIL, 2004).

No Brasil, o número de pesquisas sobre o tema vem crescendo nos últimos anos. Estudos de base populacional e em populações específicas confirmaram a alta prevalência destes fatores de risco (REGO et al, 1990; DUCAN et al, 1993; SICHIERI et al, 1994; KLEIN et al, 1995; MATSUDO et al, 2002; BRANDÃO et al, 2003; LESSA et al, 2004; MATTOS et al, 2004; FEIJÃO et al, 2005; MARCOPITO et al, 2005; BLOCH et al, 2006). Dentre esses se destaca o Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco em Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003, cujos dados revelam a alta prevalência do tabagismo (12,9% a 25,2%), da inatividade física (28,2% até 54,5%), da hipertensão arterial (7,4% a 59%), do sobrepeso (23% a 33,5%) e da obesidade (8,1 a 12,9%) nas diferentes faixas etárias e regiões do País (BRASIL, 2004).

Em função da grande relevância das doenças cardiovasculares no perfil de morbimortalidade mundial, da alta prevalência de seus principais fatores de risco, e da possibilidade de modificação deste quadro, em 2002 a OMS reafirmou como estratégia fundamental para a redução do problema, o monitoramento e vigilância das DCV e de seus principais fatores de risco (WHO, 2002). A vigilância epidemiológica para doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e, principalmente, dos seus fatores de risco já é uma realidade em

diversos países. Nos Estados Unidos, por exemplo, o mais conhecido e amplo acompanhamento de fatores de risco para DANT é o *Behavioral Risk Factor Surveillance Survey Systema* (BRFSS), inquérito populacional que monitora todos os estados americanos através de entrevista mensal conduzida por telefone (CDC, 2004).

Dentro desta perspectiva de ajuda para um monitoramento eficaz, o *The WHO Mega Country Health Promotion Network* foi iniciado em 1996 com a intenção de formar uma rede de cooperação entre os onze países com 100 milhões ou mais de habitantes, que juntos constituem mais de 60% da população mundial. O propósito dessa rede de ajuda é melhorar as evidências para as ações de saúde, através da melhora na coleta de dados por meio de um instrumento e protocolo com questões - padrão centrais. Para que dados coletados em diversos países tivessem uma uniformidade, a OMS propôs o *STEPwise Approach for Surveillance of Non communicable Disease*, (WHO STEPS), protocolo e questões que permitem pequenas quantidades de informações, de modo contínuo e regular.

Em nosso país, apesar do grande avanço na produção de conhecimento ocorrido nas últimas décadas, vários autores têm apontado para a insuficiência de pesquisas que permitam um acompanhamento sistemático da prevalência destes fatores de risco na população (MOREIRA et al, 1995; MONTEIRO et al, 2005). A carência de um sistema de vigilância nacional, que forneça informações contínuas e consistentes relativas aos fatores de risco para as DANT, gera uma desvantagem para o Brasil em relação aos países desenvolvidos (LESSA, 2004; MATOS et al, 2004). Para minorar esta desvantagem, o Ministério da Saúde desencadeou no ano 2000 a estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância epidemiológica para doenças crônicas não transmissíveis. O sistema proposto pretende relacionar dados de morbimortalidade, que já são coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Registros Hospitalares de Câncer, com os

dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD) e dados de inquéritos de fatores de risco de abrangência nacional. O Sistema também prevê a realização de inquéritos locais em municípios e estudos de populações mais vulneráveis, como escolares e idosos (BRASIL, 2005).

Com o propósito de contribuir para a expansão do conhecimento sobre o tema em nosso País, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência e o perfil de simultaneidade do tabagismo, da inatividade física, do sobrepeso/obesidade, da pressão arterial limítrofe e da hipertensão arterial na população masculina adulta, em idade produtiva (20-49 anos), adscrita à Estratégia Saúde da Família, em Juiz de Fora (JF), MG. Como objetivo secundário, estudou-se a distribuição dos diferentes fatores de acordo com algumas características sócio-demográficas da população estudada.

A opção por um inquérito domiciliar especificamente voltado para indivíduos do sexo masculino se justifica pelo perfil de mortalidade dos homens, que chega a apresentar coeficientes de mortalidade por doenças do sistema circulatório cerca de 50% maiores do que entre a população feminina em adultos jovens (LAURENTI et al, 2005), assim como pelo reduzido cuidado à saúde deste grupo populacional, como apontado por estudo anterior (SCHAIBER et al, 2005). Além disto, a pesquisa parece oportuna por não envolver apenas a clientela que utiliza regularmente os serviços de saúde, predominantemente composta por mulheres, o que impediria uma visão mais completa do problema.

Além de produzir informações que orientem as políticas de promoção da saúde e redução das DCV em nível nacional, o presente estudo também pretende contribuir para uma maior incorporação da vigilância à saúde nas atividades da atenção básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

4.4 MÉTODOS

Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido na área de abrangência da Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do Alto Grajaú, localizada na cidade de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, Brasil.

Cenário da Pesquisa

A cidade de Juiz de Fora (JF), localizada na região da Zona da Mata, no estado de Minas Gerais (MG), possui uma área territorial de 1.437 km² (IBGE) e é a cidade pólo da saúde de 38 municípios. (JUIZ DE FORA, 2006). Segundo o Censo 2000, JF possuía 456.796 habitantes, sendo 99,17 % residentes na área urbana da cidade. O crescimento populacional foi estimado em 1,89%, entre 2000 e 2004, e 95,6% da população era alfabetizada. (IBGE, 2006).

No ano de 2004, no Sistema Único de Saúde (SUS), o município contava com 41 unidades básicas de saúde na zona urbana, apenas 30 destas funcionavam com equipes de Saúde da Família, duas unidades com o PACS e as outras com o modelo médico tradicional, com clínicos, pediatras e ginecologistas. Esses serviços, em conjunto, cobriam 65% da população da cidade. Por ser um pólo da macro-região composta por 38 municípios, JF ainda serve de referência para serviços de média e alta complexidade para cerca de um milhão de habitantes residentes nesses municípios. (DATASUS).

A Unidade Básica de Saúde do Alto Grajaú funciona com duas equipes de Saúde da Família (SF) que atendem as áreas de números 17 e 63 do município. Cada área de abrangência das equipes é subdivida em 6 micro áreas as quais são atendidas por agentes comunitários de saúde (ACS) diferentes. A população total das duas áreas, em 2006, era de 2245 famílias, ou 7680 pessoas (SIAB, 2006), correspondendo a 1,5% do total de 50% de cobertura da Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora. (IBGE CIDADES; BRASIL, DATASUS, SIAB)

População Alvo e Fonte

A população alvo da pesquisa foi constituída por homens adultos, com idade entre 20 e 49 anos, residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, da cidade de Juiz de Fora. Essa cobertura abrange 50% dos 456.796 habitantes do município (IBGE CIDADES; BRASIL, DATASUS, SIAB)

A população fonte foi composta por todos os 692 homens adultos com idade entre 20 a 49 anos, cadastrados na área 17 da referida Unidade Básica de Saúde, correspondendo à cerca de 45% do total de homens cadastrados até janeiro de 2006.

Tamanho e Estratégia de Seleção da Amostra do Estudo

A constituição da amostra foi feita a partir de uma malha amostral formada por todas as *fichas A* (cadastro das famílias) das micro-áreas 1, 2, 3, 4 e 6, que compõem a área 17 da Unidade Básica de Saúde do Alto Grajaú, através de uma seleção aleatória sistemática proporcional ao número de homens com idade entre 20 a 49 anos.

O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n= tamanho amostral mínimo; Z= variável reduzida; P= probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. A maior estimativa de prevalência dos fatores de risco de interesse, na faixa etária acima de 25 anos, na população de homens na cidade de Belo Horizonte, pelo Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003 (BRASIL, 2004) para população insuficientemente ativa levou a adoção de um valor igual a 42,5% para a probabilidade dos eventos serem encontrados: $Q= 1-P$, d= precisão desejada, cujo valor foi de 5%.

Com base nesse critério, o tamanho amostral mínimo previsto foi de 244 pessoas. Considerando a possibilidade de perdas devido às mudanças constantes de domicílio dos indivíduos selecionáveis, acrescentou-se 10% a esta estimativa, elevando o tamanho amostral para 269 pessoas.

Coleta de Dados

O trabalho de campo foi coordenado por uma das autoras (EYKEN, E.B.B.D.V.), tendo transcorrido durante os meses de junho a outubro de 2006. Através da realização de entrevistas domiciliares, os dados foram colhidos mediante aplicação de questionário estruturado, em entrevistas face-a-face, por uma equipe de 12 alunos que cursavam o 6º ou 7º períodos da faculdade de fisioterapia onde a coordenadora do trabalho lecionava. Os entrevistadores foram treinados para a aferição da pressão arterial de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2004) e para a aplicação do questionário utilizando o Manual do Entrevistador. Houve um estudo piloto de 20 a 27 de abril de 2006, durante a Semana de Conscientização da Hipertensão Arterial da instituição de ensino à qual estavam vinculados, quando foram aferidas as pressões de 357 pessoas, entre alunos e funcionários, e aplicados 36 questionários. Após o estudo piloto o questionário foi revisado para o trabalho de campo. Durante o trabalho de campo 57 indivíduos não foram encontrados após três tentativas, tendo sido repostos após novo sorteio.

O instrumento de coleta de dados foi composto por módulos de questionários já testados e validados em estudos anteriores realizados no Brasil (IBGE, 2006; ABEP, 2003; BRASIL, 2004; FONSECA et al, 2004; PARDINI et al, 2001): O primeiro módulo continha dados de identificação que compreendiam características demográficas básicas, tais como, idade, cor/raça e estado civil, e informações sobre indicadores socioeconômicos: escolaridade, ocupação, posse de utensílios domésticos e condições ambientais do domicílio. Para a captação das variáveis demográficas, utilizou-se o questionário da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) (IBGE, 2006). Para apreensão da situação econômica do respondente, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2003). Este leva em consideração o grau de escolaridade da pessoa que contribui com a maior parte do orçamento familiar e a média ponderada da posse de itens de bens de consumo. O CCEB apresenta uma classificação em 7

níveis a partir do total da soma da posse dos itens e da escolaridade, sendo essas as classes A1, A2, B1, B2, C, D e E, que foram agrupadas em 3 níveis: A & B, C e D & E para a análise dos dados.

O segundo módulo foi composto por perguntas sobre saúde relacionadas à pressão arterial, ao peso e à altura corporais. Foram utilizadas questões do módulo de pressão arterial “Questionário Individual Tipo A” do Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003 (BRASIL, 2004). Para a caracterização da situação nutricional dos respondentes, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) através da informação do peso e da estatura referidos (FONSECA et al, 2004). A classificação dos indivíduos de acordo com o IMC se baseou na proposta preconizada pela OMS (WHO, 2003).

O terceiro módulo constou de dados referentes à atividade física. O instrumento de coleta foi a versão 8 reduzida do *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) (PARDINI et al, 2001), aplicado por entrevistador, levando em consideração a semana anterior à entrevista. Foram considerados “muito ativos” aqueles que realizaram atividade física vigorosa cinco dias na semana, durante trinta minutos, ou três dias da semana, por vinte minutos, somada a atividade moderada e/ou caminhada cinco dias da semana, por trinta minutos. Foram considerados “ativos” aqueles que realizaram atividade física vigorosa três dias da semana, por vinte minutos, ou atividade moderada ou caminhada por cinco dias, durante trinta minutos, ou ainda qualquer atividade física somada cinco dias da semana ou cento e cinquenta minutos por semana. Os considerados como “irregularmente ativos” foram aqueles que realizaram atividade física insuficiente para serem classificados como ativos, por não cumprirem as recomendações quanto à frequência ou à duração. Como “sedentários” foram considerados aqueles que não realizaram nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos, durante a semana. Define-se como atividade física vigorosa aquelas que precisam de grande esforço físico e que fazem

respirar muito mais forte do que o normal e como moderada aquelas que necessitam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte.

O quarto módulo abordou questões relacionadas ao tabagismo, também aproveitadas do Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003 (BRASIL, 2004). A pressão arterial sistêmica foi aferida no início e no final da entrevista em todos os entrevistados, com aparelho de pressão aneróide da marca BD periodicamente calibrado. Para análise de dados, levou-se em consideração apenas a segunda aferição. Os indivíduos foram classificados de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2004).

Processamento e Análise dos Dados

A entrada de dados e o controle de qualidade foram realizados utilizando-se o programa Epi Info™ 3.3.2. O programa SPSS foi usado para o processamento e análise de dados. Estimou-se a prevalência dos fatores de risco e seus respectivos intervalos de confiança a 95% na população total entrevistada e nos vários subgrupos criados a partir das características sócio-demográficas estudadas. Para avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos utilizou-se o teste qui-quadrado. Assumiu-se uma distribuição binomial para a estimação dos intervalos de confiança.

A pesquisa foi autorizada pela Secretária de Saúde do município onde foi desenvolvida e aprovada pelo Comitê de Ética da universidade brasileira envolvida no projeto, uma vez que respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e a resolução 196 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

4.5 RESULTADOS

Foram entrevistados 225 homens dentre os quais 8 estavam fora da faixa etária de interesse e não foram considerados na análise. Como apresentado na tabela 1, os respondentes se distribuíram equitativamente entre as três faixas etárias de interesse. Identificaram-se como *brancos* 51,6% e 47,4% como *negros* ou *mulatos*. Referiram ser *casados* ou estar em alguma *união estável* 48,8% dos entrevistados, sendo os demais solteiros, viúvos ou separados. Mais de 60% dos entrevistados é a pessoa que mais contribui com o orçamento domiciliar, sendo considerado o chefe da família. Cerca de 40% dos respondentes completaram o segundo grau, porém, cerca de 30% não haviam completado sequer o primeiro grau. De acordo com o CCEB, a amostra estudada se distribuiu prioritariamente entre as classes *B*, *C* e *D*, estando 51,2% dos entrevistados concentrados na *Classe C*. Em torno de 70% dos homens entrevistados era natural da própria cidade do estudo e 81,1% relataram alguma atividade remunerada.

Tabela 1: Situação socioeconômica e demográfica de homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características Socioeconômicas e demográficas	n	% (IC 95%)
Faixa etária		
20-29	72	33,2% (27,0 – 39,9)
30 – 39	61	28,1% (22,2 – 34,6)
40 - 49	84	38,7% (32,2 – 45,5)
Cor/raça		
Branco	112	51,6% (44,8 – 58,4)
Mulata	71	32,7% (26,5 – 39,4)
Negro	32	14,7% (10,3 – 20,2)
Asiático	1	0,5% (0,0 – 2,5)
Não sabia	1	0,5% (0,0 – 2,5)
Estado civil		
Casado	106	48,8% (42,0 – 55,7)
Solteiro	99	45,6% (38,9 – 52,5)
Divorciado/separado	10	4,6% (2,2 – 8,3)
Viúvo	2	0,9% (0,1 – 3,3)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	63	29,0% (23,1 – 35,6)
Fundamental completo	48	22,1% (16,8 – 28,2)
Médio completo	86	39,6% (33,1 – 46,5)
Superior completo	13	6,0% (3,2 – 10,0)
Pós-graduação	1	0,5% (0,0 – 2,5)
Outros	6	2,8% (1,0 – 5,9)
CCEB		
Classe A	6	2,8% (1,0 – 5,9)
Classe B	81	37,3 (30,9 – 44,1)
Classe C	111	51,2% (44,3 – 58,0)
Classe D	18	8,3% (5,0 – 12,8)
Classe E	1	0,5% (0,0 – 2,5)
Situação de trabalho		
Com trabalho	176	81,1% (75,3 – 86,1)
Sem trabalho	41	18,8% (13,9 – 24,7)
Local de nascimento		
Juiz de fora	149	68,7% (62,0 – 74,8)
Outros	68	31,3% (25,2 – 38,0)

Como pode ser visto na tabela 2, o sobrepeso/obesidade apresentou a maior prevalência entre os fatores estudados (43,3%). Já 28% da população estudada foram classificadas como sedentária ou irregularmente ativa. O consumo de cigarros foi referido como hábito por 25,3% da população. Foram classificados como hipertensos 24% e 19,4% apresentaram pressão arterial limítrofe. A grande maioria dos entrevistados apresentou pelo menos um dos fatores de risco estudados (81,6%). Na análise da simultaneidade dos fatores de risco, 32,7% da população apresentaram dois fatores concomitantes, 12% acumularam três dos fatores e em 0,5% dos entrevistados os quatro fatores de risco do estudo foram encontrados. A prevalência de apenas um dos fatores de risco estudados foi de 37%.

Tabela 2: Prevalência de Sobrepeso/Obesidade, Sedentarismo/Atividade Física irregular, Tabagismo, Hipertensão e PA limítrofe (aferidas), em Homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, Brasil, em 2006.

Fatores de Risco	n	% (IC 95%)
Sobrepeso/obesidade	94	43,3 (36,6 – 50,2)
Atividade física irregular/Sedentarismo	61	28 (22,2 – 34,6)
Tabagismo	55	25,3 (19,7 – 31,7)
Hipertensão Arterial	52	24 (18,4 – 30,2)
PA Limítrofe	42	19,4 (14,3 – 25,2)

A tabela 3 apresenta a população de estudo em relação à situação nutricional. Dos 209 entrevistados que referiram o peso e a altura, apenas cinco foram classificados como subnutridos, tendo sido analisados agrupados com o IMC normal. A obesidade/sobrepeso foi mais prevalente nos maiores de 30 anos e entre os casados. Apesar de também se mostrar mais freqüente entre os de classe econômica mais alta, entre os brancos e os de menor escolaridade, as diferenças encontradas não chegam a ser estatisticamente significativas.

