UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

KICIOSAN DA SILVA BERNARDI

**DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA,
ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

ITAJAÍ

2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

KICIOSAN DA SILVA BERNARDI

**DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA,
ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho – Ênfase em Saúde da Família, na Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Elisete Navas Sanches
Próspero

Co-orientador: Prof. Dr. Henri Stuker

Itajaí

2008

KICIOSAN DA SILVA BERNARDI

**DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA,
ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão no Trabalho – Ênfase em Saúde da Família e aprovada pelo Mestrado em Saúde e Gestão no Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Itajaí, 26 de novembro de 2008

Profª Dra. Elisete Navas Sanches Próspero
Univali – CE de Itajaí
Orientador

Prof. Dr. Antonio Carlos Estima Marasciulo
Univali – CE Itajaí
Membro

Profª Dra. Eleonora D`Orsi
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro Externo

Dedico aos meus filhos Vinícius e Sofia e ao meu esposo Mauro Luciano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas; aos amigos da espiritualidade; e à Casa espírita Allan Kardec, pela proteção e auxílio.

Ao amigo, companheiro e grande amor Mauro Luciano, por acreditar no meu potencial e compartilhar as alegrias, ausências e tudo o mais...

Aos meus filhos Vinícius e Sofia, por entenderem e tolerarem os dias longe de casa e por me incentivarem sempre. Amo vocês.

A minha família: pais, avó, irmãos, sogro, sogra, cunhadas, pela rede de apoio formada. Sem vocês, teria sido muito difícil!

À Prof^a Doutora Elisete Navas Sanches Próspero, “musa inspiradora”, por me incentivar a adentrar no mundo da quantitativa! *É pela educação, mais do que pela instrução, que se transforma a humanidade. Allan Kardec*

Aos amigos da IV turma de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Foram muitas risadas, trabalhos, “carinhos quentes e alteridade”!

Às amigas Bernadete, Jandira e Talita. *“Preciosa conquista, a amizade é o pólen do amor, a medrar onde quer que as flores do sentimento desabrochem na árvore generosa da dignidade humana.” Franco, D.*

Aos professores Dra. Rosita Saupe, Dra. Ingrid Elsen, Dr. Cutolo, Dra. Gladis Benito, Dra. Stella Lopes, Dra. Juliana Sandri, Dr. Antonio Carlos Marasciulo, Dra. Elisabeth Sanches pelo respeito e confiança a mim direcionados. *Educadores são os que, plenamente conscientes de seu papel, procuram despertar os poderes interiores das criaturas, sejam elas crianças, jovens ou adultos. SOUZA, J. B.*

Aos meus primos Rachell e Luiz. Obrigada pela acolhida, pelo carinho, pelas risadas, pelos passeios e por fazerem eu me sentir em casa em todas as idas à Itajaí!

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Cunha Porã e ao Secretário Municipal de Saúde Ário Abílio Söchting, sem os quais esta pesquisa teria sido inviável.

Transcrição da mensagem escrita em um dos instrumentos de pesquisa.

Nossa família é constituída de um casamento abençoado por Deus. Desde 1992, somos casados legalmente no cartório em Pomerode SC, e temos dois filhos maravilhosos, o Junior e a Sara. Trabalhamos como missionários da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, e estamos residindo em Cunha Porã desde agosto do corrente ano. Estamos felizes porque até aqui o Senhor Jesus Cristo nos tem ajudado e tem nos dado, muita saúde tanto física como espiritual como vocês podem perceber nesta curta entrevista, rezamos em nossas orações para o sucesso desta entrevista para todos os organizadores e que isso venha contribuir, para as pessoas se conscientizarem de que a saúde é primordial a todos nós.

Que Deus vós abençoe, Amém!!!!

S.M.P.N.

DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA, ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL

GENDER DIFFERENCES RELATED TO LIFE STYLE, HEALTH CONDITION AND UTILIZATION OF HEALTH CARE SERVICES: A POPULATION-BASED SURVEY

GALLI, Kiciosan da Silva Bernardi

Resumo

A questão de gênero, na saúde, tem um importante papel no processo de adoecer, uma vez que está ligada à cultura que afeta a ambos os sexos, aos recursos que utilizam para o enfrentamento dos agravos à saúde e ao contexto social em que estão inseridos. Sabe-se que o gênero feminino vive mais, porém refere mais problemas de saúde e psicológicos enquanto que o masculino sofre de doenças fatais e utiliza menos os serviços de saúde. Assim, o presente estudo objetivou relacionar as diferenças de gênero quanto ao estilo de vida, ao estado de saúde e à utilização dos serviços de saúde, no Município de Cunha Porã, em 2007. Para tanto, foi realizado um inquérito domiciliar de base populacional naquele município, constituindo-se a amostra de 3.247 habitantes. O plano amostral foi baseado em uma amostragem estratificada com dois estágios de seleção, sendo as unidades primárias as áreas da Estratégia Saúde da Família e, as unidades secundárias os domicílios. As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, respondidos diretamente pelos moradores sorteados. Este estudo revelou que o gênero feminino possui menor escolaridade, salários mais baixos e a maioria é representada por donas de casa, pensionistas, aposentadas ou estudantes. As mulheres são mais receptivas a hábitos alimentares saudáveis, porém são mais propensas à obesidade. A dependência de álcool e tabaco seguiu as tendências mundiais de atingir mais o sexo masculino. A morbidade auto-referida para hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardíacas teve maior prevalência no sexo feminino. Por outro lado, o sexo feminino utilizou, mais vezes, os serviços de saúde, principalmente a Unidade Básica, e realizou mais exames preventivos do que o sexo masculino. Constatou-se que a maioria da população tem acesso e utiliza os serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde, demonstrando credibilidade do Sistema Único de Saúde, apesar do atendimento ainda ser médico centrado, consolidando o modelo hegemônico de saúde vigente. É necessário, neste momento, fortalecer as ações da Estratégia de Saúde da Família com vistas à integralidade e eqüidade, que visem o atendimento da população considerando sua diversidade, propiciando o atendimento interdisciplinar, de forma a incorporar um novo modelo de atenção que irá refletir na saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Palavras-chave: gênero e saúde; inquérito de saúde; estilo de vida; acesso aos serviços de saúde.