Tabela 3: Prevalência de IMC em homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características sócio-demográficas	n	Sobrepeso/obesidade
		% (IC 95%)
Faixa Etária		
< 30 anos	68	27,9% (17,7 – 40,1)
> ou = 30 anos	141	53,2% (44,6 – 61,6)
<i>p-valor</i>	0,001	
Cor/Raça		
Branca	110	50,0% (40,3 – 59,7)
Negro & Mulato	97	39,2% (29,4 – 49,6)
<i>p-valor</i>	0,118	
Estado Civil		
Casado	104	55,8% (45,7 – 65,5)
Solteiro & outros	105	34,3% (25,3 – 44,3)
<i>p-valor</i>	0,002	
Escolaridade		
Até o ensino médio incompleto	104	48,1% (38,2 – 58,1)
Ensino Médio completo ou mais	105	41,9% (32,2 – 51,9)
<i>p-valor</i>	0,370	
CCEB		
Classe A & B	87	50,6% (39,6 – 61,5)
Classe C	106	39,6% (30,3 – 49,6)
Classe D & E	16	50,0% (24,7 – 75,3)
<i>p-valor</i>	0,288	
Situação de Trabalho		
Com Trabalho	172	47,7% (40,0 – 55,4)
Sem Trabalho	37	32,4% (18,0 – 49,8)
<i>p-valor</i>	0,091	
Local de Nascimento		
Juiz de Fora	143	43,4% (35,1 – 51,9)
Outros	66	48,5% (36,0 – 61,1)
<i>p-valor</i>	0,488	

As características da população estudada com relação à prática da atividade física podem ser observadas na tabela 4. As características com maior associação ao sedentarismo/atividade física irregular foram a idade e a cor/raça dos entrevistados. Como pode ser observado, quanto maior a faixa etária, maior a proporção de sedentários e sem atividade física regular. Os brancos apresentaram menor índice de atividade física do que os negros/outros. As demais variáveis estudadas não mostraram relação importante com este fator de risco.

Tabela 4: Prevalência de atividade física em homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características sócio-demográficas	n	Sedentário/Irregularmente ativo
		% (IC 95%)
Faixa Etária		
< 30 anos	72	15,2% (7,9 – 25,7)
> ou = 30 anos	145	34,5% (26,8 – 42,8)
<i>p-valor</i>	0,003	
Cor/Raça		
Branca	112	33,9% (25,3 – 43,5)
Negro & Mulato	103	21,4% (13,9 – 30,5)
<i>p-valor</i>	0,040	
Estado Civil		
Casado	106	30,2% (21,7 – 39,9)
Solteiro & outros	111	26,1% (18,2 – 35,3)
<i>p-valor</i>	0,505	
Escolaridade		
Até o ensino médio incompleto	111	28,8% (20,6 – 38,2)
Ensino médio completo ou mais	106	27,3% (19,1 – 36,9)
<i>p-valor</i>	0,809	
CCEB		
Classe A & B	87	32,2% (22,1 – 43,1)
Classe C	111	27,0% (19,0 – 36,3)
Classe D & E	19	15,8% (3,4 – 39,6)
<i>p-valor</i>	0,331	
Situação de Trabalho		
Com Trabalho	176	29,5% (22,9 – 36,9)
Sem Trabalho	41	22,0% (10,6 – 37,6)
<i>p-valor</i>	0,329	
Local de Nascimento		
Juiz de Fora	149	30,9% (23,6 – 39,0)
Outros	68	22,1% (12,9 – 33,8)
<i>p-valor</i>	0,180	

O uso do tabaco variou conforme algumas características da população pesquisada. Como pode ser visto na tabela 5, quanto menor a escolaridade do entrevistado, maior a prevalência do tabagismo. A inserção no mercado de trabalho também se mostrou relacionada ao hábito de fumar. Nota-se que a prevalência do tabagismo foi menor entre aqueles que referiram estar trabalhando do que entre aqueles que não referiram qualquer atividade laboral. Quanto às características demográficas, observa-se que o consumo atual de cigarros aumentou conforme o aumento da faixa etária, e que a situação de *fumante* foi maior entre os que não eram naturais da cidade de Juiz de Fora. Observa-se também que o tabagismo foi maior entre os solteiros, entre os

negros e mulatos, e entre aqueles das classes econômicas mais altas. Porém, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Tabela 5: Prevalência do uso atual do tabaco em homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características sócio-demográficas	n	Fumantes
		% (IC 95%)
Faixa Etária		
< 30 anos	72	18,1% (10,0 – 28,9)
> ou = 30 anos	145	29,0% (21,7 – 37,1)
<i>p-valor</i>	0,082	
Cor/Raça		
Branca	112	21,4% (14,2 – 30,2)
Negro & Mulatos	103	29,1% (20,6 – 38,9)
<i>p-valor</i>	0,194	
Estado Civil		
Casado	106	21,7% (14,3 – 30,8)
Solteiro & outros	111	28,8% (20,6 – 32,2)
<i>p-valor</i>	0,227	
Escolaridade		
Até o ensino médio incompleto	111	35,1% (26,3 – 44,8)
Ensino médio completo ou mais	106	15,1% (8,9 – 23,4)
<i>p-valor</i>	0,001	
CCEB		
Classe A & B	87	18,4% (10,9 – 28,1)
Classe C	111	30,6% (22,2 – 40,1)
Classe D & E	19	26,3% (9,1 – 51,2)
<i>p-valor</i>	0,144	
Situação de Trabalho		
Com Trabalho	176	21,0% (15,3 – 27,8)
Sem Trabalho	41	43,9% (28,5 – 60,3)
<i>p-valor</i>	0,002	
Local de Nascimento		
Juiz de Fora	149	21,5% (15,2 – 28,9)
Outros	68	33,8% (22,8 – 46,3)
<i>p-valor</i>	0,052	

A prevalência de indivíduos com hipertensão arterial e com pressão arterial limítrofe nos diferentes subgrupos populacionais estão expostas nas tabelas 6 e 7. A hipertensão apresentou maior frequência entre os menores de 30 anos, naqueles com trabalho, entre os de classe econômica mais baixa e entre os nascidos em Juiz de Fora, sendo a variável situação de trabalho de maior significância ($p 0,000$). Quando a hipertensão foi analisada agrupada com a PA limítrofe, a faixa etária se mostrou significante ($p 0,001$), sendo a significância maior ainda para a situação de trabalho ($p 0,000$). Quando agrupados os hipertensos referidos com os hipertensos aferidos o quadro pouco se altera em relação à significância estatística, com exceção da classe

social que passa a ser significativa ($p 0,004$). Com a junção dos HA aferidos com os HA referidos a prevalência de HA se eleva para 24% e aqueles com pressão limítrofe passam a representar 19,4% da população estudada.

A hipertensão foi referida por 14,7% dos entrevistados, em tratamento ou não, enquanto que 18% foram classificados como tal de acordo com a segunda aferição realizada pelos entrevistadores. Dentre os que referiram hipertensão, 50% faziam uso de medicação, sendo que 1/5 destes ainda apresentaram HA na aferição. Entre os menores de 30 anos, 15,2% não haviam feito nenhuma aferição de pressão anteriormente, sendo que cerca de 30% destes apresentaram HA na aferição.

Tabela 6: Prevalência de hipertensão arterial e PA limítrofe em homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características sócio-demográficas	n	HA aferida ¹	PA limítrofe aferida ²	HA aferidos ou referidos ³	PA Limítrofe aferidos ou referidos ⁴
		% (IC 95%)	% (IC 95%)	% IC 95%)	% IC 95%)
Faixa Etária					
< 30 anos	72	27,8%(17,9–39,6)	11,1% (4,9 – 20,7)	29,2 % (19,0 – 41,1)	9,7% (19,0-41,1)
> ou = 30 anos	145	13,1% (8,1– 19,7)	26,9% (19,9 – 34,9)	21,4% (15,0 – 29,0)	24,1% (17,4-31,9)
		<i>p-valor 0,872</i>	<i>p-valor 0,000</i>	<i>p-valor 0,166</i>	<i>p-valor 0,000</i>
Cor/Raça					
Branca	112	17,9%(11,3–26,2)	16,1% (9,2 – 24,2)	25,0% (17,3 – 34,1)	14,4% (8,4-22,2)
Negro & Mulato	103	17,5%(10,7–26,2)	27,2 (18,9 – 36,8)	22,3% (14,7 – 31,6)	24,3% (16,4-33,7)
		<i>p-valor 0,745</i>	<i>p-valor 0,140</i>	<i>p-valor 0,484</i>	<i>p-valor 0,160</i>
Estado Civil					
Casado	106	20,8%(13,5–29,7)	28,3% (20,0 – 37,9)	27,4% (19,1 – 36,9)	25,5% (17,5-34,9)
Solteiro & outros	111	15,3% (9,2– 23,4)	15,3% (9,2 – 23,4)	20,7% (13,6 – 29,5)	13,5% (7,8-21,3)
		<i>p-valor 0,423</i>	<i>p-valor 0,057</i>	<i>p-valor 0,405</i>	<i>p-valor 0,064</i>
Escolaridade					
Até o ensino médio incompleto	111	15,3% (9,2– 23,4)	23,4% (15,9 – 32,4)	22,5% (15,1 – 31,4)	20,7% (13,6-29,5)
Ensino médio completo ou mais	106	20,8%(13,5–29,7)	19,8% (12,7 – 28,7)	25% (17,5 – 34,9)	17,9% (11,2-26,6)
		<i>p-valor 0,423</i>	<i>p-valor 0,465</i>	<i>p-valor 0,781</i>	<i>p-valor 0,537</i>
CCEB					
Classe A & B	87	20,7%(12,7–30,7)	17,2% (10,0 – 26,8)	26,4% (17,6 – 37,0)	14,9% (8,2-24,2)
Classe C	111	14,4% (8,5– 22,4)	27,0% (19,0 – 36,3)	20,7% (13,6 – 29,5)	24,3% (16,7-33,4)
Classe D & E	19	26,3% (9,1– 51,2)	10,5 (1,3 – 33,2)	31,6% (12,6 – 56,6)	10,5% (1,3-33,1)
		<i>p-valor 0,319</i>	<i>p-valor 0,118</i>	<i>p-valor 0,004</i>	<i>p-valor 0,000</i>
Situação de Trabalho					
Com Trabalho	176	19,9%(14,3–26,6)	24,4% (18,3 – 31,5)	23,9% (17,8 – 30,9)	22,7% (16,8-29,6)
Sem Trabalho	41	9,8% (2,7 – 23,1)	9,8% (2,7 – 23,1)	24,4% (12,4 – 40,3)	4,9% (0,6-16,5)
		<i>p-valor 0,000</i>	<i>p-valor 0,000</i>	<i>p-valor 0,000</i>	<i>p-valor 0,000</i>
Local de Nascimento					
Juiz de Fora	149	19,5%(13,4–26,7)	17,4% (11,7 – 24,5)	26,2% (19,3 – 34,0)	15,4% (10,0-22,3)
Outros	68	14,7%(7,3 – 25,4)	30,9% (20,2 – 43,3)	19,1 9% (10,6–30,5)	27,9% (17,7-40,1)
		<i>p-valor 0,002</i>	<i>p-valor 0,465</i>	<i>p-valor 0,000</i>	<i>p-valor 0,537</i>

1 HA aferida = Foram considerados nesse grupo àqueles cujos valores de aferição foram iguais ou maiores do que 140 X 90 mmHg.

2 PA limítrofe aferida = Foram considerados Limítrofes àqueles cujos valores de aferição da PA estavam entre 130-39 X 85-90 mmHg.

3 HA aferidos ou referidos = Foram considerados nesse grupo àqueles que referiram hipertensão arterial e estar em uso de medicamentos e aqueles cujos valores de aferição foram iguais ou maiores do que 140 X 90 mmHg.

4 PA limítrofe aferidos ou referidos= Foram considerados Limítrofes àqueles cujos valores de aferição da PA estavam entre 130-39 X 85-90 mmHg, retirando-se aqueles que estavam em uso de medicação para hipertensão.

Tabela 7: Prevalência de hipertensão arterial incluindo-se a PA limítrofe com a HA em homens entre 20 e 49 anos adscritos ao PSF da UBS Alto Grajaú, Juiz de Fora, MG, em 2006.

Características sócio-demográficas	n	HA & PA Limítrofe (aferidos) ¹	HA & PA limítrofe (aferidos ou referidos) ²
		% (IC 95%)	% (IC 95%)
Faixa Etária			
< 30 anos	72	38,9% (27,6 – 51,1)	38,9% (27,6-51,1)
> ou = 30 anos	145	40,0% (32,0- 48,5)	45,5% (37,2-54)
		<i>p-valor 0,001</i>	<i>p-valor 0,000</i>
Cor/Raça			
Branca	112	33,9% (25,3 – 43,5)	39,3% (30,2-49)
Negro & Mulato	103	44,7% (34,9 – 54,8)	46,3% (36,7-56,7)
		<i>p-valor 0,382</i>	<i>p-valor 0,677</i>
Estado Civil			
Casado	106	49,1% (39,2 – 59,0)	52,8% (42,9-62,6)
Solteiro & outros	111	30,6% (22,2 – 40,1)	34,2 (25,5-43,8)
		<i>p-valor 0,052</i>	<i>p-valor 0,063</i>
Escolaridade			
Até o ensino médio incompleto	111	38,7% (29,6 – 48,5)	43,2% (33,9-53,0)
Ensino médio completo ou mais	106	40,6% (31,1 – 50,5)	43,4% (33,8-53,4)
		<i>p-valor 1,000</i>	<i>p-valor 0,837</i>
CCEB			
Classe A & B	87	37,9% (27,7 – 49,0)	41,4% (30,9-52,4)
Classe C	111	41,4% (32,2 – 51,2)	45% (35,6-54,8)
Classe D & E	19	36,8% (16,3 – 61,6)	42,1% (20,3-66,5)
		<i>p-valor 0,852</i>	<i>p-valor 0,000</i>
Situação de Trabalho			
Com Trabalho	176	44,3% (36,8 – 52,0)	46,6% (39,1-54,2)
Sem Trabalho	41	19,5% (8,8 -34,9)	29,3% (16,1-45,5)
		<i>P-valor 0,000</i>	<i>P-valor 0,000</i>
Local de Nascimento			
Juiz de Fora	149	36,9% (29,2 – 45,2)	41,6% (33,6-50,0)
Outros	68	45,6% (33,5 – 58,1)	47,1 (34,8-59,6)
		<i>p-valor 0,009</i>	<i>p-valor 0,002</i>

1 = Foram considerados nesse grupo àqueles cujos valores de aferição foram iguais ou maiores do que 130 X 85 mmHg..

2 = Foram considerados nesse grupo àqueles que referiram hipertensão arterial e estar em uso de medicamentos e aqueles cujos valores de aferição foram iguais ou maiores do que 130 X 85 mmHg.

4.6 DISCUSSÃO

No Brasil, há muito se reconhece a importância dos fatores de risco modificáveis na determinação da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, porém ainda persiste uma carência de estudos que avaliem suas prevalências no contexto populacional. Neste universo restrito, nota-se que a maioria das pesquisas já realizadas utilizou populações da região sudeste

(BLOCH et al, 2006). Entretanto, Minas Gerais, mesmo sendo um estado de grandes proporções territoriais, ainda tem participação discreta nesse cenário de estudos realizados na região, que abordam principalmente populações do Rio de Janeiro e São Paulo. A cidade de Juiz de Fora, já apresentando as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de morte a partir dos 20 anos de idade (BRASIL, DATASUS, SIAB), também não foge a esta regra, sendo praticamente inexistentes inquéritos de saúde sobre o tema. Visando compreender as semelhanças e especificidades deste subgrupo populacional com relação às demais populações, etapa fundamental para a elaboração de propostas efetivas de enfrentamento do problema, vale à pena comparar os principais achados do estudo com pesquisas anteriores realizadas em outras partes do mundo e do Brasil.

De forma geral, o perfil da amostra é bastante semelhante ao da população de Juiz de Fora e da região sudeste do País como um todo (UFJF, 2006; IBGE, 2003). Próximo da média brasileira (60%, PNAD 2002), em torno de 70% dos homens entrevistados é natural da própria cidade. O perfil da classificação econômica é um pouco diferente do relatado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) para todo o Brasil no ano de 2000 (ABEP, 2003), que indicava apenas 36% das famílias nesta categoria. Fugindo da situação do restante da região, 81,1% dos entrevistados relataram alguma atividade remunerada, situação um pouco mais favorável do que indicada pelo IBGE para toda a população masculina da região sudeste (IBGE, 2003).

A simultaneidade de dois ou mais dos fatores de risco em um mesmo indivíduo foi freqüente entre os homens entrevistados. A alta concomitância também foi encontrada em estudos anteriores no país (DUCAN et al, 1993; LESSA et al, 2004) e em outras partes do mundo (CDC, 2005; HAHN et al, 1998), indicando que as estratégias de promoção da saúde e controle das doenças e agravos não transmissíveis devem abordar o conjunto de fatores de risco, não se restringindo a um ou outro de forma isolada.

O sobrepeso/obesidade foi o fator de risco isolado mais freqüente entre os indivíduos estudados. Tal situação não é particularidade desta população. Nos últimos anos, o problema vem sendo alvo de atenção em todo o mundo. Dados provenientes de 48 diferentes países entre 1983 e 1986 mostraram que entre 50% e 70% da população de adultos com idade entre 35 e 64 anos estavam acima do peso ou eram obesos (WHO, 2000). Nos Estados Unidos, por exemplo, a situação parece estar ficando ainda mais preocupante devido ao contínuo aumento da prevalência do excesso de peso observado entre os anos de 1999 (27,5%) e 2004 (31,1%) (OGDEN et al, 2006).

No Brasil, a situação também merece enfrentamento imediato, pois já atinge altos patamares e também parece estar se agravando. Em 1989, a obesidade (IMC $>$ ou $=30$), entre homens acima de 18 anos era de 4,8% e o sobrepeso de 22,5% (Pesquisa Nacional de saúde e nutrição, 1989 apud Sichieri, 1994). Estudos nacionais mais recentes reafirmam estas altas magnitudes (IBGE-POF; SIQUEIRA et al, 2004; VELASQUES-MELEDEZ, 2004). Acompanhando a tendência mundial, o presente estudo também evidenciou uma maior freqüência de sobrepeso e/ou a obesidade entre os homens casados e de maior faixa etária.

Ao se analisar a prevalência de sedentarismo/atividade física irregular estimada no estudo (cerca de 30%), observa-se que esta é bem menor do que a prevista pela OMS para a população mundial (cerca de 60%) (WHO, 2003), mas se assemelha à situação americana. Em 2002, resultados do BRFSS, que considerou 35 estados e o Distrito de Columbia, indicavam que 22,3% dos homens não realizavam tais atividades, sendo que entre os mais velhos e os menos favorecidos economicamente a prática era ainda menos freqüente (CDC, 2004). Porém, a comparação dos achados do estudo americano com os desta pesquisa deve ser feita com reservas porque o realizado nos Estados Unidos se restringiu às atividades físicas de lazer, enquanto que o de Juiz de Fora também considerou as atividades ocupacionais, de locomoção e relativas ao trabalho doméstico. Vale ressaltar que a restrição do presente estudo à faixa etária de 20 a 49

anos também pode ser responsável pela menor prevalência encontrada, pois assim como nesse estudo, a maioria das pesquisas indica que a inatividade física aumenta com o aumento da idade (FOGELHOLM et al, 2006; MONTEIRO et al, 2003; WHO, 2003; CDC, 2004).

Os resultados das pesquisas brasileiras sobre o tema são bastante heterogêneos. Estudo que utilizou o mesmo instrumento de coleta de dados da pesquisa estimou prevalências de “insuficientemente ativos” que variaram entre 54,5%, encontrada na cidade de João Pessoa, e 28,2%, na cidade de Belém (BRASIL, 2004). A prevalência de 28% de sedentarismo/irregularmente ativos desse estudo estaria em posição intermediária considerando este espectro. Já entre homens de 14 a 77 anos residentes no estado de São Paulo, no ano de 2002, observou-se que 45,6% eram sedentários ou irregularmente ativos (MATSUDO et al, 2002). Quando a análise se restringe apenas aos considerados “sedentários”, as prevalências são um pouco menores. Os dados deste estudo indicam uma prevalência em torno de 12% (dados não mostrados), bastante semelhante à estimada para São Paulo (10,4%) e inferior à de Pelotas (24,1%), de acordo com pesquisa realizada em 2002 (HALLAL et al, 2005).

Quanto ao perfil nos diferentes subgrupos populacionais, de modo geral, as pesquisas indicam que a inatividade física de lazer é mais prevalente entre os homens mais velhos e de maior escolaridade (GOMES et al, 2001; MONTEIRO et al, 2003). Quando se considera qualquer tipo de atividade física, os resultados são um pouco diferentes com relação à situação sócio-econômica. Por englobar atividades desenvolvidas no dia a dia, principalmente relacionadas aos meios de transporte freqüentemente utilizados e ao tipo de trabalho, a inatividade física passa a ser mais freqüente entre os de classe social mais favorecida. É possível que a situação de Juiz de Fora, de certa forma satisfatória quando comparada às demais cidades brasileiras, seja conseqüência do perfil da amostra estudada, que congrega apenas homens jovens e em sua maioria classificados como de classe econômica média, que mesmo não realizando

atividades de lazer, tem suas atividades físicas relacionadas ao trabalho, à locomoção ou às atividades do lar.

Apesar de alta, a prevalência de 25,3 % de fumantes de cigarros foi inferior aos 47% apresentados pela OMS para a população mundial de homens (independente da idade) que fazem uso do tabaco (WHO, 2004). No entanto, quando comparada com os dados do *National Health Interview Survey* (NHIS) de 2005 (CDC, NHIS, 2005), relativos aos homens maiores de 18 anos residentes nos Estados Unidos da América, que aponta uma prevalência de 23,9% de tabagismo (cigarros) para este grupo populacional, percebe-se uma grande semelhança entre os achados. Assim como o que foi encontrado em Juiz de Fora, o perfil de usuários do estudo americano também indicou maior consumo entre os negros, naqueles com escolaridade mais baixa e com situação sócio-econômica menos favorecida.

No contexto brasileiro, os resultados do estudo também se assemelham a outros realizados anteriormente. Tanto a prevalência do consumo, quanto o perfil de usuários são muito próximos aos apontados pelo Inquérito Nacional realizado entre 2002 e 2003 (BRASIL, 2004). De acordo com o referido estudo, a prevalência de tabagismo entre os homens foi 26,1% em Belo Horizonte, capital mineira. Magnitude similar também foi estimada em inquérito domiciliar e por telefone realizados na cidade de São Paulo (26,6% e 23,8%, respectivamente) (MARCOPITO et al, 2005; MONTEIRO et al, 2005). Entretanto, ao se comparar os achados àqueles provenientes de pesquisas realizadas até pouco tempo na região sul do país, observa-se que o tabagismo em Juiz de Fora, bem como em outras cidades do sudeste e demais regiões brasileiras, é um hábito menos freqüente do que entre os homens do Sul. Em estudo do município de Porto Alegre, realizado de 1986 a 1987, por exemplo, entre os 437 homens de 15 a 64 anos de idade entrevistados, 52% eram fumantes, sendo a maior prevalência na faixa etária entre 45 e 54 anos (DUCAN et al, 1993). Estudo mais recente indica declínio do uso do tabaco na referida cidade que, em certas

condições, já apresenta prevalências bastante semelhantes às estimadas para a população adscrita à ESF de Juiz de Fora (28,2%) (BRASIL, 2004).

Quanto ao perfil do usuário, os achados da pesquisa também concordam com os apontados em pesquisas anteriores, que, de modo geral, indicam que a prevalência é maior entre os com mais de 30 anos, de nível sócio-econômico menos favorecido e sem vínculo empregatício (DUCAN et al, 1993; MARCOPITO et al, 2005; MONTEIRO et al, 2005). Em relação a esta última característica, estudos têm sugerido que a menor prevalência do tabagismo entre os trabalhadores pode ser devido aos programas de controle do tabaco nos locais de trabalho, como foi atribuído no estudo de estatal nacional (MATOS et al, 2004), onde o estímulo para o abandono do cigarro em curso na empresa foi apontado como possível fator determinante para a baixa prevalência do tabagismo (12,4%).

A prevalência de Hipertensão arterial da população estudada foi semelhante à encontrada em estudo realizado com homens nos Estados Unidos, entre os anos de 2001 e 2004 (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. HEALTH, 2006). No Brasil, a prevalência da hipertensão em estudos brasileiros foi revista por Lessa (2001) e seus respectivos fatores de risco, por Bloch *et al* (2006). De acordo com os autores, mesmo levando em consideração as diferenças metodológicas que dificultam uma abordagem conjunta dos achados, de acordo com a maior parte dos estudos nacionais, a prevalência do problema nas diferentes regiões do País pode ser considerada alta. De acordo com a literatura, as prevalências variam entre 15% e 36,4% e dependem principalmente da população estudada e dos métodos utilizados na definição e aferição da PA (Trindade et al, 1998; Rego et al, 1990; Ducan, et al 1993; Matos, et al 2004; Klein, et al 1995; Barreto et al, 2003; Monteiro et al, 2005; Brasil, 2004). Em relação às características da população houve discordância com estudos anteriores em relação à faixa etária. Embora a população de estudo estivesse em um espectro reduzido de idade, houve maior prevalência da HA entre aqueles menores de 30 anos. Este fato pode estar relacionado ao método

e/ou ao instrumento de aferição da PA ou ainda às características da população da cidade de Juiz de Fora que já apresenta as doenças cardiovasculares como principal causa de morte a partir dos 20 anos de idade.

O interesse do estudo em estimar a prevalência de pressão arterial normal alta, classificada como limítrofe pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2004) e como pré hipertensão pelo *The 7JNC* (CHOBANIAN et al, 2003), se deve ao seu potencial papel como fator de risco para a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (WILSON et al, 1998; VASAN et al, 2001). Em Juiz de Fora, a pressão arterial limítrofe foi prevalente em 19,4% dos indivíduos (retirando-se os controlados), o que faz com que ao se considerar estes indivíduos no grupo “hipertensos/PA limítrofe”, mais de 40% dos entrevistados passam a ser considerados sob risco de desenvolverem doenças cardiovasculares por apresentarem este fator. Considerando que a aferição da pressão arterial não é uma prática costumeira entre homens, principalmente desta faixa etária, e diante da expressividade destes resultados, seria fortemente recomendável que se pensasse estratégias específicas para o diagnóstico precoce e acompanhamento do problema neste subgrupo populacional.

Outro ponto que merece comentário é a discordância entre a PA referida e a aferida no momento da entrevista. A hipertensão foi referida por 14,7% dos entrevistados, em tratamento ou não, enquanto que 18% foram classificados como tal de acordo com a aferição realizada pelos entrevistadores. Ao se fazer uma avaliação formal da confiabilidade das duas formas de mensuração, obteve-se valores de *Kappa* muito baixos segundo classificação de Shrout (dados não mostrados) (SHROUT, 1998). Tal discordância não é de surpreender, tratando-se de uma população jovem masculina. Diferentemente de outros subgrupos populacionais, este grupo não frequenta regularmente os serviços de saúde, diminuindo as chances de um conhecimento válido e consistente sobre seus valores de PA.

Como descrito na seção anterior, juntando-se os hipertensos controlados aos que foram classificados como hipertensos durante a aferição da PA, a prevalência de HA aumenta para 24%, sendo 14,3% na população acima de 30 anos e 9,7% entre os mais jovens. Vale comentar que dentre aqueles que referiram hipertensão, 50% fazem uso de medicação, sendo que cerca de 1/5 destes apresentaram PA alta também na aferição, indicando uma falha do esquema terapêutico utilizado. Ressalta-se ainda que 15,2% dos menores de 30 anos nunca haviam aferido a PA anteriormente, sendo que destes cerca de 30% apresentaram HA no momento da entrevista (dados não mostrados).

A interpretação dos resultados da pesquisa deve ser feita à luz de algumas limitações metodológicas. A primeira delas diz respeito à aferição da pressão arterial sistêmica realizada com aparelho aneróide e sem a relação ótima entre o perímetro do braço e a largura do manguito. É possível que a estratégia simplificada de aferição de PA possa ter alterado a prevalência de HA, uma vez que a leitura do esfigmomanômetro é passível de falha humana. Além disso, o manguito apertado pode aumentar os valores da PA e o manguito largo e frouxo pode levar a valores subestimados da pressão arterial sistêmica. Porém, mesmo considerando que o uso de aparelho digital confiável e a mensuração do perímetro do braço para adequação do manguito melhorariam a qualidade dos dados, entende-se que esta limitação não inviabiliza a utilização dos achados, desde que sejam considerados como uma apreciação inicial e exploratória do problema.

A dificuldade de encontrar os indivíduos inicialmente selecionados também pode ser considerada uma limitação do estudo. Por serem economicamente ativos e também responsáveis pelo sustento da família, cerca de 30% das pessoas não foram encontradas após 3 visitas ao domicílio e tiveram que ser substituídas por outros indivíduos da população fonte. Muitas visitas também foram marcadas pelos familiares à noite, o que tornou inviável a entrevista de alguns em uma área de risco social que só poderia ser visitada durante o dia por questões de segurança. A insuficiência de entrevistas durante a primeira fase de coleta de dados gerou a necessidade de

refazer a amostra. Este fato fez com que cerca de 70% dos domicílios dos homens na idade de estudo fossem visitados, estendendo de 3 para 5 meses o prazo inicial para a coleta de dados. Entretanto, mesmo considerando as dificuldades impostas pelas atribuições fora do domicílio dessa população, o monitoramento das distribuições dos fatores de risco para as DCV na população economicamente ativa deve ser estimulado para que seja possível uma visão mais completa do problema com vistas à elaboração de estratégias efetivas de promoção de saúde.

Outra questão importante é a constatação que outros fatores de risco modificáveis, tais como o alcoolismo e os fatores metabólicos, deixaram de ser abordados no presente estudo. Entendendo-se que a simultaneidade de fatores de risco acentua o risco de ocorrência e morte por doenças cardiovasculares, é interessante que novos estudos se juntem ao realizado para que ações de prevenção e controle do problema, com efeitos mais abrangentes, possam ser propostas.

Por fim, vale ressaltar que a Estratégia Saúde da Família se mostrou facilitadora durante o trabalho de coleta de dados através dos agentes comunitários de saúde que fizeram um elo entre os entrevistadores e a comunidade. Aos ACS coube a entrega de uma carta-convite aos usuários para a participação na entrevista, o acompanhamento a algumas visitas em áreas de difícil acesso e o estímulo à participação. Embora a recusa tenha sido de 10%, notou-se que nas micro-áreas onde o agente comunitário de saúde é mais presente houve uma maior aceitação da pesquisa. Uma vez que a ESF está implantada em vários municípios nacionais e os ACS são responsáveis pelo cadastramento das famílias, seria interessante que a vigilância dos fatores de risco para as DCV pudesse também utilizar essa estratégia, como já é feito com algumas doenças crônicas referidas, como a hipertensão e o diabetes. A vigilância concomitante de vários fatores de risco pela Estratégia Saúde da Família ajudaria a formar o banco de dados nacional, com base de dados anual, para atender ao planejamento de ações mais eficazes na prevenção das doenças cardiovasculares.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ARTIGO

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2003.
2. BARRETO, S.M. *et al.* Quantificando o Risco da Doença Coronariana na Comunidade. Projeto Bambuí. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.81, n.6, p. 549-55, 2003.
3. BLOCH, K.V; RODRIGUES, C.S; FISZMAN, R. Epidemiologia dos Fatores de Risco para Hipertensão Arterial – Uma Revisão Crítica da literatura Brasileira. São Paulo: **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.2, p. 134-143, 2006.
4. BRANDÃO, P.A. *et al.* Epidemiologia da Hipertensão Arterial. São Paulo: **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.13, n.1, jan-fev, 2003.
5. BRASIL. DATASUS/SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2005.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, INCA, 2004.
7. _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
8. _____. DATASUS/SIAB. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006.
9. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Behavioral Risk Factor Surveillance System-State Questionnaire - 2004**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2005.
10. _____. **National Health Interview Survey (NHIS) de 2005**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em: dezembro de 2006.
11. _____. Prevalence of No-Leisure Time Physical Activity-35 States and the District of Columbia, 1988-2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. CDC, v.53, n.4, p. 82-86, 2004.
12. _____. Racial/Ethnic and Socioeconomic Disparities in Multiple Risk Factors for Heart Disease and Stroke – United States, 2003. **Morbidity and Mortality Weekly Report – MMWR**, v. 54, n.5, p 1-5, Fev. 2005.

13. CHOBANIAN, A.R. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. AMERICAN HEART ASSOCIATION. **JAMA**, v.289, n.19, p.2560-72, 2003.
14. DUCAN, B.B. *et al.* Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis em Área Metropolitana na Região Sul do Brasil. Prevalência e Simultaneidade. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n.1, p.143-8, 1993.
15. FEIJÃO, A. M. M. *et al.* Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial em População urbana de Baixa Renda. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005.
16. FOGELHOLM, M. *et al.* Internacional Physical Activity Questionnaire: Validity Against Fitness. Indianápolis: **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.38, n.4, p.753-60, Apr, 2006.
17. FONSECA, M.J.M. *et al.* Validade de Peso e Estatura Informados e Índice de Massa Corporal: estudo “Pró-Saúde”. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 392-8, 2004.
18. GOMES, V.B; SIQUEIRA, K.S; SICHIERI, R; Atividade Física em Uma Amostra Probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 969-976, jul-ago 2001.
19. HAHN, R.A; HEATH, G.W; CHANG, M. Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults – Unites States, 1994. A Behavioral Risk Factors Atlas. In **CDC Surveillance Summaries**, MMWR, v.47, n. SS-5, p 35-46. Dec 11, 1998.
20. HALLAL, P.C. *et al.* Physical Activity in Adults From Two Brazilian Areas: Similarities and Differences. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.573-580, mar-abr, 2005.
21. IBGE **CIDADES**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 30 de março de 2006.
22. _____ **PNAD**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.
23. IBGE. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/defaulttab.shtm>>. Acesso em: 15 dezembro 2006.
24. KLEIN, C. H *et al.* Hipertensão Arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. I Metodologia. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.2, p.187-201, abril-jun, 1995.
25. LAURENTI, R; M.ELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade Masculina. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.