Abstract

The issue of gender concerning health has an important role in the sickness process once it is connected with the culture that affects both sexes, with the resources that they utilize in order to face the damages to health and with the social context they belong to. It is known that the feminine gender lives longer; however, it refers more health and psychological problems. As to the masculine gender, it suffers from fatal diseases and utilizes less the health care services. Therefore the current study aimed at relating the gender differences as to the lifestyle, the health condition and the utilization of the health care services in the municipality of Cunha Porã in 2007. For such purpose, a population-based domicile survey was carried out with 3,247 inhabitants in that municipality. The sample plan was based on a stratified sampling performed upon two selection stages: as primary units, the fields of Family Health Strategy; as secondary units, the domiciles. The information was obtained by means of domicile interviews answered directly by the raffled inhabitants. This study revealed that the feminine gender has lower education level and salaries, and it is mostly represented by housewives, pensioners, retired women or students. While women are more receptive to healthy food habits, they are more prone to obesity. As to alcohol and tobacco addiction, the survey results followed the world trends showing that it affects more the masculine gender. The self-referred morbidity for arterial hypertension, diabetes mellitus and heart diseases was more prevalent among feminine subjects. On the other hand, the female utilized the health care services, mainly the Basic Unit, and performed preventive exams much more times than the male. It was found out that most of the population has access and utilizes the services offered by the Basic Health Unit what demonstrates the credibility of the Unique Health System in spite of its physician-centered attendance that consolidates the hegemony of the health model in force. At this point, it is needed to strengthen the actions of the Family Health Strategy aimed at the integrality and equity for the population attendance considering its diversity by offering the interdisciplinary attendance so as to incorporate a new care model that will reflect in the health of the subjects, families and community.

Keywords: gender and health; health survey; lifestyle; access to health care services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT: doença crônica não transmissível

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IMC: Índice de Massa Corporal

INCA: Instituto Nacional do Câncer

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI: Programa Nacional de Imunização

SC: Estado de Santa Catarina

SUS: Sistema Único de Saúde

SIAB: Sistema de Informação Ambulatorial

SIAHSU: Sistema de Informação Hospitalar

UBS: Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número total de habitantes por sexo e faixa etária de acordo com as equipes da Estratégia Saúde da Família – Cunha Porã – SC -----	28
Tabela 2: Número de indivíduos que fizeram parte da amostra segundo as equipes de Estratégia Saúde da Família, por sexo e faixa etária, considerando deef igual a 0,8 (deef = efeito da estratificação) e p 5% ou 0,05 -----	29
Tabela 3: Distribuição da amostra segundo as características sócio-demográfica -----	36
Tabela 4: Distribuição da amostra por sexo, segundo as variáveis de estilo de vida -----	37
Tabela 5: Distribuição por sexo segundo a variável problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista-----	39
Tabela 6: Distribuição por sexo segundo as variáveis auto-referidas para Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças do Coração e Câncer -----	39
Tabela 7: Distribuição por sexo das variáveis: procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, serviço de saúde que procura, exames preventivos e profissional que procura quando está com problemas de saúde -----	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Gênero e Saúde	17
3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Inquéritos de Saúde de Base Populacional	21
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
4.1 Desenho de Estudo	26
4.2 Local da pesquisa	26
4.3 População de Estudo	27
4.4 Amostra	28
4.5 Instrumento de coleta de dados	29
4.6 Variáveis do estudo	39
4.7 Entrevistadores	33
4.8. Sensibilização para a pesquisa	34
4.9 Processamento e análise dos dados	34
4.10 Aspectos éticos	35
5 RESULTADOS	36
5.1 Condições de Vida	36
5.2 Estilo de Vida	37
5.3 Estado de Saúde / Morbidade Referida	39

5.4 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde	40
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE	70

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, como em outros países do mundo, a desigualdade entre os gêneros tem diminuído com a melhoria das condições de vida das mulheres, mas permanecem os problemas de mortalidade materna e da violência contra a mulher (PENA et al, 2005; SANTOS, LIMA, 2008).