26. LESSA, I. *et al.* Simultaneidade de Fatores de Risco Cardiovasculares Modificáveis na População Adulta de Salvador (BA), Brasil. NW Washington: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.16, n.2, p.131-7, 2004.
27. LESSA, I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: Um Desafio para a Complexa Tarefa de Vigilância. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 931-943, 2004.
28. LESSA, I. Epidemiologia da Pressão Arterial Sistêmica e da Insuficiência Cardíaca no Brasil. São Paulo: **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p. 383-92, 2001.
29. LEWINGTON, S. *et al.* Age Specific Relevance of Usual Blood Pressure Vascular Mortality. **The Lancet**, v.360, p. 1903-13, Dec. 2002. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/>>. Acesso em: 20 de novembro de 2005.
30. MACKAY, J.; MENSAH, G.A. **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. WHO, 2004. Disponível em <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_01_types.pdf>. Acesso em: 11 de agosto de 2005.
31. MARCOPITO, L.F. *et al.* Prevalência de Alguns Fatores de Risco para Doenças Crônicas na Cidade de São Paulo. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 738-45, 2005.
32. MATOS, M. F. D. *et al.* Prevalência dos Fatores de Risco para a Doença Cardiovascular em Funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobrás. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.82, p. 1-4, 2004.
33. MATSUDO, S. *et al.* Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: Análise de Acordo com o Gênero, Idade, Nível Sócio Econômico, Distribuição Geográfica e de Conhecimento. São Caetano do Sul: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n.4, p. 41-50, outubro 2002.
34. MONTEIRO, C.A. *et al.* Monitoramento de Fatores de Risco para doenças Crônicas por Entrevista Telefônica. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.1, p.47-57, 2005.
35. MONTEIRO, C.A. *et al.* Epidemiología descriptiva de la actividad física en horas libres en el Brasil, 1996-1997. NW Washington: **Revista Panamericana de Salud Pública** v.14 n.4, 2003.
36. MOREIRA, L.B. *et al.* Prevalência de Tabagismo e Fatores Associados em Área Metropolitana da Região Sul do Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 46-51, 1995.
37. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Health, United States, 2006**. With Chart book on Trends in Health of Americans. Hyattsville, MD: 2006.
38. OGDEN, C.L. *et al.* Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. **JAMA**, vol.295 (13): 1549-55, April, 2006.

39. PARDINI, R. *et al.* Validação do Questionário Internacional de Nível de Atividade Física (IPAQ - versão 6): Estudo Piloto em Adultos Jovens Brasileiros. São Caetano do Sul: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.9, n.3, p. 41-51, 2001.
40. REGO, R.A. *et al.* Fatores de Riscos para Doenças Crônicas não Transmissíveis: Inquérito Domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n.4, p. 277-85,1990.
41. SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. (Debate). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.
42. SHROUT, P. E. Measurement reliability and agreement in psychiatry. **Statistical Methods in Medical Research**, v. 7, n.3, p. 301-317, 1998.
43. SICHIERI, R. *et al.* High Temporal, Geografic, and Income Variation in Body Mass Index among Adults in Brazil. **American journal of Public Health**, v.84, n.5, p.793-7, 1994.
44. SIQUEIRA, K.S.; APPOLINARIO, J.C.; SICHIERI, R. Overweight, Obesity, and Binge Eating in a Non-Clinical Sample of Five Brazilian Cities. **NAASO: Obesity**, v.2, n.12, p.1921-24, Dec 2004.
45. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC - IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de cardiologia**, v. 82 (suplemento IV), 2004.
46. TRINDADE, I S. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.71, n.2, p.127-130, 1998.
47. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS. **Anuário Estatístico de Juiz de Fora: Demografia**. Juiz de Fora: UFJF, 2006.
48. VASAN, R.S. *et al.* Impact of High Normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease. Waltham: **New England Journal of Medicine**, v.345, p.1291-1297, 2001.
49. VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A.D.; KAC, G. Epidemiologia do Sobrepeso e da Obesidade e Seus Fatores Determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: Estudo Transversal de Base populacional. NW Washington: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.16, n.5, p.308-14, 2004
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The World health Report 2003: shaping the future**. France: World Health Organization, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>>. Acesso em: 11 de agosto de 2005.
51. _____. **Building Blocks for Tobacco Control**. WHO, 2004. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546581.pdf>>. Aceso em: 11 de outubro de 2005.

52. WORLD HEALTH ORGANIZATION **World Health Report 2002: Reducing the Risks, Promoting Health Life**. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>. Acesso em: junho 2005.
53. _____ **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Geneva, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/>>. Acesso em: 22 de março de 2006.
54. _____ **Obesity and Overweight**. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2006.
55. _____ **The WHO STEPwise Approach to Surveillance of Noncommunicable Disease. STEPS**. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_CCS_03.03.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2005.
56. _____ **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: The Americas Regional Consultation Meeting Report**. San Jose, Costa Rica, 2003
57. WILSON, P.W.F. *et al.* Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factors Categories. **Circulation**, v.97, p. 1837-1847, 1998.

III PARTE: Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se as altas prevalências isoladas dos fatores de risco estudados encontradas em relação à população jovem, percebe-se um potencial risco desses apresentarem DCV. Fato que também não se pode deixar de ser considerado seriamente é a grande prevalência de fatores simultâneos que pode aumentar ainda mais as chances do indivíduo adoecer. O risco para o adoecimento pode ser diminuído à medida que as ações de enfrentamento sejam voltadas para as necessidades locais de saúde previamente diagnosticadas.

Os inquéritos populacionais, por não se restringirem a população que frequenta unidades de saúde, acabam por fazer uma busca ativa dessa população em risco e proporcionar dados para um diagnóstico local e real da situação de saúde. Em conjunto com os inquéritos, o monitoramento regular e contínuo de fatores de risco, como é proposto pela OMS, deve ser implementado, porque aponta de forma precoce as mudanças no quadro epidemiológico que norteiam as ações de saúde.

Com a Estratégia Saúde da Família implantada em grande parte dos municípios nacionais, o monitoramento dos fatores de risco apontados pelo diagnóstico local em saúde teria um baixo custo e a possibilidade de ter dados atualizados anualmente. Além disso, a participação familiar nas intervenções pode ser de fundamental importância para a população economicamente ativa que não tem tempo de frequentar unidades de saúde.

Desta forma, entende-se que a elaboração das ações em saúde baseadas em um diagnóstico local e no monitoramento dos fatores de risco, focadas em múltiplos fatores e incorporando as famílias em seu ambiente é um passo muito importante na tentativa de minorar a morbimortalidade dos adultos por DCV.

REFERÊNCIAS

1. AVEZUM, A; PIEGAS, L. S; PEREIRA, J.C.R. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n.3, março de 2005.
2. BRASIL. **DATASUS/SIM**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm>. Acesso em: 02 de dezembro de 2005.
3. **DATASUS/SIAB**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.htm>. Acesso em: 02 de dezembro de 2006.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149. Acesso em: 25 de fevereiro 2005.
5. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. A Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: Mitos e Verdades**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
6. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
7. BRASIL. SENADO FEDERAL. Decreto Legislativo Nº 1.012 de 2005. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/listaTextoIntegral.action?id=232138> Acesso em: 08 janeiro de 2006.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consenso Brasileiro sobre diabetes Maio de 2000**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf. Acesso em: 10 agosto de 2005.
9. **Indicadores Municipais de saúde. 2005**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>. Acesso em: 13 de maio de 2005.
10. **Obesidade**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=919. Acesso em: 22 de março de 2006.
11. **Guia Alimentar**, 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/guia_alimentar_conteudo.pdf Acesso em 29 de março de 2006.

12. _____ **PNAN**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/politica.php>> Acesso em 20 de março de 2006.
13. BRASIL. **DATASUS/HIPERDIA**. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 de setembro de 2005.
14. BRASIL. **DATASUS/CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>> Acesso em: 02 dezembro de 2005.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe de Atenção Básica N.6**, Ano II, 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo6.pdf>> Acesso em: 20 Fevereiro de 2005.
16. _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, INCA, 2004.
17. _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília: MS editora, junho, 2002.
18. _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Vigilância em Saúde: **Saúde Brasil 2004-Uma análise da Situação de Saúde**. Capítulo 5: Temas Especiais: Análise de Séries Temporais de Causas de Mortes Seleccionadas - Tendência do risco de morte por algumas doenças não transmissíveis nas cinco regiões do Brasil no período de 1981 a 2001. Idealizador: Jarbas Barbosa da Silva Jr., coordenação Maria de Fátima Marinho de Souza e Elaboração do capítulo 5. Brasília, maio de 2004.
19. _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Instrução Normativa no 1** de setembro de 2002.
20. _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados - 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
21. BARROS, M V G; NAHAS, M V. Reprodutividade (teste-reteste) do Questionário Internacional de Atividade Física (QUIAF versão 6): Um Estudo Piloto em Adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 8, n.1, p.23-26, 2000.
22. BITTENCOURT, R. J. *et al.* Validação de Inquérito de Risco Referido para Vigilância em Saúde de Fatores de Risco de Doença Arterial Coronariana em Servidores Públicos Estaduais em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.761-770, Mai-jun, 2004.

23. BLOCH, K. V. *et al* Aspectos Socioeconômicos da Concomitância em Casais de Hipertensão Arterial, Obesidade e Tabagismo em uma Comunidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2003. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.80, n.2, p.171-78, 2003.
24. BRANDÃO, PA. *et al* Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 13, n.1, jan-fev, 2003.
25. CARMO, E H; BARRETO, M L; SILVA JR, J B. Mudanças nos Padrões de Morbimortalidade da População Brasileira: Os Desafios para um Novo Século. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde do SUS**, v.12, n.2, abr/jun de 2003.
26. CARNELOSSO M L. *et al*. **Enfermidade Não Transmissíveis na Atenção Básica.Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
27. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Behavioral Risk Factor Surveillance System-State Questionary- 2004.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2005.
28. _____. Improving Nutrition and Increasing Physical Activity. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acessado em: 10 de outubro de 2005.
29. CHAVES, M.L.F. Acidente Vascular Encefálico: Conceituação e Fatores de Risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.4, p.372-82, 2000.
30. CHOBANIAN, A R. *et al*. AMERICAN HEART ASSOCIATION. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA**, v.289, n.19, p.2560-72, 2003.
31. DÓREA, E L; LATUFO, P A. Framingham Heart Study e a Teoria do Contínuo de Pickering: Duas Contribuições da Epidemiologia para Associação entre Pressão Arterial e Doença Cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.8, p.195-200, 2001.
32. DUCAN, B. B. *et al*. Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis em Área Metropolitana na Região Sul do Brasil. Prevalência e Simultaneidade. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.143-8, 1993.
33. DUCAN, B.B. *et al*. Medicina Ambulatorial: **Condutas Clínicas em Atenção Primária.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
34. FALCÃO, I.V. *et al*. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicações para Adultos em Idade Produtiva Atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.4, n.1, jan/mar. Recife, 2004.
35. FEIJÃO, A. M. *et al*. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial em População urbana de Baixa Renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.84, n.1, 2005.

36. FONSECA, M.J.M.. *et al.* Validade de Peso e Estatura Informados e Índice de Massa Corporal: estudo “Pró-Saúde”. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.392-8, 2004.
37. GOLDBAUM, M. *et al.* Utilização de Serviços de Saúde em Áreas Cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.1, p.90-9, 2005.
38. GUSS, I. *et al.* Prevalência da Pressão Arterial Sistêmica no Rio Grande do Sul e Fatores de Risco Associados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.78, n.5, p.478-90, 2002.
39. IBGE. **PNAD**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> .Acesso em 10 de janeiro de 2006.
40. _____ **CIDADES**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>> Acesso em 30 de março de 2006.
41. INCA. **O Controle do Tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios**. Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>> Acesso em: 10 de janeiro de 2006.
42. INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRES (IPAQ). Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/>> Acesso em: 15 de agosto 2005.
43. JUIZ DE FORA. **História**. Disponível em: <<http://www.juizdefora.mg.gov.br/>> Acesso em: 29 de março de 2006.
44. KLEIN, C. H. *et al.* Hipertensão Arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil.I Metodologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.187-201, abril-jun, 1995.
45. KLEIN, C. H. *et al.* Hipertensão Arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. II Prevalência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.389-394, jul/set, 1995.
46. LAURENTI, R; MELLO JORGE, M. H; GOTLIEB. Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade Masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.
47. LESSA, I. Epidemiologia da Pressão Arterial Sistêmica e da Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.8, p.383-92, 2001.
48. LESSA I. *et al.* Simultaneidade de Fatores de Risco Cardiovasculares Modificáveis na População Adulta de Salvador (BA), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.16, n.2, p.131-7, 2004.

49. LESSA, I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: Um Desafio para a Complexa Tarefa de Vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.931-943 2004.
50. LEWINGTON, N.S. *et al.* Age Specific Relevance of Usual Blood Pressure Vascular Mortality. **Lancet**, v.360, p.1903-13, 2002.
51. MACKAY, J; MENSAH,G. **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. Disponível em <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_01_types.pdf> WHO, 2004. Acesso em: 11 de agosto de 2005.
52. MANSUR, A.P. *et al.* Tendência do Risco de Morte por Doenças circulatórias, Cerebrovasculares e Isquêmicas do Coração em 11 Capitais do Brasil de 1980 a 1998. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.79, n.3, p.269-76, 2002.
53. MATOS, M. F. D. *et al.* A Prevalência dos Fatores de Risco para a Doença Cardiovascular em Funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobrás. Rio de Janeiro: **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.82, p.1-4, 2004.
54. MATSUDO S. *et al.* Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: Análise de Acordo com o Gênero, Idade, Nível Sócio Econômico, Distribuição Geográfica e de Conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n.4, p.41-50, outubro 2002.
55. MATSUDO S. *et al.* Promotion of Physical Activity in a Developing Country: The Agita São Paulo Experience. **Public Health Nutrition**, v.5, n.1^a, p.253-261, 2002.
56. MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.
57. MORAES, C. L; REICHENHEIM, M.E. **Estudo Caso-Controlado da Violência Familiar Durante a Gestação como Fator de Propensão da Prematuridade do Recém Nascido**. 1999. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro biomédico, Instituto de Medicina Social.
58. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE. **Framingham Heart Study**. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/ex24pw_t.pdf> Acesso em: 12 de agosto de 2005
59. OLIVEIRA, A.A; CHRISPIM, L.K. L (elaboração) **Relatório de Avaliação da Atenção Primária à Saúde-2004**. Prefeitura de Juiz de Fora, MG, Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Gerência de Promoção da Vida, Departamento de Atenção Primária da Saúde. Juiz de Fora, março de 2005.
60. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

61. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.
62. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas**: Um Investimento Vital. WHO, 2005. Disponível em <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html>. Acesso em: 10 de janeiro de 2006.
63. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención Primaria de Salud: Informe de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Genebra, 1978
64. PARDINI, R. *et al.* Validação do Questionário Internacional de Nível de Atividade Física (IPAQ - versão 6): Estudo Piloto em Adultos Jovens Brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.9, n.3, p.41-51, 2001.
65. PESARO, A E P; SERRANO JUNIOR, C V; NICOLAU, JC. Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.50, n.2, p.214-20, 2004.
66. PITANGA, F J G. Epidemiologia, Atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.10, n.3, p.49-54, 2002.
67. POZZAN, R. *et al.* O Controle da Pressão Arterial como Questão Central no Tratamento da Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.10, p.253-259, 2003.
68. REGO, R. A. *et al.* Fatores de Riscos para Doenças Crônicas não Transmissíveis: Inquérito Domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, S.Paulo, v.24, n.4, p.277-85, 1990.
69. ROBAZZI, M L C C. *et al.* Valores de Pressão Arterial em Trabalhadores de uma Instituição Universitária. **Ciência y Enfermeria**, v.8, n.1, p.57-65, 2002.
70. SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e Saúde na Pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.
71. SCHARAMM, J. M. A. *et al.* Transição Epidemiológica e o Estudo de Carga de Doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.
72. SILVA, M. A. D; SOUZA, A.G.M.R.; SCHARGRODSKY, H. Fatores de Risco para o Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. Estudo FRICAS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.71, p.667-75, 1998.
73. SIMÃO, M. *et al.* Doenças Cardiovasculares: Perfil de Trabalhadores do Sexo Masculino em uma Destilaria do Interior Paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p.27-35, 2002. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 06 de junho de 2005.

74. SIMÕES, C C S. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil**: Análise de seus Condicionantes em Grupos Populacionais Específicos. Brasília, Organização Pan-Americana de saúde, 2002.
75. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC - **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivo Brasileiro de cardiologia, v.82 (suplemento IV), 2004.
76. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO – SOCERJ- **Um Guia Prático para Médicos Envolvidos no Atendimento Emergencial**. Recomendações da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro – SOCERJ- AVE Agudo, vol. 16 sup. B, Julho 2003.
77. TEIXEIRA, C F. Transição Epidemiológica, Modelo de Atenção à Saúde e Previdência Social no Brasil: Problematizando Tendências e Opções Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.841-850, 2004.
78. TOSCANO, C M. As campanhas Nacionais para Detecção das Doenças Crônicas não Transmissíveis: Diabetes e Hipertensão Arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, V.9, n.4, p.885-895, 2004.
79. TRINDADE, I S. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.71, n.2, p.127-130, 1998.
80. VAN DEN HOOGEN, P.C.W. *et al.* For The Seven Countries Study Research Group. The Relation between Blood Pressure and Mortality due to Coronary Heart Disease among Men in Different parts of the World. **N Engl Med**, 342: 1-8, 2000.
81. VASAN, R.S. *et al.* Impact of High Normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease. **N Engl Med**, v.345, p.1291-1297, 2001.
82. VIACAVA, F. Informações em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.607-621, 2002.
83. VIANA, A. L. D; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.
84. WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/ Municípios Saudáveis: um Compromisso com a Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.39-51, 2000.
85. WHO. **Definition, Diagnosis and Classification of Diabettes Mellitus and its Complication**. World Health Organization, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/currentpublications/en/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2005.