O relatório sobre Gênero e Saúde no Brasil (PENA et al, 2005) credita esta diminuição da desigualdade entre os gêneros decorrente da diminuição das taxas de fecundidade, aumento da escolaridade feminina e aumento da participação feminina no mercado de trabalho. O mesmo demonstra que o Brasil ainda tem muito que melhorar na questão de gêneros. As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, homicídios e suicídios foram de 119,81 por 100.000 entre os homens e 23,68 entre as mulheres. A expectativa de vida é 11% a mais no gênero feminino quando comparado ao masculino.

Estudos de diversos autores sobre gênero têm demonstrado que os homens assumem um modelo de masculinidade de invulnerabilidade e de provedor, enfatizando o trabalho em detrimento da sua saúde, enquanto as mulheres percebem melhor o seu corpo e procuram mais os serviços de saúde (KORIN, 2001; VILLELA, 2005; GOMES et al, 2007).

Na XIII Conferência Nacional de Saúde, foi aprovado o conceito ampliado de saúde, que define a saúde baseada em condicionantes do meio físico: condições geográficas, água, alimentação, habitação; meio socioeconômico e cultural: emprego, renda, educação, hábitos; garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde reorganiza e divulga a Política Nacional de Atenção Básica, que visa atender o usuário considerando os condicionantes de saúde. A atenção à saúde pauta-se na integralidade da assistência, nas condições sócio-econômicas do usuário, suas potencialidades e incapacidades de viver saudável e também no serviço de referência e contra-referência para a promoção e prevenção da saúde, tratamento de doenças e reabilitação (BRASIL, 2006)

Para aprimorar o banco de dados referentes aos serviços de saúde, muitos municípios e secretarias de saúde, assim como o Ministério da Saúde, estão

utilizando os inquéritos de base populacional. Os inquéritos populacionais na área da saúde foram elaborados e estão sendo empregados em países desenvolvidos desde o final da década de 1950.

Os inquéritos populacionais contínuos servem como respeitável manancial de informação para conhecimento da situação e de acesso aos serviços de saúde de determinada população e são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas (VIACAVA, 2002; VASCONCELOS et al, 2003). Segundo César et al (2005), no final da década de 50 os inquéritos periódicos de saúde foram iniciados nos Estados Unidos, com o objetivo de monitorar as tendências de morbidades e incapacidades. No Reino Unido o primeiro inquérito foi realizado entre 1943 a 1952; o Canadá iniciou seus inquéritos no ano de 1994; e na América Latina e Caribe desde 1985 realizam-se inquéritos populacionais. No Brasil, o sistema de pesquisas domiciliares foi implantado progressivamente, com a criação da PNAD, após a realização do primeiro inquérito de base populacional no município de Ribeirão Preto (SP), sobre a morbidade referida e uso de serviços de saúde (CÉSAR et al, 2005). Diversos inquéritos de base populacional foram desenvolvidos no território brasileiro (2003), entre os quais podemos citar o Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF, 1974/75 que investigou o consumo alimentar e orçamentos familiares; Pesquisas de Orçamento Familiar - POF 1987 e 1996; Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, 1996 e no mesmo ano a Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – PMSMIPF.

Viacava (2002) argumenta que os inquéritos de saúde cobrem um variado repertório sobre as medidas de saúde e do uso de serviços de saúde, assim é possível com estes inquéritos gerar informações de saúde na visão do usuário dos serviços. Na medida em que ele auto-referencia sua condição de saúde e como ele percebe o acesso aos serviços de saúde é possível planejar ações e políticas públicas neste setor.

Ponderando acerca da inexistência de um sistema local de informação sobre as condições de vida e saúde no município de Cunha Porã e a necessidade de conhecer as condições de vida e de saúde como forma de incrementar ações direcionadas para cada gênero no âmbito dos serviços de saúde, desenvolveu-se um estudo transversal de base populacional, utilizando o inquérito domiciliar, para elaboração de banco de dados e análise das condições de vida e de saúde,

abrangendo o uso e o acesso aos serviços de saúde pelos habitantes do município. X. Neste estudo foi feito um recorte analisando as diferenças de gênero, no entanto, este banco de dados possibilitará uma análise mais profunda de diversas faces das condições de vida deste município.

Esta pesquisa foi realizada por pesquisadores da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, parcialmente financiada com recursos de bolsas de iniciação científica – Programa Integrado de Pós-graduação e Graduação (PIPG) e Programa de Incentivo à Iniciação Científica (PIBIC), com o apoio da Administração Municipal e Poder Legislativo de Cunha Porã.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Objetivo Geral

- Relacionar as diferenças de estilo de vida, estado de saúde e a utilização dos serviços de saúde segundo o gênero, no Município de Cunha Porã, 2007.

2.2 Objetivos Específicos

Relacionar as diferenças:

- Das características sócio-demográficas: localização da moradia; escolaridade, situação de trabalho, religião, situação conjugal, raça e renda per capita segundo o gênero.
- Do estilo de vida: sedentarismo, tabagismo, hábitos alimentares, obesidade e alcoolismo segundo o gênero.
- Da morbidade referida para DCNTs: hipertensão arterial, doenças cardíacas, diabetes mellitus e câncer segundo o gênero.
- Da utilização dos serviços de saúde: acesso aos serviços de saúde, serviços de saúde que utiliza, realização de exames preventivos e procura por profissionais da área de saúde, segundo o gênero.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Gênero e Saúde

Gênero, segundo Gomes et al (2007) é entendido como além do biológico; são as funções socialmente construídas que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos; o gênero implica em incorporar os atributos e funções numa determinada cultura.