86. _____ **MONICA PROJECT.** Disponível em:
<<http://www.ktl.fi/monica/index.html>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2005
87. WHO. **STEPwise Approach.** Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_CCS_03.03.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2005.
88. _____ **WPR/RC31/R12, 1980. Strategies for Health for All by the Year 2000.** Disponível em:
<http://www.wpro.who.int/rcm/en/archives/rc31/wpr_rc31_r12.htm>. Acesso em: 12 de janeiro de 2006.
89. _____ **Policy Development and Implementation Processes in the CINDI and CARMEN Noncommunicable Disease Intervention Programmes.** A Comparative Study. Europe, 2004.
90. _____ **World Health Day. Move for Health.** Disponível em:
<<http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/index.en.shtml>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2006.
91. _____ **Building Blocks for Tobacco Control.** WHO, 2004. Disponível em:
<<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546581.pdf>>. Acesso em: 11 de outubro de 2005.
92. _____ **Observatory on Health Care for Chronic Conditions.** <http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.html>. Acesso em: 20 de outubro de 2005.
93. _____ **Chronic Disease.** Disponível em:
<http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/>. Acesso em: 20 de outubro de 2005.
94. _____ **World Health Report 2002: Reducing the Risks, Promoting Health Life.** Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/> Pesquisado em junho 2005.
95. _____ **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: The Americas Regional Consultation Meeting Report, San Jose, Costa Rica, 2003**
96. _____ **World health Report 2003.**
97. _____ WILSON, PWF; **Prediction of Coronary Heart disease.** American Heart Association journal, 1998. Disponível em:
<<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/97/18/1837>>. Acesso em: 12 de agosto de 2005.
98. _____ INTERNATIONAL SOCIETY OF HIPERTENSION WRITING GROUP. **World Health Organization (WHO)/ International Society of Hipertension (ISH) Statement on Management of Hipertension.** Journal of Hypertension, vol. 21: 1983-1992, 2003.

99. _____ **Obesity and Overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.** 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2006.
100. WHO. **Obesity:** Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/>>. Acesso 22 de março de 2006.
101. ZÉTOLA, V.H.F *et al.* Acidente Vascular Cerebral em Pacientes Jovens-análise de 164 casos. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.59, n.3-B, p.740-745, 2001.

APÊNDICE A – Carta-convite ao usuário

Olá!

Nós, alunos e professores do curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO, de Juiz de Fora, estamos trabalhando junto com as duas equipes de Saúde da Família da UBS Alto Grajaú desde outubro de 2005. Nosso objetivo é ajudar as pessoas da comunidade na recuperação dos seus movimentos quando elas não têm possibilidade de ir até a fisioterapia na cidade.

Durante esse tempo, quase todas as pessoas que atendemos tinham incapacidades de movimento por causa de um acidente vascular cerebral (derrame ou isquemia).

Você sabia que o acidente vascular cerebral pode ser evitado?

Pois é, algumas vezes ele pode ser evitado e nós gostaríamos de ajudar a evitá-lo.

Para que nós possamos ajudar a evitar o Acidente Vascular Cerebral, precisamos conhecer um pouco mais sobre a saúde das pessoas da comunidade do Alto Grajaú, por isso queremos lhe fazer um convite.

Estamos fazendo uma pesquisa para conhecer na comunidade os fatores que podem aumentar as chances do adoecimento. É importante que você participe. Sem você não podemos conhecer esses fatores nem ajudar a prevenir a doença.

Estamos esperando você para conversarmos sobre a sua saúde no dia.....hora.....na UBS.

Ou no dia.....hora.....na sua casa.

Esperamos por você.

Um abraço,

Equipe de fisioterapia da UNIVERSO.

Nome:

Dia:.....hora.....

Casa ou UBS.....

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____.

Idade: _____ RG: _____

Endereço: _____

Projeto: Prevalência de Tabagismo, Sedentarismo, Obesidade e Hipertensão em Homens Adultos Adscritos ao PSF Alto Grajaú em Juiz de Fora, MG.

Responsável: Elisa Beatriz Braga dell' Orto van Eyken

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa: Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de fatores de risco controláveis e modificáveis para doenças cardiovasculares na população masculina adulta em idade produtiva (20-49 anos), adscrita ao PSF Alto Grajaú em Juiz de Fora, MG.

Benefícios que possam ser obtidos: Basear as ações locais de saúde quanto à promoção, prevenção e cuidados em saúde, relacionadas às doenças cardiovasculares.

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador (a) pelo telefone (32) 3216 xxxx

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE C – Manual do Entrevistador

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE E
PRESSÃO ARTERIAL LIMÍTROFE EM HOMENS ADULTOS,
ADSCRITOS AO PSF ALTO GRAJAÚ EM JUIZ DE FORA, MINAS
GERAIS**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

ELISA BEATRIZ BRAGA DELL' ORTO VAN EYKEN

ORIENTAÇÃO: PROF^a DR^a CLAUDIA LEITE MORAES

Rio de Janeiro

2006

INTRODUÇÃO

Este manual é parte da pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, intitulada PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE E PRESSÃO ARTERIAL LIMÍTROFE EM HOMENS ADULTOS ADSCRITOS AO PSF ALTO GRAJAÚ EM JUIZ DE FORA, MG.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal onde 280 homens na faixa etária de 20 a 49 anos serão entrevistados usando-se como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas fechadas, pré-codificadas e perguntas abertas semi-abertas que serão codificadas posteriormente. O ingresso no estudo será feito após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Essa etapa é a mais importante da pesquisa. A coleta de dados é fundamental para o sucesso do nosso estudo. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário pode comprometer os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Sendo assim, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores é de fundamental importância para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados coletados sejam comparáveis, é necessário que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega entrevistador ou a supervisora do projeto.

DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUZIR A ENTREVISTA

Informações importantes:

As frases que enunciam uma série de perguntas sobre o mesmo tema estão em itálico, no início dos temas e deverão ser lidas para os entrevistados.

As frases que estão dentro de caixas de texto são orientações apenas para os entrevistadores e não devem ser lidas.

Quando for necessário ler as opções de resposta para o entrevistado, a indicação virá entre parênteses ao término da pergunta.

Todos os problemas em cada questão devem ser anotados ao lado das mesmas, na margem esquerda do questionário ou nas margens inferior e superior da folha. NÃO escrever na margem direita da folha para não prejudicar a digitação dos códigos das respostas.

SIGA AS REGRAS A SEGUIR PARA UMA ENTREVISTA IMPARCIAL E DE SUCESSO:

NEUTRALIDADE:

Você deve manter sempre uma atitude neutra para com o entrevistado. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque o entrevistado à vontade e ganhe a sua confiança.

PERGUNTE O QUE ESTÁ ESCRITO:

Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Uma menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

OBEDEÇA A ORDEM:

Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Se o entrevistado está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se algum entrevistado se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que V/S me deu a resposta completa para isso”, ou “V/S pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”.

No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre em caixas de texto perto das questões.

SÓ VOCÊ VÊ AS PERGUNTAS:

Os entrevistados podem ser influenciados ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado.

INSISTA ANTES DE ACEITAR “NÃO SEI”:

Tente mais uma vez obter uma resposta diferente da “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.

DIREITO DE NÃO RESPONDER:

Lembre-se que o entrevistado tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ele queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.

CHEQUE RESPOSTAS:

Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pelo entrevistado. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que o entrevistado lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.

IRRELEVÂNCIA NÃO:

Às vezes, uma determinada pergunta pode levar a uma lembrança ou relato de alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar. Imprima a entrevista um tom profissional. Se você se depara com uma pessoa dispersa, digressiva, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper e trazê-lo de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado.

EXPLICAÇÕES SÓ ONDE HOUVER INDICAÇÃO:

Algumas vezes, os entrevistados pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, haverá uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada. Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: “o que quer que isso signifique para V/S”. Se o entrevistado não consegue responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS

Respostas divergentes:

Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes o entrevistado não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas. Pode acontecer que o entrevistado sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ele escolheria uma

resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes. Neste caso, você deve tentar induzi-lo à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou do outro?” ou “na maioria das vezes...” ou “quase sempre...”, etc. Se ela insiste que não pode escolher, escreva sua primeira resposta e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.

Respostas vagas e generalizadas:

Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista os entrevistados respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-lo a se expressar de forma mais específica.

Respostas “não sei”:

Em geral, o entrevistado responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:

Ele não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu.

Ele está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.

Ele pode estar fugindo do assunto porque se sente desinformada e tem medo de dar uma resposta errada.

Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.

Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – o entrevistador achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nessas horas. Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que você acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.

Respostas às perguntas dependentes:

Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente a algumas entrevistadas. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta a pergunta anterior. Por exemplo, se o entrevistado responde “sim” à pergunta 57, deve-se perguntar as questões 58 a 65; em caso de resposta negativa, o entrevistador deve pular para a pergunta 66, marcando a alternativa NA (não se aplica) em todas as respostas das perguntas 58 a 65.

Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada. É comum que a entrevistador comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

REGISTRANDO AS RESPOSTAS

Se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que o entrevistado diz.

Como em nosso estudo, a grande maioria das perguntas são fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.

Esteja pronto para escrever. Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Nas poucas perguntas abertas do questionário, comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.

Use abreviações. No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma puder causar confusão para o digitador do questionário, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.

Peça o entrevistado para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar; ir lendo à medida que escreve, e ler parte do que já escreveu, pedindo à entrevistada que complete o restante.

Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.

Marque a opção de resposta dada pelo entrevistado e preencha o campo de resposta (quadrado à direita) com o código correspondente. Deve-se dar atenção especial a marcação de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta, quando só for solicitado uma. Lembre-se: o número precodificado é aquele que entra no quadrado correspondente à questão do lado direito da folha. Muito cuidado ao anotar o código da resposta. Problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.

Use um (*) ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.

Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, exceto a margem direita, onde serão anotados os códigos da resposta, para isso. Você pode querer dar explicações, tais como: o entrevistado começou a se inquietar, riu, chorou e se recusou a responder a pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis.

Se o entrevistado mudar de idéia depois de você marcar uma opção de resposta, escreva nulo sobre a anterior e marque a opção correta. Se for necessário mudar uma resposta no quadrado específico, risque a opção errada, circule marque a opção correta, apague o erro no campo de resposta com líquido paper e escreva o código correto.

REVISANDO A ENTREVISTA

Após a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu de forma minuciosa, correta e completamente. Esse procedimento é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com o entrevistado, NÃO DEIXE DE FAZER, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-lo novamente.

Alguns objetivos da revisão:

Identificar, corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao marcar os códigos.

Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.

Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.

Anotar com caneta de outra cor as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o supervisor.

Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.

BOA SORTE!

MÓDULO 1: IDENTIFICAÇÃO, INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SÓCIOECONÔMICOS.

Este módulo tem a finalidade de identificar o entrevistado, seu local de residência e sua área e número da família na UBS. Tem também o objetivo de obter dados importantes em relação a idade, cor, escolaridade, situação de trabalho e condições de moradia. Preencha as linhas com as informações conforme o entrevistado respondeu. Em seguida coloque a codificação no(s) quadrado (s) correspondente (s).

QUESITO 1: NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

Esse dado já deve constar do seu questionário quando o receber. Confira se nos quadrados correspondentes ao quesito 1 consta uma numeração. Caso não conste comunique imediatamente ao supervisor da pesquisa. Não preencha os campos em branco.

Quesito 2: DATA

É a data de realização da entrevista que deve ser anotado obedecendo a ordem: dia, mês e ano.

QUESITO 3: TEMPO DA ENTREVISTA

É o tempo total de duração da entrevista que deve ser anotado obedecendo ao padrão HORA : MINUTOS, em 24 horas. Por exemplo: 13:25.

QUESITO 4: ENTREVISTADOR

Escrever o nome do entrevistador por extenso, sem abreviações na linha disponível. Anotar o número que foi dado para o registro de cada entrevistador nos espaços disponíveis. Cada entrevistador possui um número próprio, que não deve ser modificado, que será usado na tabulação dos dados.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

QUESITO 5: NOME

É o nome do entrevistado que deve ser anotado. Se você ficar em dúvida da grafia do nome, peça para ver um documento de identidade.

QUESITO 6: MICRO ÁREA

Anotar o número da micro área que consta do prontuário da família na UBS na linha e depois nos quadrados correspondentes.

QUESITO 7: NÚMERO DA FICHA A. ENDEREÇO

Anotar o número da ficha A que corresponde ou prontuário da família na UBS, sem utilizar os números correspondentes a área e a micro área.

Anotar o endereço completo, com todas as indicações da moradia que constem do prontuário da família na UBS.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

QUESITO 8: O SENHOR/ VOCÊ NASCEU EM JUIZ DE FORA?

Anotar marcando com um X no espaço correspondente à resposta do paciente. Se a resposta for NÃO, perguntar ONDE? o entrevistado nasceu, cidade/estado/país e anotar no espaço ao lado da palavra onde. Anotar a codificação 1 ou 2 no espaço correspondente.

QUESITO 9: O SR/VC MORA HÁ QUANTO TEMPO EM JUIZ DE FORA?

Anote a informação do modo como foi respondido pelo entrevistado, por exemplo, 10 anos e 4 meses e depois coloque na codificação apenas os anos completos, sem o meses adicionais.

QUESITO 10: QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO?

Lembre-se de perguntar qual a data de nascimento e não quantos anos tem. Se o entrevistado apresentar dificuldades em se recordar, peça para ver um documento de identidade como a carteira de identidade, carteira de trabalho, carteira de motorista ou certidão de nascimento/casamento. Anotar a data do mesmo modo do quesito 2. Calcular a idade e codificar a idade em anos inteiros vividos.

QUESITO 11: QUAL O SEU ESTADO CIVIL?

Marcar com um X na opção respondida pelo entrevistado. Caso a resposta não se encaixe em nenhuma das que constam no questionário, coloque a opção “outros”. Depois codifique de 1 a 7 no espaço reservado.

QUESITO 12: QUAL A SUA COR?

Nesse quesito é importante que você leia as alternativas e espere o entrevistado se identifique com uma das respostas. Caso ele use outra opção, pergunte qual das opções mais se assemelha à que ele respondeu. Marque com um X no espaço correspondente e anote na margem esquerda a primeira opção, que não consta das respostas do questionário. Codifique de 1 a 7 no espaço reservado.

SOBRE A SUA MORADIA

QUESITO 13: QUANTAS PESSOAS MORAM NA MESMA CASA DO QUE O SR/VC?

Anotar o número de pessoas relatadas pelo entrevistado e colocar nos quadrados correspondentes. Quando não souber ou não quiser responder usar NS ou NR.

QUESITO 14: QUANTOS CÔMODOS TÊM SUA CASA INCLUINDO COZINHA E BANHEIRO E SEM CONTAR COM VARANDA OU ÁREA?

Número de cômodos que tem a casa incluindo banheiro e cozinha. Varanda não conta. Não considerar os de uso comum à outras famílias. Codificar com o número de cômodos respondido pelo entrevistado.

QUESITO 15: DE QUE MATERIAL É CONSTRUÍDA A MAIOR PARTE DA SUA CASA?

Ler as alternativas e fazer uma X na resposta do entrevistado. Colocar a resposta do entrevistado em relação a OUTROS. Codificar de 1 a 6 no espaço reservado.

QUESITO 16: DE QUE MATERIAL É FEITA A MAIOR PARTE DO CHÃO DA SUA CASA?

Ler as alternativas e fazer uma X na resposta do entrevistado. Colocar a resposta do entrevistado em relação a OUTROS. Codificar de 1 a 8 no quadrado reservado.

QUESITO 17: SUA CASA TEM LUZ ELÉTRICA?

Marcar o quesito de resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 18: SUA CASA TEM BANHEIRO?

Marcar a resposta em relação a existência de banheiro próprio em casa e codificar no quadrado reservado. Atenção quando a resposta for não ou N/R.

QUESITO 19: É DENTRO OU FORA DA CASA?

Perguntar somente se a questão 18 tiver sido respondida. Marcar o quesito de resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 20: ONDE AS PESSOAS DA CASA FAZEM SUAS NECESSIDADES?

Só perguntar se a pergunta anterior não tiver sido respondida. Marcar o quesito de resposta e codificar no quadrado reservado. Anotar a resposta para outros.

QUESITO 21: PARA ONDE VAI O ESGOTO DA SUA CASA?

Ler as alternativas para o entrevistado. Marcar o quesito de resposta do entrevistado e codificar de 1 a 6 no quadrado reservado. Anotar a resposta para outros.

QUESITO 22: DE ONDE VEM A ÁGUA QUE O SR/VC USA EM SUA CASA?

Ler as alternativas para o entrevistado. Marcar o quesito de resposta do entrevistado e codificar de 1 a 8 no quadrado reservado. Anotar a resposta para outros.

QUESITO 23: O SR/VC PRECISA GUARDAR OU ARMAZENAR ÁGUA?

Marcar a alternativa de resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 24: AONDE O SR/VC JOGA O LIXO?

Ler as alternativas de respostas para o entrevistado. Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado. Anotar a resposta para outros.

EM RELAÇÃO AOS SEUS ESTUDOS

QUESITO 25: O SR/VC SABE LER E ESCREVER?

Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 26: O SR/VC FREQUENTOU ESCOLA?

Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado. Pular a próxima pergunta se a resposta for não.

QUESITO 27: QUAL FOI A ÚLTIMA SÉRIE QUE O SR/VC CONCLUIU? O NÍVEL MAIS ALTO DE EDUCAÇÃO QUE O ENTREVISTADO CHEGOU FOI?

Anotar a informação que o entrevistado forneceu e em seguida marcar o nível mais alto de educação de acordo com a informação anterior do entrevistado (não ler essas opções nem perguntar o nível de escolaridade). Codificar no quadrado reservado.

QUESITO 28: QUEM É A PESSOA DA FAMÍLIA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARCELA DO ORÇAMENTO FAMILIAR?

É a pessoa que paga a maioria das despesas. Anotar a informação como foi respondida e codificar no quadrado reservado de acordo com o parentesco.

QUESITO 29. QUAL FOI A ÚLTIMA SÉRIE QUE ESSA PESSOA CONCLUIU?

Anotar a informação como foi respondida e codificar no quadrado reservado usando a codificação do quesito 27.

QUESITO 30: Atualmente o sr/vC possui trabalho ou atividade remunerada?

Marcar a resposta e anotar qual a atividade. Codificar no quadrado correspondente.

QUESITO 31: QUAL DAS OPÇÕES A SEGUIR MELHOR DESCREVE SUA ATIVIDADE DE TRABALHO?

Ler as opções para o entrevistado. Marcar a resposta do entrevistado. Codificar no quadrado reservado de 1 a 7. Considerar carteira assinada com trabalho formal e autônomo como contribuinte da previdência social.

Bens pessoais: é importante reafirmar que os dados são importantes para a pesquisa e que ficarão em sigilo.

QUESITO 32: O SR/VC POSSUI TELEVISÃO EM CORES?

Considerar apenas em cores que não estejam quebradas há mais de 6 meses. Anotar a quantidade.

QUESITO 33: QUANTOS BANHEIROS TÊM NA SUA CASA?

Não perguntar caso a resposta do quesito 18 tenha sido não ou N/R. Considerar por vaso sanitário; incluir lavabo.

QUESITO 34: O SR/VC POSSUI EMPREGADO MENSALISTA?

Marcar a opção e anotar o número de empregados relatados que trabalhem pelo menos 5 dias por semana. Anotar a quantidade.

QUESITO 35: NA SUA CASA TEM MÁQUINA DE LAVAR ROUPA?

Marcar opção e anotar a quantidade. Aceitar tanquinho se for declarado espontaneamente. Anotar a quantidade.

QUESITO 36: NA SUA CASA TEM RADIO?

Considerar qualquer tipo, mesmo 3 em 1 ou microsystems, menos de carros. Anotar a quantidade.

QUESITO 37: O SR/VC OU ALGUÉM NA SUA CASA POSSUI AUTOMOVEL?

Não considerar aqueles utilizados para trabalho como táxis, vans ou pick ups, mesmo que sejam também utilizados para o lazer. Anotar a quantidade

QUESITO 38: NA SUA CASA TEM ASPIRADOR DE PO?

Considerar máquinas tipo vaporetto. Anotar a quantidade.

QUESITO 39. NA SUA CASA TEM VIDEOCASSETE E/OU DVD?

Anotar a quantidade total, não importando se for 1 ou mais de cada.

QUESITO 40. NA SUA CASA TEM GELADEIRA?

QUESITO 41. NA SUA CASA TEM GELADEIRA DE DUAS PORTAS?

QUESITO 42. NA SUA CASA TEM FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?

Importante realizar as 3 perguntas pois a pontuação é diferente. Marcar a resposta e a quantidade.

MÓDULO 2: INFORMAÇÕES DE SAÚDE RELATIVAS À PRESSÃO ARTERIAL, PESO E ALTURA CORPORAIS.

Este módulo destina-se a investigação da Hipertensão Arterial, conhecida como pressão alta, uma doença que atinge parcela significativa da população e que, quando não tratada, pode trazer graves problemas para a saúde.

Neste módulo são considerados os aspectos ligados ao diagnóstico da doença e às condutas adotadas pelos profissionais da assistência de saúde, assim como as formas de se adquirir o remédio e a regularidade com que ele é usado.

São considerados também o peso e a altura corporais, para a classificação do índice de massa corporal.

Atenção:

Quando no enunciado do quesito, se indicar a necessidade da informação ou procedimento ter sido prestado por algum profissional de saúde, é fundamental que esta condição seja respeitada.

QUESITO 43 - ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU outro profissional DE SAÚDE JÁ MEDIU A SUA PRESSÃO?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

Atenção: Não considere a pressão medida por pessoas que “tiram” pressão em bancas na rua, prática comum em algumas cidades.

QUESITO 44: QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO, ENFERMEIRO OU OUTRO PROFISSIONAL de saúde MEDIU A SUA PRESSÃO?

O entrevistador, se necessário, pode sugerir dias, meses ou anos, mas não induzir à resposta. Anotar a resposta do entrevistado. Codificar usando o número nos dois quadrados iniciais e D, M ou A para Dias, Meses ou Anos e 9 para NR/NS.

Exemplo: 20 dias atrás: 20/D; 6 meses: 06/M

QUESITO 45: ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O SR/VC TEM PRESSÃO ALTA?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO. Neste caso, encerrar o módulo e passar para o módulo seguinte.

QUESITO 46: O SR/VC SE LEMBRA QUANTO ESTAVA A SUA PRESSÃO?

Marcar o quesito de resposta e anotar o valor da pressão se o entrevistado puder se lembrar. Codificar no quadrado reservado.

QUESITO 47: ALGUM MÉDICO LHE RECEITOU REMÉDIO PARA BAIXAR A PRESSÃO?

Marcar a resposta do entrevistado e caso a resposta for negativa passar para o quesito 54. Codificar no quadrado reservado.

QUESITO 48: ATUALMENTE, O SR/VC ESTÁ USANDO O REMÉDIO PARA BAIXAR SUA PRESSÃO?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO e nesse caso passe para o quesito 52.

(*) Anotar a medicação em uso e solicitar para verificar a medicação.

QUESITO 49: O SR/VC PROCURA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE PARA CONSEGUIR SEU REMÉDIO DE PRESSÃO DE GRAÇA, mesmo que eventualmente?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 50: QUANDO O SR/VC PROCURA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE PARA CONSEGUIR SEU REMÉDIO, COM QUE FREQUENCIA CONSEGUE?

Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado correspondente.

QUESITO 51: QUANDO NÃO CONSEGUE SEU REMÉDIO NA UNIDADE DE SAÚDE, O SR/VC:

Este quesito visa conhecer a atitude das pessoas, no momento em que seu remédio de pressão acaba e não se consegue mais de graça nos serviços públicos de saúde.

Este quesito possui 5 alternativas, as quais deverão ser lidas pelo entrevistador, exceto OUTROS. Assinale a quadrícula de acordo com a resposta do informante. Quando assinalar a opção OUTROS, é necessário especificar, de forma legível, o que o informante faz quando o remédio acaba.

QUESITO 52: O SR/VC FAZ ACOMPANHAMENTO NA SUA PRESSÃO ARTERIAL NA UBS OU OUTRA UNIDADE DE SAÚDE?

Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 53: A SUA PRESSÃO ESTÁ CONTROLADA?

Este quesito serve para informar se existe uma variação da pressão arterial ou se a mesma está sempre com os mesmos valores. Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadrado reservado.

QUESITO 54: ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA TEM/TEVE PRESSÃO ALTA?

Marcar a resposta do entrevistado. Completar a resposta positiva com Quem? E passar para o quesito 56 se a resposta for negativa ou não sabe. Codificar no quadrado reservado.

QUESITO 55: ESTA (S) PESSOA (S) MORA OU MORAVA COM O SR/VC?

Marcar a resposta do entrevistado e codificar no quadro reservado.

QUESITO 56 - QUAL É A SUA ALTURA?

Este quesito visa investigar a altura referida do entrevistado. Junto com o peso, esta medida possibilita classificar o estado nutricional do entrevistado.

Pergunte a altura da pessoa e registre a resposta em metro, considerando duas casas decimais, arredondando para o centímetro mais próximo, seguindo a seguinte regra: até 0.4 cm arredonde para o centímetro anterior. De 0.5 a 0.9 cm, arredonde para o cm seguinte.

Exemplos:

Indivíduo responde que mede 1 m 76 cm: | 1 |,| 7 | 6 | m

Indivíduo responde que mede 1 m 76.4 cm: | 1 |,| 7 | 6 | m

Indivíduo responde que mede 1 m 76.5 cm: | 1 |,| 7 | 7 | m

Indivíduo responde que mede 1 m 76.8 cm: | 1 |,| 7 | 7 | m

Caso a pessoa desconheça a sua altura, assinale a quadrícula NS/NR.

QUESITO 57: QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O SR/VC TEVE SUA ALTURA MEDIDA?

Anotar a informação que o entrevistado fornecer. Marcar o quesito de acordo com a resposta anterior do entrevistado. Codificar no quadrado reservado

QUESITO 58 – QUAL É O SEU PESO?

Este quesito visa investigar o peso da pessoa. Junto com a altura, esta medida possibilita classificar o índice de massa corporal.

Pergunte o peso da pessoa e registre a resposta em quilograma, considerando uma casa decimal, arredondando para o grama mais próximo. Muito cuidado ao registrar o peso para que 85 Kg não vire 8.5 Kg. Sempre que o peso for menor que 100,0 Kg preencha o espaço vazio à esquerda com o zero.

Exemplos:

Indivíduo responde que pesa 85 Kg: | 0 | 8 | 5 |,| 0 | Kg

Indivíduo responde que pesa 85 Kg e 200 gramas: | 0 | 8 | 5 |,| 2 | Kg

Indivíduo responde que pesa 85 Kg e 230 gramas: | 0 | 8 | 5 |,| 2 | Kg

Indivíduo responde que pesa 85 Kg e 250 gramas: | 0 | 8 | 5 |,| 3 | Kg

Indivíduo responde que pesa 85 Kg e 280 gramas: | 0 | 8 | 5 |,| 3 | Kg

Caso a pessoa desconheça o seu peso, assinale, com um X, a quadrícula NS/NR.

Caso o informante tenha dificuldade de responder o peso ou a altura:

Entrevistador: "Quanto o(a) Sr.(a) pesa?"

Informante: "Não sei direito".

Entrevistador: "Quanto o(a) Sr.(a) acha, mais ou menos?"

Informante: "Uns 80 – 85 quilos".

Entrevistador: "Que número entre 80 e 85 quilos o(a) Sr.(a) quer que eu anote?"

Informante: "Da última vez que me pesei era em torno de 83 quilos".

QUESITO 59: QUAL FOI A ULTIMA VEZ QUE O SR/VC SE PESOU?

Anotar a informação que o entrevistado fornecer. Marcar o quesito de acordo com a resposta anterior do entrevistado. Codificar no quadrado reservado.

.

MÓDULO 3 : ATIVIDADE FÍSICA

O objetivo deste módulo é conhecer o nível de atividade física da população de estudo, classificando os informantes de acordo com o tipo de atividade, frequência e o tempo gasto com essas atividades em uma semana habitual.

É comum confundirem atividade física com exercício físico ou ginástica. Mas na realidade atividade física é qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético. Em outras palavras, é qualquer movimento com o corpo que altere a respiração, batimentos do coração ou suor. Assim, além de exercício e ginástica, atividade física inclui também as atividades realizadas no trabalho, dentro de casa ou no quintal, aquelas feitas por lazer, por esporte ou para ir de um lugar a outro.

Para trazer benefícios para a saúde, a atividade física pode ser moderada ou vigorosa, mas deve ser realizada por pelo menos 10 minutos seguidos. Uma forma de medir o nível de atividade física é pelo aumento na respiração e batimentos cardíacos.

Para responder as perguntas deste módulo, é muito importante que o informante perceba a diferença entre atividade física e exercício, que leve em consideração todas as atividades realizadas em uma semana habitual (comum, típica) e compreenda que só estamos interessados naquelas atividades que ele realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez. Para isso, o entrevistador deverá ler pausadamente a introdução em negrito, que antecede as perguntas, se certificando que o informante entendeu.

SEMANA HABITUAL:

Consideramos SEMANA HABITUAL uma semana de 7 dias (de Domingo a Sábado), que seja considerada de rotina. Não deve ser considerada uma semana atípica, como por exemplo, semana de carnaval, ou feriados, em que o tipo de atividade física do informante pode ser diferente do usual.

Quesito 60: Em quantos dias de uma semana COMUM o Sr/vc caminha por pelo menos 10 minutos SEGUIDOS, EM CASA, NO TRABALHO, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer ou como forma de exercício?

Nesta pergunta queremos saber o número de dias, em uma semana comum, em que o informante caminha por qualquer motivo. Isto pode ser uma caminhada por exercício ou lazer, mas também pode ser para se locomover de um lugar a outro, para pegar uma condução, para ir para a escola ou trabalho, para ir ao mercado etc. Pode também ser uma caminhada durante o trabalho, como por exemplo, para ir almoçar, ou como parte do trabalho, como no caso do carteiro ou office boy. Enfim, deve-se incluir caminhadas realizadas por qualquer motivo desde que tenha sido feita por pelo menos 10 minutos seguidos.

Se todos os dias a pessoa caminha para pegar o ônibus, mas isso leva apenas 5 minutos, não deve ser considerado, mesmo que ela caminhe 5 minutos para pegar o ônibus e depois caminhe mais 5 minutos quando saltar, porque não fazem 10 minutos seguidos. Por outro lado, uma pessoa que caminhe 15 minutos para ir para o colégio, e no percurso pare para atravessar uma rua, deve ser considerado, pois esse período em que esteve parado, não é suficiente para o coração voltar a bater no ritmo normal.

Registre na quadrícula, com um dígito, o número de dias na semana em que a pessoa caminha por pelo menos 10 minutos contínuos como forma de transporte, para ir de um lugar para outro, por lazer ou como forma de exercício.

Caso a pessoa não caminhe ou caminhe com frequência menor que 1 vez por semana, coloque 0. Caso a pessoa não queira ou não saiba responder, coloque NS ou NR. E passe para o quesito 62.

Quesito 61: Nos dias em que o Sr/vc caminha, por pelo menos 10 minutos **SEGUIDOS**, quanto tempo no total o Sr/vc gasta caminhaNdo?

Para poder classificar o informante quanto a padrões de atividade física, é importante saber o tempo que ele gasta realizando a atividade.

Só devem responder a este quesito pessoas que caminham por pelo menos 10 minutos seguidos, em 1 dia ou mais por semana.

Registre nas quadrículas o número de horas e/ou minutos que a pessoa gasta, em média, nos dias em que caminha.

Atenção:

A finalidade do quesito não é a de registrar o somatório de tempos de todos os dias que a pessoa caminha e sim o tempo médio que caminha nos dias em que caminha.

Veja os exemplos abaixo:

Informante gasta, em média 45 minutos:

| 0 |:| 4 | 5 | Horas e minutos por dia

Informante gasta, em média 1 hora:

| 1 |:| 0 | 0 | Horas e minutos por dia

Informante gasta, em média, 1 hora e 30 minutos:

| 1 |:| 3 | 0 | Horas e minutos por dia

Antes de passar para as próximas perguntas, é importante ler para o entrevistado a definição de atividade física moderada e vigorosa. Ao ler essa definição, é importante enfatizar a diferença entre os dois tipos de atividade.

ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de **ALGUM** esforço físico, fazem o SR/VC respirar **UM POUCO** mais forte do que o normal e o coração bater **UM POUCO** mais rápido.

ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um **GRANDE** esforço físico, fazem o SR/VC respirar **MUITO** mais forte do que o normal e o coração bater **MUITO** mais rápido.

Quesito 62 – (Além da caminhada,) O SR/VC faz atividades MODERADAS, por pelo menos 10 minutos seguidos, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente moderadamente a sua respiração ou batimentos do coração?

Este quesito destina-se as pessoas que realizam algum tipo de atividade física moderada, por pelo menos 10 minutos seguidos.

Saber se ele realiza ou não esse tipo de atividade. Se não realizar pular para a questão 65.

Quesito 63 - Em quantos dias de uma semana comum, o SR/VC faz essas atividades MODERADAS, por pelo menos 10 minutos seguidos?

Registrar o número de dias como na 60. Pular o quesito seguinte se a resposta for 0 ou NR/NS.

Quesito 64 – Nos dias em que o SR/VC faz essas atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo ao todo, o SR/VC gasta fazendo essas atividades?

Registrar o tempo como na 61.

Quesito 65 (Além da caminhada,) o SR/VC faz atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente muito sua respiração ou batimentos do coração?

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos.

Alguns exemplos de atividade vigorosa são: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados na casa, no quintal, carregar grandes pesos ou trabalhos como usar enxada, britadeira, marreta etc.

Registrar como no quesito 62. Se a resposta for não ou NS/NR passar para o próximo módulo

66. Em quantos dias de uma semana comum, o SR/VC faz essas atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos?

Registrar como no quesito 63.

67. Nos dias em que o SR/VC faz essas atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo ao todo, o SR/VC gasta fazendo essas atividades?

Registrar como no quesito 61.

MÓDULO 4: TABAGISMO

Este módulo tem como objetivo o levantamento de informações sobre tabagismo, uma epidemia que preocupa milhões de pessoas, principalmente os profissionais de saúde e educação.

Ressalte-se, que o tabaco pode ser utilizado de diversas maneiras, conforme sua forma de apresentação: inalado (cigarro, cachimbo, charuto e cigarrilha); aspirado (rapé) e mascado (fumo de rolo). Todavia, nesta pesquisa, somente serão investigados aspectos do tabaco inalado que, de todas as formas, é aquela que vem se tornando um grave problema de saúde pública, afetando os fumantes e os não fumantes, que se tornaram vítimas passivas da poluição ambiental causada pelos fumantes.

Admitindo-se que o tabagismo é uma doença, as informações baseadas em pesquisas científicas possibilitarão o aperfeiçoamento dos programas de saúde pública, com o objetivo de minimizar os efeitos nocivos causados à saúde do homem pelo consumo de tabaco.

QUESITO 68 - ALGUMA VEZ O SR/VC JÁ EXPERIMENTOU OU TENTOU FUMAR CIGARROS, MESMO UMA OU DUAS TRAGADAS?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 69 - SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE O SR/VC FUMOU NA VIDA INTEIRA, O TOTAL CHEGA A 5 MAÇOS OU 100 CIGARROS?

Este quesito visa estabelecer com base em um padrão de comparação (5 maços), se a pessoa, já fumou, ao longo de toda sua vida, pelo menos 5 maços contendo 20 cigarros cada um ou 100 cigarros .

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 70 - Há quanto tempo O sR/VC começou a fumar cigarros, regularmente, quer dizer, pelo menos 1 cigarro por semana Mesmo que já tenha parado?

Registre, com 2 dígitos, o número de anos e/ou meses que o informante começou a fumar cigarros de forma regular. Observe que nesta pergunta queremos saber há quanto tempo o informante começou a fumar regularmente e não quantos anos ele tinha quando começou a fumar regularmente.