Para Salles-Costa (2008) o Gênero na saúde relaciona-se com as diferenças entre sujeitos inseridos em sistemas sociais e simbólicos, que são responsáveis pela construção da identidade.

Para Villela (2005), a questão de gênero na saúde tem um importante papel no processo de adoecer, indo além da constituição anátomo-fisiológica de sexo masculino e feminino. Pressupõe o modo como os sujeitos se mobilizam na sociedade; os significados atribuídos ao adoecer, os recursos que utilizam para o enfrentamento dos agravos à saúde e o contexto social em que cada um – masculino e feminino – está inserido.

Korin (2001, p.68) afirma que gênero compreende:

“... a série de significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas. Refere-se aos atributos, funções e relações que transcendem o biológico/reprodutivo e que, construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder/opressão entre os mesmos. É importante assinalar que o gênero varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo).”

Conforme Gomes (2003), no modelo histórico de masculinidade a ser seguido o homem deve ser reservado, superficial e prático nas suas experiências pessoais, estar preparado para agir e realizar atividades e também deve compreender sua parceira e sua prole.

Villela (2005, p. 30) ressalta que:

para as mulheres a identidade de gênero (= sentir-se mulher e ser percebida como) esteve, e talvez ainda esteja, estreitamente relacionada ao exercício da maternidade. (...) os homens podem (e devem) satisfazer seus desejos, não sendo esperado de um homem o comedimento, seja sexual seja na alimentação, no uso de substâncias, na exposição a riscos, nas expressões

de agressividade ou mesmo nas ações que visam ganhar/acumular dinheiro ou poder (...).

Pode-se inferir que a cultura afeta ambos os gêneros, pois sempre é reforçado a idéia de oposição na educação do masculino e do feminino. O homem é educado para ser viril, enquanto que a mulher deve ser dócil e passiva, mais frágil, vulnerável e está apta à maternidade, sendo que qualquer mudança neste comportamento é rejeitada pela sociedade (Gomes et al, 2007; Aquino, 2006).

Para Gomes et al (2007, p. 567) as relações entre os gêneros perpassa a perspectiva heterossexuada do mundo: o homem tem que provar diariamente sua virilidade e seu papel de provedor:

enquanto o homem é “bruto”, “forte”, “agressivo”, “tem iniciativa sexual (ativo)”, “vive mais na rua” e “gosta de pular a cerca (é sexualmente infiel)”; a mulher é “suave”, “sensível”, “doce”, sexualmente mais “passiva”, “fica mais em casa” e sexualmente “se segura mais”.

As diferenças entre os gêneros traduzem-se nas desigualdades sociais, econômicas e culturais, que estão paulatinamente diminuindo, com a significativa participação das mulheres na educação formal, a pequena (mas crescente) participação do homem nas atividades familiares e as leis constitucionais, que asseguram maior igualdade entre homens e mulheres (Pena et al, 2005). Na perspectiva de gênero, as mulheres estão na busca pela visibilidade social e tentando mudar a visão histórica de cuidadora.

Segundo Fonseca (2005), as mulheres representam 44% da população economicamente ativa e não são valorizadas no mercado de trabalho. As mulheres recebem seu rendimento 41,3% menor que os homens. Ainda, segundo Fonseca (2005) houve um aumento na proporção de mulheres chefes de família de 18% no ano de 1990 para 25% em 2001, levando as mulheres a desenvolverem uma tripla carga de trabalho – trabalho remunerado, trabalho doméstico no ambiente familiar, responsabilidade familiar e social sem a participação masculina.

Na saúde, diversos estudos tem apontado que há uma diferença de gêneros nas sociedades industrializadas. O gênero feminino vive mais, não obstante refere mais problemas de saúde e psicológicos e utiliza mais os serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002).

Segundo Pinheiro et al (2002), as morbidades que mais afetam o gênero masculino são as doenças crônicas fatais: doença isquêmica do coração, aterosclerose, enfisema, câncer, acidente vascular cerebral, cirrose, problemas de rins; o gênero feminino apresenta morbidades agudas, transitórias e de curta duração, e doenças crônicas não fatais e de baixa letalidade: hipertensão, artrite, dor lombar crônica, dor de cabeça, sinusite, asma e anemia.

A diferença entre os gêneros pode ser percebida também nas práticas esportivas. A atividade física para as mulheres focava a manutenção da saúde, prevenção de doenças e o embelezamento do corpo: caminhadas, andar de bicicleta, praticar tênis; para os homens a prática de atividade focava o delineamento dos músculos e a validação da masculinidade, associados a idéia de força e domínio (SALLES-COSTA, 2003).

Existe também a diferença dos fatores de risco para o aparecimento de doenças. Segundo Pinheiro et al (2002, p. 688)

enquanto a obesidade, o *stress*, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças neste grupo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas no longo prazo.

Em pesquisas utilizando inquéritos de base populacional percebeu-se que o gênero feminino tem uma facilidade maior em reportar-se aos problemas de saúde quando comparado ao gênero masculino. Em pesquisa realizada na Grã-Bretanha, as mulheres apresentaram maior freqüência de doenças crônicas, assim como nas pesquisas realizadas no Brasil (PINHEIRO et al, 2002)

Esta fragilidade feminina pode ser entendida quanto se atribui à mulher o papel social de cuidadora da família. As mulheres utilizam mais os serviços de saúde, estão mais familiarizadas com a terminologia médica, conhecem melhor os sinais e sintomas das doenças e também tem uma facilidade maior em relatar os seus problemas de saúde e de seus familiares quando comparadas aos homens. Esta percepção mais aguçada para os problemas de saúde reflete também o processo de medicalização da mulher (BARROS et al, 2006; SALLES-COSTA et al, 2003).

Esta realidade de exposição do corpo aos serviços de saúde no gênero feminino está socialmente estabelecida e tornou-se natural. Em seus diversos ciclos

de vida ela tem seu corpo exposto à medicina e é protagonista de um processo intenso de medicalização (GOMES et al, 2007). Boltanski (1979 apud SALLES-COSTA, 2003, p 329), ressalta que “as mulheres apresentam uma percepção mais sensível do corpo, social e historicamente criada pelo processo de medicalização, o que as deixa mais atentas do que os homens às “sensações doentias””.

O gênero feminino procura mais os serviços de saúde também pelas demandas associadas à gravidez a ao parto (PINHEIRO et al, 2002) e por serem mais interessadas pela sua saúde.

Outro fator que predispõem o gênero feminino a relatar seus problemas de saúde, segundo Gomes e Nascimento (2006) é a relação homem-saúde: o gênero masculino possui um modelo histórico de masculinidade que interfere na adoção um estilo de vida saudável.

Na questão procura por serviços de saúde, existem diferenças individuais no risco de adoecer e morrer para cada gênero, do comportamento do indivíduo acerca do problema de saúde que o está afetando e da oferta de serviços em saúde que está sendo disponibilizada (PINHEIRO et al, 2002).

O gênero masculino, conforme Gomes et al (2007) “tem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade”, entretanto os serviços de saúde atendem menos esta parcela da população.

Alguns autores tem associado a ocorrência dos homens apresentarem condições severas e crônicas de saúde e morrerem pelas mesmas causas mais do que as mulheres ao fato destes verem a prática do cuidado como atributo feminino (GOMES et al, 2007)

Estes papéis sociais de masculino e feminino afetam a busca pelos serviços de saúde, pois podem ferir a identidade do masculino. Estudo desenvolvido por Gomes et al (2007) revelou que para os homens o cuidado é um papel feminino muito presente no seu imaginário social, pois a mulher recebe todos os ensinamentos sobre como cuidar do lar, da prole e da família de forma responsável e o homem recebe os ensinamentos para tornar-se forte, viril, invulnerável e provedor.

Outro fator pela não procura aos serviços de saúde pelo gênero masculino é a dificuldade de verbalizar o que sentem, pois culturalmente este atributo é do gênero feminino e verbalizar seus problemas o tornaria fraco e feminino (GOMES et al, 2007). O trabalho também é um fator excludente para o gênero masculino, pois o

horário de funcionamento dos serviços de saúde normalmente coincide com o horário de trabalho. Para o homem, o trabalho é uma das primeiras preocupações, considerando que no imaginário social é do homem o papel de provedor. Desta maneira, ir em busca do atendimento de saúde significa faltar ao trabalho e correr o risco de perder o emprego ou não conseguir uma promoção no cargo ocupado, gerando tensões que podem agravar seu estado de saúde (GOMES et al, 2007). Este papel de provedor do homem está tão consolidado que a participação da mulher na provisão familiar ainda não tem visibilidade social.

A vergonha de se expor e o medo de descobrir algum problema sério de saúde também afastam o homem dos serviços de saúde. Outro fator é não ter um atendimento de saúde voltado para o masculino, conforme relatado por Gomes et al (2007, p. 570) os

homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigirem quase que exclusivamente para mulheres. Assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Pela preocupação com o trabalho e com sua identidade, quando o gênero masculino adocece e a dor o impossibilita de desenvolver suas atividades laborais, a maioria procura por medidas alternativas de tratamento, como uso de fitoterápicos, auto medicação ou atendimento no balcão da farmácia por serem medidas que não os obrigam a ficarem na fila esperando o atendimento médico (GOMES et al, 2007)

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Inquéritos de Saúde de Base Populacional

A transição epidemiológica observada em diversos países do mundo a partir dos anos de 1960 com a queda da mortalidade, redução das doenças infecciosas e parasitárias, aumento da expectativa de vida, trouxe ao cenário de saúde um incremento das doenças crônicas não transmissíveis com ênfase às doenças do coração, diabetes mellitus e câncer, configurando o que alguns autores denominam de “transição epidemiológica” incompleta (BARROS et al, 2006; BRASIL, 2004).