Caso o informante responda apenas anos, registre o número de anos no campo Anos e coloque 00 no campo Meses. Ex: Começou a fumar cigarros regularmente há 15 anos.

| 1 | 5 | Anos | 0 | 0 | Meses | | | NS/NR

Caso o informante responda anos e meses, registre o número de anos no campo Anos e o número de meses no campo Meses. Ex: Começou a fumar cigarros regularmente há 1 ano e 6 meses.

| 0 | 1 | Anos | 0 | 6 | Meses | 99 | | NS/NR

Caso o informante responda que começou a fumar há menos de um ano, coloque 00 no campo Anos e registre o número de meses no campo Meses. Ex: Começou a fumar cigarros regularmente há 5 meses.

| 0 | 0 | Anos | 0 | 5 | Meses | 99 | | NS/NR

Caso o informante responda que começou a fumar há menos de um mês, coloque 00 nos campos Anos e Meses. Ex: Começou a fumar cigarros regularmente há 25 dias.

| 0 | 0 | Anos | 0 | 0 | Meses | 99 | | NS/NR

Caso o informante não saiba ou não responda, deixe os campos Anos e Meses em branco e preencha a quadrícula NS/NR. EX: Informante não sabe ou não responde

| | | Anos | | | Meses | 99 | X | NS/NR

QUESITO71 - ATUALMENTE, O SR/VC FUMA CIGARROS?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe os comandos ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 72 - ATUALMENTE, O SR/VC FUMA CIGARROS DIARIAMENTE?

Assinale a quadrícula, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 73 - EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS O SR/VC FUMA POR DIA?

Registre, com 2 dígitos, a quantidade de cigarros ou maço(s) que o informante fuma, em média. Entende-se por maço o mesmo que uma carteira ou o equivalente a 20 cigarros.

Muita atenção ao preencher este quesito. Cuidado para não preencher a quadrícula errada!

Exemplos:

Se o informante disser que fuma 15 cigarros por dia: 15/C

Se o entrevistado informar que fuma 2 maços de cigarros por dia, o preenchimento das quadrículas será feita da seguinte forma: 2/M

Se o entrevistado não souber informar, assinale a quadrícula NS/NR. 99/9

QUESITO 74: QUE TIPO DE CIGARRO O SR/VC FUMA MAIS:

Este quesito possui quatro alternativas, as quais deverão ser lidas pelo entrevistador. Caso o informante responda Outros, registre a resposta de forma bem legível. Observe os comandos das alternativas 2, 3 e 4.

QUESITO 75: SR/VC FUMA MAIS:

Este quesito só vai ser respondido se o informante no quesito anterior disser que fuma mais cigarros industrializados com filtro.

Este quesito possui três alternativas, as quais deverão ser lidas pelo entrevistador exceto NS/NR. Assinale a quadrícula de acordo com a resposta do informante.

QUESITO 76: SR/VC FUMA CIGARROS INDIANOS, DE BALI (CRAVO)?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 77: QUANTAS UNIDADES DE CIGARROS DE BALI O SR/VC FUMA POR DIA OU POR SEMANA?

Registre, com 2 dígitos, a quantidade de cigarros ou maço(s) que o informante fuma, em média, por dia ou por semana.

15/C/D para 15 cigarros por dia

30/C/S para 30 cigarros por semana

2/M/D para 2 maços por dia

2/M/S para 2 maços por semana

QUESITO 78: QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR O SR/VC FUMA O PRIMEIRO CIGARRO?

Este quesito possui quatro alternativas, as quais deverão ser lidas pelo entrevistador. Assinale a quadrícula de acordo com a resposta do informante.

QUESITO 79: O SR/VC JÁ PAROU DE FUMAR POR PELO MENOS 1 DIA, POR QUE ESTAVA TENTANDO SERIAMENTE PARAR DE VEZ?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 80: QUANTAS VEZES NA VIDA O SR/VC TENTOU PARAR DE FUMAR?

Registre, com dois dígitos, o número de vezes que a pessoa tentou parar de fumar.

QUESITO 81: QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O SR/VC TENTOU PARAR DE FUMAR?

Este quesito possui quatro alternativas, as quais deverão ser lida pelo entrevistador. Assinale a quadrícula de acordo com a resposta do informante.

Observe o comando no final do quesito.

QUESITOS DE 82 a 88 SOMENTE PARA OS EX FUMANTES

QUESITO 82: HÁ QUANTO TEMPO O SR/VC PAROU DE FUMAR?

Registre, com 2 dígitos, o número de meses ou anos referentes ao tempo em que o informante parou de fumar. Caso o informante não lembre o número de meses ou anos, assinale a opção NS/NR.

QUESITO 83: DURANTE QUANTO TEMPO O SR/VC FUMOU?

Registre, com 2 dígitos, o número de anos que o informante fumou cigarros. Caso o entrevistado tenha fumado menos de um ano registre o número de meses no campo Meses. Caso o entrevistado declarar não saber ou não lembrar o número de anos/meses, assinalar a quadrícula NS/NR.

QUESITO 84: O SR/VC JÁ FUMOU cigarros DIARIAMENTE?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 85: QUANDO O SR/VC FUMAVA, QUANTOS CIGARROS O SR/VC FUMAVA EM MÉDIA, POR DIA?

O preenchimento deste quesito é semelhante ao do quesito 65.

QUESITO 86: O SR/VC PAROU DE FUMAR PORQUE TINHA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI CAUSADO OU QUE PIOROU POR CAUSA DO HÁBITO DE FUMAR?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante.

QUESITO 87 PARA PARAR DE FUMAR O SR/VC:

Este quesito possui duas alternativas, assinale a alternativa conforme a resposta do informante. Observe o comando da segunda a alternativa

QUESITO 88: QUAL FOI O TIPO DE TRATAMENTO OU MEDICAMENTO QUE O SR/VC RECEBEU?

Este quesito objetiva avaliar se a pessoa fez uso de algum processo psicológico ou químico para parar de fumar.

Neste quesito existem seis alternativas, as quais deverão ser lidas pelo entrevistador. Podem ser marcadas mais de uma alternativa, sendo necessário assinalar SIM ou NÃO para cada alternativa. Não deixe nenhuma linha em branco! Não codificar.

Caso o informante responda SIM para as alternativas 5 e 6, é necessário especificar que outro tipo de medicamento ou método foi utilizado.

QUESITOS DE 89 a 100 – BLOCO OUTROS PRODUTOS DO TABACO

QUESITO 89: O SR/VC JÁ MASCOU FUMO OU ASPIROU RAPÉ (FOLHA DE TABACO TRITURADA)?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando existente ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 90: SOMANDO TODAS ÀS VEZES QUE O SR/VC MASCOU FUMO OU ASPIROU RAPÉ, O TOTAL CHEGA A 20 VEZES?

QUESITO 91: ATUALMENTE, O SR/VC MASCA FUMO?

QUESITO 92: ATUALMENTE, O SR/VC ASPIRA RAPÉ?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. (90, 91 e 92)

QUESITO 93: O SR/VC ALGUMA VEZ FUMOU CHARUTOS, CIGARRILHAS OU CACHIMBO?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Passar para 84 se a resposta for não.

QUESITO 94: SOMANDO TODAS ÀS VEZES QUE O SR/VC FUMOU CHARUTOS, CIGARRILHAS OU CACHIMBO, O TOTAL CHEGA 20 VEZES?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante. Observe o comando ao lado da quadrícula NÃO.

QUESITO 95: ATUALMENTE O SR/VC FUMA:

Este quesito possui três alternativas as quais deverão ser lidas pelo entrevistador. Neste quesito podem ser marcadas mais de uma alternativa, sendo necessário assinalar SIM ou NÃO para cada alternativa. Não codificar.

QUESITO 96: O SR/VC fica em contato com a fumaça do cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola?

Assinale a quadrícula SIM ou NÃO, conforme a resposta do informante.

QUESITO 97: QUEM É FUMANTE ENTRE AS PESSOAS QUE CONVIVEM COM O SR/VC:

Este quesito possui 6 alternativas as quais deverão ser lidas pelo entrevistador.

Marque SIM, Não ou NÃO TEM/NÃO SE APLICA para cada alternativa.

Quando o informante não possuir esposa, namorada, pai/responsável ou mãe/responsável materna, filhos, marque a opção NÃO TEM/NÃO SE APLICA. Não codificar.

QUESITO 98: QUANTAS PESSOAS QUE MORAM NA SUA CASA FUMAM, CONTANDO COM O SR/VC, SE FOR O CASO?

Registre com dois dígitos o número de pessoas fumantes moradoras do domicílio. Caso não tenha fumantes assinalar a quadrícula NENHUMA.

Observe o comando ao lado da quadrícula NENHUMA.

QUESITO 99: QUANTAS DESSAS PESSOAS FUMAM DENTRO DE CASA?

Registre com dois dígitos o número de pessoas fumantes que fumam dentro de casa. Caso não tenha fumantes que fumam dentro de casa assinale a quadrícula NENHUMA.

Exemplo: 2 pessoas: 02; 10 pessoas: 10.

QUESITO 100: NA SUA OPINIÃO, ESTA AFIRMATIVA É VERDADEIRA OU FALSA:

“Pessoas que nunca fumaram e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas podem, por estar em contato com a fumaça do cigarro dos outros, morrer de várias doenças, inclusive do coração.”

Assinale a opção VERDADEIRA ou FALSA conforme a resposta do informante.

APÊNDICE D - Instrumento de Pesquisa

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO, SEDENTARISMO, OBESIDADE
E PRESSÃO ARTERIAL LIMÍTROFE EM HOMENS ADULTOS
ADSCRITOS AO PSF ALTO GRAJAÚ EM JUIZ DE FORA, MG.**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**ELISA BEATRIZ BRAGA DELL'ORTO VAN EYKEN
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a CLAUDIA LEITE MORAES**

1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:

1.

**PESQUISA PREVALÊNCIA DE TABAGISMO,
SEDENTARISMO, OBESIDADE E PRESSÃO ARTERIAL
LIMÍTROFE EM HOMENS ADULTOS ADSCRITOS AO PSF
ALTO GRAJAÚ EM JUIZ DE FORA, MG.**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: MÓDULO 1

**IDENTIFICAÇÃO, INDICADORES DEMOGRÁFICOS, INDICADORES
SOCIOECONÔMICOS.**

2. DATA:

2. / /

(dia/mês/ano)

3. TEMPO DE ENTREVISTA:

3. :

4. ENTREVISTADOR: _____

4.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SENHOR/VOCE

5. NOME: _____

5.

6. MICRO ÁREA: _____

6.

7. NÚMERO DA FICHA A: _____

7.

ENDEREÇO: _____

COMPLEMENTO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

(Especificar ponto de referência no caso de não haver identificação complementa do domicílio)

TELEFONE: _____

(Especificar se do trabalho, residência, celular, vizinhos, amigo, pais, comunitário)

INDICADORES DEMOGRÁFICOS:

8. O SENHOR (SR)/VOCÊ (VC) NASCEU EM JUIZ DE FORA?

8.

- 1. Sim
- 2. Não. Onde? _____

9. O SR/VC MORA HÁ QUANTO TEMPO EM JUIZ DE FORA? _____ ANOS

9.

(Colocar a informação em ANOS)

10. QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO?

__/__/____

IDADE: _____ ANOS

(Calcular idade)

10.

(Entrevistador colocar a IDADE em Anos)

11. QUAL O SEU ESTADO CIVIL?

11.

- 1. Solteiro
- 2. Casado/ União Consensual
- 3. Divorciado/ Separado
- 4. Viúvo
- 5. Outros _____

12. QUAL A SUA COR/RAÇA?

(Entrevistador ler as alternativas)

12.

- 1. Branca
- 2. Negra
- 3. Mulata/parda/morena/cabocla
- 4. Índio
- 5. Asiático/amarela
- 6. Não Sabe (NS)
- 7. Não Respondeu (NR)

FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA CASA

13. QUANTAS PESSOAS MORAM NA MESMA CASA DO QUE O SR/VC?

_____ PESSOAS. **(Entrevistador usar**

o número de pessoas informado pelo entrevistado e NS, NR caso ele não queira ou não saiba responder).

13.

14. QUANTOS CÔMODOS TÊM SUA CASA INCLUINDO COZINHA E BANHEIRO E SEM CONTAR COM VARANDA OU ÁREA?

14.

(Fale para não considerar os de uso comum à outras famílias)

15. DE QUE MATERIAL É CONSTRUÍDA A MAIOR PARTE DA SUA CASA?

(Leia as alternativas)

15.

- 1. Alvenaria/Tijolo
- 2. Madeira
- 3. Pau a pique
- 4. Outros: _____
- 5. NS
- 6. NR

16. DE QUE MATERIAL É FEITA A MAIOR PARTE DO CHÃO DA SUA CASA?

(Leia as alternativas)

16.

- 1. Cimento
- 2. Madeira tratada/tacos
- 3. Madeira bruta
- 4. Cerâmica/Ladrilho
- 5. Barro/Terra/ Areia
- 6. Outros: _____
- 7. NS
- 8. NR

17. SUA CASA TEM LUZ ELÉTRICA?

17.

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. NS
- 4. NR

18. SUA CASA TEM BANHEIRO?

18.

- 1. Sim
- 2. Não **(Passe para a 20)**
- 3. NR **(Passe para a 20)**

19. É DENTRO OU FORA DE CASA?

19.

- 1. Dentro de casa
- 2. Fora de casa
- 3. NR
- 4. NA

(Se esta questão tiver sido perguntada, passe para a 21).

20. ONDE AS PESSOAS DE SUA CASA FAZEM SUAS NECESSIDADES?

20.

- 1.[] Banheiro público ou externo
- 2.[] Local aberto
- 3.[] Casa de vizinho
- 4.[] Vasilha em casa/Saco plástico
- 5.[] Outros: _____
- 6.[] NR
- 7 [] NA

21. PARA ONDE VAI O ESGOTO DE SUA CASA? (leia as alternativas)

21.

- 1.[] Rede geral de esgoto
- 2.[] Fossa
- 3.[] Vala aberta
- 4.[] Outros: _____
- 5.[] NS
- 6.[] NR

22. DE ONDE VEM A ÁGUA QUE O SR/VC USA EM SUA CASA? (leia as alternativas)

22.

- 1.[] Torneira de casa
- 2.[] Torneira comum/bica
- 3.[] Carro-pipa
- 4.[] Poço
- 5.[] Nascente
- 6.[] Outros: _____
- 7 [] NS
- 8 [] NR

23. O SR/VC PRECISA GUARDAR OU ARMAZENAR ÁGUA?

23.

- 1.[] Não
- 2.[] Sim
- 3.[] NS
- 4.[] NR

24. AONDE O SR/VC JOGA O LIXO? (leia as alternativas)

24.

- 1.[] Caçamba
- 2.[] Local aberto ou terreno baldio
- 3.[] Recolhimento em casa
- 4.[] Outros: _____
- 5.[] NS
- 6.[] NR

SOBRE SEUS ESTUDOS

25. O SR/VC SABE LER E ESCREVER?

25.

- 1.[] Sim
- 2.[] Não

26. O SR/VC FREQUENTA OU FREQUENTOU ESCOLA?

26.

- 1.[] Sim
- 2.[] Não (**Passe para 28**)

27. QUAL FOI A ÚLTIMA SÉRIE QUE O SR/VC CONCLUIU? _____

(Entrevistador completar com a informação exata prestada pelo entrevistado)
O NÍVEL MAIS ALTO DE EDUCAÇÃO QUE O ENTREVISTADO CHEGOU FOI:
(Completar conforme a resposta da questão acima)

27.

- 1.[] Não frequentou escola formal
- 2.[] Ensino fundamental incompleta
- 3.[] Ensino fundamental completo
- 4.[] Ensino médio incompleto
- 5.[] Ensino médio completo
- 6.[] Ensino superior incompleto
- 7.[] Ensino superior completo
- 8.[] Pós graduação
- 9.[] Supletivo
- 10.[] alfabetização de adultos
- 11.[] Outros _____

EM RELAÇÃO AO TRABALHO E SITUAÇÃO ECONÔMICA

28. QUEM É A PESSOA DA FAMÍLIA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARCELA DO ORÇAMENTO FAMILIAR? _____

(Completar com a informação do entrevistado)

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O ENTREVISTADO

28.

- 1.[] O próprio
- 2.[] Pai
- 3.[] Mãe
- 4.[] Esposa
- 5.[] Filho (a)
- 6.[] Outros _____.
- 7.[] NS/Recusa

29. QUAL FOI A ÚLTIMA SÉRIE QUE ESSA PESSOA CONCLUIU?

(Entrevistador completar com a informação exata prestada pelo entrevistado)

O NÍVEL MAIS ALTO DE EDUCAÇÃO QUE A PESSOA RELATADA CHEGOU FOI:
(Completar conforme a resposta da questão acima usando a codificação ao da pergunta 27)

29.

30. ATUALMENTE O SR/VC POSSUI TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?

30.

- 1.[] Sim. QUAL? _____
2.[] Não (Passe para a 32)

31. QUAL DAS OPÇÕES A SEGUIR MELHOR DESCREVE SUA ATIVIDADE DE TRABALHO? (Ler as opções)

31.

- 1.[] Emprego formal
2.[] Emprego informal
3.[] Autônomo
4.[] Desempregado (biscate)
5.[] Aposentado
6.[] Estudante Bolsista
7 [] Outros

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS DE CONFORTO FAMILIAR. ESSAS INFORMAÇÕES SÃO MUITO IMPORTANTES PARA A PESQUISA.

(É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para aparelhos domésticos em geral devemos considerar os seguintes casos: Bem alugado em caráter permanente; Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses; Bem quebrado há menos de 6 meses. Não considerar os seguintes casos: Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses; Bem quebrado há mais de 6 meses; Bem alugado em caráter eventual e bem de propriedade de empregados ou pensionistas.).