No ano de 2004, de acordo com os Painéis de Indicadores do SUS, os dados de mortalidade apontavam as doenças cerebrovasculares como a causa primeira de óbitos, seguidas por infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração, agressões, diabetes mellitus, pneumonias, acidentes de transporte, doenças hipertensivas, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, insuficiência cardíaca, complicações e doenças mal definidas do coração, cirrose e enfermidade não infecciosa do fígado (BRASIL, 2006)

Segundo dados do SIM/CENEPI/FUNASA (BRASIL, 2004, p. 03):

no ano de 2000 registraram-se 945.700 óbitos no Brasil. Destes, 27,5% foram devidos a doenças do aparelho circulatório, 14,3% devidos a causas mal definidas, 12,7% a neoplasias, 12,4% a causas externas, 9,3% a doenças do aparelho respiratório e 4,7% a doenças infecciosas e parasitárias.

As doenças crônicas não transmissíveis são definidas por estarem associadas a diferentes fatores de risco, acompanharem os indivíduos em um longo período e tempo, ter origem não infecciosa e poder desenvolver incapacidades funcionais (BARROS et al, 2006; BRASIL, 2005)

Conforme Brasil (2002, p.14):

o chamado estilo de vida moderno, a que todos estão sujeitos, é o grande fator de risco à saúde. Os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e o tabagismo compõem as principais causas para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

O estilo de vida que cada indivíduo desenvolve está relacionado e interligado ao conhecimento, atitudes, oportunidades, experiências vividas, relações familiares e sociais e a própria percepção de saúde. Para Nahas (2001, p. 11) estilo de vida pode ser entendido como “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida as pessoas.”

Monteiro (2008) ressalta que as estimativas brasileiras para as DCNT apontam para “quase dois terços o total das mortes por causa conhecida” e os fatores de risco que se destacam são os padrões inadequados de alimentação e atividade física.

Considerando que as DCNT são associadas ao estilo de vida ineficaz, as mudanças para um estilo de vida ativo, cessação do tabagismo e reeducação alimentar são fundamentais. No entanto, esta mudança quase sempre vem acompanhada de resistência e barreiras agregadas a falta de informação, falta de

atitude e falta de motivação, ou seja, para grande parte dos indivíduos ela requer um esforço individual, nem sempre alcançado (NAHAS, 2001).

Esta variação no cenário de morbidades ficou mais expressiva na população brasileira considerando a mudança na pirâmide etária e na melhora da qualidade de vida na terceira idade, aumentando a demanda aos serviços de saúde para acompanhamento e tratamento das DCNT.

Conforme relato da OPAS (BRASIL, 2005, p. 11), as DCNT são onerosas aos serviços de saúde e faz-se necessário investir recursos financeiros e humanos para a “pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável.”

Os custos atribuídos as DCNT correspondem a mais da metade de todas as internações, excluindo os partos. Na rede conveniada ao Sistema Único de Saúde, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 25% das internações hospitalares, com um custo de 13% do total de recursos para a saúde. O tratamento oferecido para algumas DCNT dispendeu dos cofres públicos aproximadamente três bilhões de reais somente com procedimentos de média e alta-complexidade: 10,9% para tratar a insuficiência renal; 16,4% de recursos financeiros com o tratamento para o câncer (BRASIL, 2000)

As estatísticas nacionais de prevalência das DCNT são desenvolvidas através da notificação de atendimentos hospitalares, ambulatoriais e unidades básicas de saúde próprios ou conveniados ao SUS, mas são insuficientes se considerarmos a sub-notificação. Para suprir esta falta de dados, os inquéritos de saúde de base populacional são hoje “o principal instrumento a ser utilizado para a formulação e avaliação de políticas públicas e para conhecer a prevalência das DCNT” (Barros et al, 2006)

Como ferramenta para suprir a falta de dados, o Brasil desenvolveu a PNAD que:

constitui-se em um sistema de pesquisa (...) que, por ter propósitos múltiplos investiga diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente nas pesquisas, como as características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o País” (BRASIL, 2004 p. 04).

No Brasil, a primeira PNAD ocorreu no segundo trimestre de 1967, com periodicidade trimestral. No ano de 1971, a periodicidade passou a ser anual, com

os dados pesquisados no último semestre. Esta pesquisa foi interrompida nos anos de 1970, 1980, 1991 e no ano de 2000 para a realização dos censos demográficos. Diversos aspectos são investigados nas pesquisas de base populacional. Na década de 1970, a PNAD investigou a caracterização da população com relação à educação, trabalho, renda, habitação, migração e fecundidade. Em 1987 foi incorporada à pesquisa a cor dos indivíduos e no ano seguinte a existência de rádio e televisão nos domicílios. Entre os anos de 1981 a 1996, vários tópicos foram incorporados à PNAD em forma de suplementos, de acordo com as necessidades de informações para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país. Realizou-se a investigação dos temas acerca da saúde, educação, mão-de-obra e previdência, fecundidade feminina, situação do menor, anticoncepção, acesso aos serviços de saúde, suplementação alimentar e associativismo, participação político-social e estoque de aparelhos utilizadores de energia, trabalho, nupcialidade e mobilidade social. Em 2002 o suplemento da PNAD inquiriu acerca do trabalho infantil (BRASIL, 2004).

Especificamente na área da saúde, as pesquisas foram realizadas com os suplementos de saúde nos anos de 1981, 1986, 1988 e 2003 (TRAVASSOS et al, 2008). O primeiro suplemento abordou entre outros temas, a morbidade, uso dos serviços de saúde, cobertura vacinal, cuidado da mãe e da criança, hospitalização, assistência odontológica, portadores de deficiência e incapacidade física. Em 1986 foi pesquisado sobre a morbidade referida, utilização dos serviços de saúde, suplementação alimentar e anticoncepção. Em 1988 o tema abordado foi uso de medicamentos e uso dos serviços públicos de saúde. Este suplemento, segundo Travassos et al (2008, p. 102) “inaugura uma série histórica quinquenal de informação nacional de base populacional sobre saúde e consumo de serviços de saúde, financiada pelo Ministério da Saúde.”

Em 2003, a PNAD abordou em seu suplemento o acesso e utilização dos serviços de saúde e em 2008 pretende-se pesquisar este mesmo tema. Também no ano de 2003, realizou-se no Brasil o Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, através do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em 15 capitais brasileiras e o Distrito Federal.

A vigilância às DCNT é trabalho de longa data. Na década de 1970 o Brasil dispunha somente do programa de prevenção do câncer, com a Divisão Nacional de Câncer. No final dos anos 70, foi denominada Divisão Nacional das Doenças

Crônico-Degenerativas (DNDCD), englobando além do câncer, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

No ano de 1990, a mudança do governo federal resultou na extinção da DNDCD e em 1991 foram criadas as Coordenações de Doenças Crônico-Degenerativas e de Doenças Cardiovasculares. Em 1998 voltaram a funcionar os Comitês Técnicos-Científicos que prestavam assessoria ao trabalho das Coordenações (BRASIL, 2000).

Em 2000 criou-se no Ministério da Saúde a Coordenação de Monitoramento das Doenças e Agravos não Transmissíveis – COMAT. Em 2002, foi regulamentado o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis, que entre outras ações, fornece conhecimento epidemiológico sobre as DCNT e seus fatores de risco ao SUS (BRASIL, 2004). A partir de 2006 foi ativado o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico – Vigitel, nas 26 capitais e no Distrito Federal. Este sistema de vigilância é realizado através de entrevistas telefônicas (MONTEIRO, 2008)

Dados obtidos através da PNAD 2003 informam que 29,9% dos brasileiros referem ter ao menos um problema crônico de saúde, aumentando conforme a idade: 10% para indivíduos com menos de 20 anos e acima de 70% nos indivíduos com idade superior a 70 anos. Em todas as faixas etárias acima de 10 anos, o gênero feminino teve uma prevalência maior de morbidade comparada ao gênero masculino. Na população acima de 18 anos, a prevalência de morbidade para doenças crônicas nas mulheres foi 22% superior aos homens. Este dado é condizente com pesquisas realizadas em outros países. Na Pesquisa Mundial de Saúde e na PNAD de 1998, as mulheres apresentaram maior prevalência de doenças crônicas (BARROS et al, 2006) corroborando com as pesquisas que indicam haver diferenças entre gênero na questão saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho de Estudo

O inquérito domiciliar realizado no município de Cunha Porã constituiu-se de um estudo seccional de base populacional. Segundo Medronho (2009) o estudo seccional é caracterizado pela observação direta de determinada população, que comumente está relacionada com critérios geográficos, políticos e administrativos que a limitam em termos espaciais. As unidades de observação de um estudo seccional costumam ser selecionadas aleatoriamente, isto é, por algum método orientado apenas pelo acaso.

4.2 Local da pesquisa

O município de Cunha Porã situa-se no Extremo-Oeste do Estado de Santa Catarina, na microrregião de Chapecó, com uma área territorial de 220 Km², distante aproximadamente 631 km da capital Florianópolis.

O município foi colonizado por descendentes de imigrantes italianos e alemães vindos do Rio Grande do Sul, no ano de 1929. Estes imigrantes foram trazidos pela Companhia Colonizadora Sul Brasil para explorar a madeira de lei da região. O nome “cunhã porã” procede do idioma Tupy Guarany e significa “Mulher Bonita”. Sua emancipação ocorreu em 21 de junho de 1958 e sua instalação ocorreu em 20 de julho, data em que se comemora o dia do município (CHRIST, 2008).

Seu território faz divisa com os municípios de Iraceminha, Caibi, Palmitos, Cunhataí, Saudades e Maravilha. Segundo dados do IBGE (2007) com uma população de 10.638 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano 0,824, Produto Interno Bruto per capita 14,684 reais e com uma esperança de vida de 76,8 anos.

Sua principal atividade econômica é a agricultura familiar, com destaque para a fomicultura, produção de grãos, pecuária leiteira, avicultura e piscicultura. Na indústria, o município possui fábricas de pequeno porte na área moveleira, artesanal e de confecções. O crescimento econômico está em expansão com a instalação de

uma empresa de grande porte no setor de grãos. Dados do IBGE (2007) referem no município 05 indústrias extrativas e 165 indústrias de transformação.