32. NA SUA CASA TEM TELEVISÃO EM CORES? (Colocar a quantidade e se for resposta não colocar 0)

32.

- 1.[] Sim. Quantas? _____
2.[] Não

33. QUANTOS BANHEIROS TÊM NA SUA CASA? _____

33.

34. A SUA FAMÍLIA TEM EMPREGADO MENSALISTA? (Que trabalhe pelo menos 5 dias na semana; ganha por mes)

34.

- 1.[] Sim. Quantas? _____
2.[] Não

35. NA SUA CASA TEM MÁQUINA DE LAVAR ROUPA?

35.

- 1.[] Sim. Quantas? _____
2.[] Não

36. NA SUA CASA TEM RADIO?

36.

- 1.[] Sim. Quantos? _____
2.[] Não

37. O SR/VC OU ALGUÉM NA SUA CASA POSSUI AUTOMOVEL? (não considerar veículos usados para trabalho)

37.

- 1.[] Sim. Quantos? _____ 2.[] Não

38. NA SUA CASA TEM ASPIRADOR DE PO?

38.

- 1.[] Sim. Quantos? _____
2.[] Não

39. NA SUA CASA TEM VIDEOCASSETE E/OU DVD?

39.

- 1.[] Sim. Quantos? _____
2.[] Não

40. NA SUA CASA TEM GELADEIRA?

40.

- 1.[] Sim. Quantas? _____
2.[] Não

41. NA SUA CASA TEM FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?

41.

MÓDULO 2

INFORMAÇÕES DE SAÚDE REFERENTES À PRESSÃO ARTERIAL, PESO E ALTURA CORPORAL.

As perguntas agora dizem respeito à sua pressão arterial, ao seu peso e a sua altura.

42. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ MEDIU SUA PRESSÃO?

42.

1. [] Sim
2. [] Não (Passe para a pergunta 53)

43. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE MEDIU A SUA PRESSÃO? _____

(dias, meses, ano, não recorda/não sabe).

43. /

(Colocar XX/ D para dia; XX/ M para meses, XX/ A para anos e 99/9 para não recorda, não sabe)

44. ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O SR/VC TEM PRESSÃO ALTA?

44.

1. [] Sim
2. [] Não (Passe para a questão 53)

45. O SR/VC SE LEMBRA QUANTO ESTAVA A SUA PRESSÃO?

45.

1. [] Sim. QUANTO? _____
2. [] Não

46. ALGUM MÉDICO LHE RECEITOU REMÉDIO PARA BAIXAR A PRESSÃO?

46.

1. [] Sim
2. [] Não (Passe para a 53)

47. ATUALMENTE O SR/VC ESTÁ USANDO REMÉDIO PARA PRESSÃO?

47.

1. [] Sim. (*)
2. [] Não (Passe para 53)

(*) QUAL (IS) O (S) REMÉDIO (S) O SR/VOCÊ ESTÁ USANDO? _____

(Entrevistador verificar a medicação utilizada)

48. O SR/VC PROCURA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE PARA CONSEGUIR SEU REMÉDIO DE PRESSÃO DE GRAÇA?

48.

1. [] Sim. Com que frequência?

(sempre que acaba, quase sempre, às vezes, raramente).

2. [] Não (passe para 51)

49. QUANDO O SR/VC PROCURA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE PARA CONSEGUIR SEU REMÉDIO, COM QUE FREQUÊNCIA CONSEGUE?

49.

1. [] Sempre
2. [] Quase sempre
3. [] Raramente
4. [] Nunca

50. QUANDO NÃO CONSEGUE O REMÉDIO NA UNIDADE DE SAÚDE, O SR/VC: (Ler as opções menos outros)

50.

1. [] Pára de tomar
2. [] Compro
3. [] Peço alguém para comprar
4. [] Peço ao médico outro que tenha na unidade
5. [] outros _____

51. O SR/VC FAZ ACOMPANHAMENTO DA SUA PRESSÃO NA UBS OU OUTRA UNIDADE DE SAÚDE?

51.

1. [] Sim, na UBS
2. [] Sim, outra unidade do SUS
3. [] Sim, particular
4. [] Não

52. A SUA PRESSÃO ESTÁ CONTROLADA?

52.

1. [] Sim
2. [] Não
3. [] NS
4. [] NR

53. ALGUMA PESSOA DA SUA FAMÍLIA TEM/TEVE PRESSÃO ALTA?

53.

1. [] Sim. Quem? _____
2. [] Não (Passe para questão 55)
3. [] Não sabe (Passe para a questão 55)

54. ESTA (S) PESSOA (S) MORA (M) OU MORAVA (VAM) COM O SR/VC?

54.

1. [] Sim, mora atualmente
2. [] Sim, morou
3. [] Não
4. [] NS
5. [] NR

55. QUAL É A SUA ALTURA?

55. ,

(COLOCAR em metros e 0,00 para NS/NR)

1. [] __, __ __ m
2. [] NS/NR

56. QUAL É O SEU PESO?

56. ,

(Colocar em KG e 000,000 para NS/NR)

1. [] __ __ __, __ __ __ KG
2. [] NS/NR

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: MÓDULO 3

Agora vou perguntar sobre atividade física

Atividade física é qualquer atividade ou movimento corporal realizado, que aumente a sua respiração, batimentos do coração ou faça o SR/VC suar. Isso inclui as atividades realizadas no trabalho, por lazer, por esporte, para ir de um lugar a outro ou nas tarefas domésticas e no quintal.

Para responder as perguntas, por favor, pense em todas as atividades que o SR/VC faz por pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez, sem parar, em uma semana COMUM, TÍPICA.

57. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM O SR/VC CAMINHA POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS EM CASA, NO TRABALHO, COMO FORMA DE TRANSPORTE PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO, POR LAZER OU COMO FORMA DE EXERCÍCIO? _____ DIAS

57.

(dias; pule a 58 se a resposta foi 0, NS ou NR)

58. NOS DIAS EM QUE O SR/VC CAMINHA, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, QUANTO TEMPO NO TOTAL O SR/VC GASTA CAMINHANDO?

58. :

(Horas : minutos)

Para responder as próximas perguntas, pense que:

- **ATIVIDADES MODERADAS** são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico, fazem o SR/VC respirar UM POUCO mais forte do que o normal e o coração bater UM POUCO mais rápido.

ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um GRANDE esforço físico, fazem o SR/VC respirar MUITO mais forte do que o normal e o coração bater MUITO mais rápido.

59. (Além da caminhada,) O SR/VC faz atividades **MODERADAS, por pelo menos 10 minutos seguidos**, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente moderadamente a sua respiração ou batimentos do coração?

(Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos.)

Alguns exemplos de atividades moderadas são: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa ou no quintal, como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou trabalhos como soldar, operar máquinas, empilhar caixas etc.

59.

1. [] Sim
2. [] Não (passe para 62)
3. [] NS/NR (passe para 62)

60. Em quantos dias de uma semana comum, o SR/VC faz essas atividades **MODERADAS, por pelo menos 10 minutos seguidos**?

60.

(dias; pule a 61 se a resposta foi 0, NS ou NR)

61. Nos dias em que o SR/VC faz essas atividades **MODERADAS por pelo menos 10 minutos seguidos**, quanto tempo ao todo, o SR/VC gasta fazendo essas atividades?

61. :
(Horas : minutos)

62. (Além da caminhada,) o SR/VC faz atividades **VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos**, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente **muito** sua respiração ou batimentos do coração?

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos.

Alguns exemplos de atividade vigorosa são: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados na casa, no quintal, carregar grandes pesos ou trabalhos como usar enxada, britadeira, marreta etc.

62.

- 1.[] Sim
2.[] Não (passe para próximo módulo)
3. [] NS/NR (passe para próximo módulo)

63. Em quantos dias de uma semana comum, o SR/VC faz essas atividades **VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos**?

63.

(dias; passe para próximo módulo se a resposta foi 0, NS ou NR)

64. Nos dias em que o SR/VC faz essas atividades **VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos seguidos**, quanto tempo ao todo, o SR/VC gasta fazendo essas atividades?

64. :
(Horas : minutos)

MÓDULO 4

TABAGISMO

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS
SOBRE FUMAR.

65. ALGUMA VEZ O SR/VC JÁ EXPERIMENTOU OU TENTOU FUMAR **CIGARROS**, MESMO UMA OU DUAS TRAGADAS?

65.

- 1.[] Sim
2.[] Não (passe para 86)

66. SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE O SR/VC **FUMOU NA VIDA INTEIRA**, O TOTAL CHEGA A **5 MAÇOS OU 100 CIGARROS**?

66.

- 1.[] Sim
2.[] Não (passe para 68)

67. HÁ QUANTO TEMPO O SR/VC **COMEÇOU A FUMAR CIGARROS**, REGULARMENTE, QUER DIZER, PELO MENOS 1 CIGARRO POR SEMANA? (MESMO QUE JÁ TENHA PARADO)

67. /

(Colocar XX/A para anos, XX/M para meses e 99/9 para NS/NR)

___| Anos
___| Meses
___| NS/NR

68. ATUALMENTE, O SR/VC FUMA **CIGARROS**?

68.

- 1.[] Sim
2.[] Não (Se quesito 66 = 1 (Sim), passe para 79)
(Se quesito 66 = 2 (Não), passe para 86)

69. ATUALMENTE, O SR/VC FUMA **CIGARROS DIARIAMENTE**?

69.

- 1.[] Sim
2.[] Não (passe 71)

70. EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS O SR/VC FUMA POR DIA?

(Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante, Cigarros ou

Maços). 70. /

(Colocar XX/C para cigarros, XX/M para maços e 99/9 para NS/NR)

- Cigarros por dia
- Maços por dia
- NS/NR/Variável

71. QUE TIPO DE CIGARRO O SR/VC FUMA MAIS:

(Entrevistador: Leia as alternativas)

71.

- 1. Cigarro industrializado com filtro
- 2. Cigarro industrializado sem filtro (passe para 73)
- 3. Cigarro de palha (passe para 73)
- 4. Outros _____
(especifique) (passe para 73)

72. O SR/VC FUMA MAIS:

(Entrevistador: Leia as alternativas)

72.

- 1. Cigarros com baixos teores/suave/light
- 2. Cigarros com teores regulares/normais (Não leia)
- 3. Não sabe

73. O SR/VC FUMA CIGARROS INDIANOS, DE BALI (CRAVO)?

73.

- 1. Sim
- 2. Não (passe para 75)

74. QUANTAS UNIDADES DE CIGARROS INDIANOS, DE BALI (CRAVO) O SR/VC FUMA POR DIA OU SEMANA?

(Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante, Cigarros ou Maços).

74. / /

(C/D para cigarros/dia; C/S cigarros semana; M/D para maços/dia; M/S maços semana)

- 1 Cigarros por dia
- 2 Cigarros por semana
- 3 Maços por dia
- 4 Maços por semana
- 00/0/0 Menos de 1 cigarro por semana
- 99/9/9 NS/NR/Variável

75. QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR O SR/VC FUMA O PRIMEIRO CIGARRO?

(Entrevistador: Leia as alternativas).

75.

- 1. Nos primeiros 5 minutos
- 2. De 6 minutos a 30 minutos
- 3. De 31 minutos a 60 minutos
- 4. Após 60 minutos

76. O SR/VC, JÁ PAROU DE FUMAR POR PELO MENOS 1 DIA, PORQUE ESTAVA TENTANDO SERIAMENTE PARAR DE VEZ?

76.

- 1. Sim
- 2. Não (passe 86)

77. QUANTAS VEZES NA VIDA O SR/VC TENTOU PARAR DE FUMAR?

77.

78. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O SR/VC TENTOU PARAR DE FUMAR?

(Entrevistador: Leia as alternativas).

78.

- 1. Durante o último mês
- 2. Mais de um mês até 6 meses atrás
- 3. Mais de 6 meses até 12 meses atrás
- 4. Há mais de 12 meses

SE VOCÊ PERGUNTOU OS QUESITOS ACIMA

PASSE para 86

Perguntas de 79 ATE 85 - bloco ex fumante

79. HÁ QUANTO TEMPO O SR.VC PAROU DE FUMAR?

79. /

(Coloque A para anos, M para meses e 99/9 para NS/NR)

Anos Meses 99 NS/NR

80. DURANTE QUANTO TEMPO O SR/VC FUMOU?

80. /

(Coloque XX/A para anos, XX/M para meses e 99/ 9 para NS/NR)

Anos Meses 99 NS/NR

81. O SR/VC JÁ FUMOU CIGARROS DIARIAMENTE?

81.

- 1. Sim
- 2. Não (passe 83)

82. QUANDO O SR/VC FUMAVA QUANTOS CIGARROS O SR/VC FUMAVA, EM MÉDIA, POR DIA?

(Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante, Cigarros ou Maços).

82. / /

(Colocar XX/C/D para cigarros/dia; XX/M/D para maços/dia e 99/9/9 para NS e NR)

- 1 Cigarros por dia
2 Maços por dia
99 NS/NR/Variável

83. O SR/VC PAROU DE FUMAR PORQUE TINHA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI CAUSADO OU QUE PIOROU POR CAUSA DO CIGARRO

83.

1. Sim
2. Não

84. PARA PARAR DE FUMAR O SR/VC: (Entrevistador: Leia as alternativas).

84.

1. Recebeu algum tipo de tratamento com profissionais de saúde ou usou algum tipo de medicamento
2. Parou por conta própria **(passe 86)**

85. QUAL FOI O TIPO DE TRATAMENTO OU MEDICAMENTO QUE O SR/VC RECEBEU?

(Entrevistador: Leia as alternativas)

85.

(Não preencher)

- 1 Recebeu orientações em consulta com médico ou enfermeiro ou psicólogo? 1 Sim 2 Não
2 Participou de grupos para ajudar o fumante a parar ? 1 Sim 2 Não
3 Fez tratamento com laser ou acupuntura? 1 Sim 2 Não
4 Usou adesivos ou chiclete de nicotina? 1 Sim 2 Não
5 Usou outros tipos de medicamentos

(especifique) 1 Sim 2 Não
6 Outros

(especifique) 1 Sim 2 Não

Perguntas 86 A 95 – Bloco outros produtos do tabaco.

86. O SR/VC JÁ MASCOU FUMO OU ASPIROU RAPÉ (FOLHA DE TABACO TRITURADA)?

86.

1. Sim
2. Não **(passe 90)**

87. SOMANDO TODAS ÀS VEZES QUE O SR/VC MASCOU FUMO OU ASPIROU RAPÉ, O TOTAL CHEGA A 20 VEZES?

87.

1. Sim
2. Não **(passe 90)**

88. ATUALMENTE, O SR/VC MASCA FUMO?

88.

1. Sim
2 Não

89. ATUALMENTE, O SR/VC ASPIRA RAPÉ?

89.

1. Sim
2. Não

90. O SR/VC ALGUMA VEZ FUMOU CHARUTOS, CIGARRILHAS OU CACHIMBO?

90.

1. Sim
2. Não **(passe 93)**

91. SOMANDO TODAS ÀS VEZES QUE O SR/VC FUMOU CHARUTOS, CIGARRILHAS OU CACHIMBO, O TOTAL CHEGA A 20 VEZES?

91.

1. Sim
2. Não **(passe 93)**

92. ATUALMENTE O SR/VC FUMA: (Entrevistador: Leia as alternativas).

92.

1. Charuto 1 Sim 2 Não
2. Cigarilha 1 Sim 2 Não
3. Cachimbo 1 Sim 2 Não

93. O SR/VC FICA EM CONTATO COM A FUMAÇA DO CIGARRO DE OUTRAS PESSOAS EM SUA CASA, TRABALHO OU ESCOLA?

93.

- 1. Sim
- 2. Não

94. QUEM É FUMANTE ENTRE AS PESSOAS QUE CONVIVEM COM O SR/VC: (Entrevistador: Leia as alternativas).

94.

(Não marcar aqui)

- 1. Seu (sua) melhor amigo (a). 1 Sim 2 Não
- 2. A maioria dos seus amigos. 1 Sim 2 Não
- 3. Sua esposa, sua namorada, se o SR/VC tiver. 1 Sim 2 Não 7 Não tem/Não se aplica
- 4. Seu(s) irmão(s), se o SR/VC tiver. 1 Sim 2 Não 7 Não tem/Não se aplica
- 5. Pai/responsável paterno. 1 Sim 2 Não 7 Não tem/Não se aplica
- 6. Mãe/responsável materna. 1 Sim 2 Não 7 Não tem/Não se aplica
- 7. Filho (s). 1 Sim 2 Não 7 Não tem/Não se aplica

95. QUANTAS PESSOAS QUE VIVEM NA SUA CASA FUMAM, CONTANDO COM O SR/VC, SE FOR O CASO?

95.

Pessoas 00 Nenhuma (passe 97)

97. QUANTAS DESSAS PESSOAS FUMAM DENTRO DE CASA?

97.

98. NA SUA OPINIÃO, ESTA AFIRMATIVA É VERDADEIRA OU FALSA:

“Pessoas que nunca fumaram e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas podem, por estar em contato com a fumaça do cigarro dos outros, morrer de várias doenças, inclusive do coração.”

98.

- 1 Verdadeira 2 Falsa

Observações:

TÉRMINO DO MÓDULO - :

MÓDULO 5

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL
AGORA VAMOS MEDIR A SUA PRESSÃO ARTERIAL:

	PAS	PAD
PRIMEIRA AFERIÇÃO		
SEGUNDA AFERIÇÃO		

MEMBRO SUPERIOR:

HORA DA AFERIÇÃO: __ __H __ __MIN

Observações:

Término da Entrevista: __ __: __ __

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)