Na educação, o município oferece duas creches, três estabelecimentos de pré-escola e um estabelecimento com o ensino fundamental. Também possui três escolas estaduais de ensino fundamental, sendo que em uma destas funciona o ensino médio. No ensino superior, possui cursos de graduação através da iniciativa privada. No ano de 2007, conforme dados do IBGE (2007), o município realizou 1.501 matrículas no ensino fundamental e 420 matrículas no ensino médio, com 83 docentes no ensino fundamental e 21 docentes no ensino médio.

No setor saúde, o município de Cunha Porã possui 01 Unidade Básica de Saúde, 03 equipes da Estratégia Saúde da Família, abrangendo 100% da população, Programa de Saúde Bucal, atendimento em psicologia, nutrição, fonoaudiologia e serviço social. Oferece o Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose e Hanseníase; Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento; Serviço de Atenção Domiciliar; Diagnóstico por Anatomia, patologia e/ou Citopatológico; Serviço de Diagnóstico por Imagem; Diagnóstico por Laboratório Clínico; Serviço de Fisioterapia; Reabilitação e Serviço de Urgências (DATASUS, 2008).

O município possui um hospital com atendimento particular e SUS, que oferece os serviços de internação, atendimento ambulatorial, urgência e emergência e SADT. O atendimento ocorre através da livre demanda e pacientes referenciados. Oferece 05 leitos para cirurgia geral, 26 para clínica geral, 01 leito para isolamento, 08 leitos obstétricos e 06 pediátricos. Também oferece 01 leito para hospital dia, totalizando 47 leitos, sendo 31 destinados para os pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2008).

4.3 População de Estudo

A população pesquisada foi representada por 7581 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos no momento da pesquisa, residentes no município de Cunha Porã – SC. Para divisão geográfica foram utilizadas as três áreas da Estratégia Saúde da Família. A escolha da faixa etária foi baseada na divisão dos grupos etários do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, de modo a excluir os menores de 20 anos, conforme quadro a seguir:

Tabela 1: Número total de habitantes por sexo e faixa etária de acordo com as equipes da Estratégia Saúde da Família – Cunha Porã – SC

ESF I	FAIXA ETÁRIA				Total
	20 a 39	40 a 49	50 a 59	≥ 60	
MASCULINO	539	245	156	229	1169
FEMININO	632	247	186	310	1375
ESF II					
MASCULINO	506	284	233	229	1252
FEMININO	461	271	250	276	1258
ESF III					
MASCULINO	491	324	218	241	1274
FEMININO	450	295	232	276	1253
ESF I, II, III					
MASCULINO	1536	853	607	699	3695
FEMININO	1543	813	668	862	3886
Total Geral					7.581

4.4 Amostra

A amostra constituiu-se de 3.615 habitantes do município, garantindo aos estimadores dos parâmetros estudados um erro máximo de 5% com um grau de confiança de 95%. No entanto, foram entrevistadas 3.247 pessoas, o que representou uma perda de 10,18%. Estas perdas foram relacionadas a problemas com um dos agentes comunitários de saúde que se recusou a participar como entrevistador, a algumas pessoas que se recusaram a responder o questionário e alguns domicílios sorteados onde não foram encontrados os indivíduos, mesmo após várias tentativas pelo entrevistador.

O plano amostral foi baseado em uma amostragem estratificada com dois estágios de seleção, sendo as unidades primárias as áreas da Estratégia Saúde da Família e as unidades secundárias os domicílios. O número de pessoas que participaram da amostra foi calculado utilizando-se o total de habitantes acima de 20 anos de cada equipe da ESF; após, este número foi dividido conforme a quantia de indivíduos de cada microárea, para então proceder o sorteio da Ficha A do SIAB.

A unidade amostral, a seguir descrita, foi formada por indivíduos acima de 20 anos, segundo sexo e faixa etária (domínios amostrais), de acordo com a população de cada ESF, com o intuito de garantir números mínimos na amostra para análise de cada uma das áreas de estudo.

Tabela 2: Número de indivíduos que fizeram parte da amostra segundo as equipes de Estratégia Saúde da Família, por sexo e faixa etária, considerando efeito da estratificação igual a 0,8 e p 5% ou 0,05.

	20 a 39	Faixa 40 a 49	Etária 50 a 59	≥ 60	Total
ESF I					
Masculino	196	136	103	131	566
Feminino	207	137	116	154	614
ESF II					
Masculino	191	148	133	131	603
Feminino	184	144	138	145	611
ESF III					
Masculino	189	158	128	135	610
Feminino	183	151	132	145	611
Total	1150	874	750	841	3615

4.5 Instrumento de coleta de dados

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, com aplicação de formulários por entrevistadores (apêndice nº 01), respondidos diretamente pelos moradores sorteados, garantindo-se assim maior confiabilidade das informações.

O formulário foi organizado em temáticas, com questões abertas e fechadas, utilizando-se de questões já validadas em outros estudos.

A primeira fase do questionário abordou os dados do entrevistador, constituindo um instrumento de controle para a realização das visitas domiciliares.

A segunda etapa do questionário constou de dados de identificação do domicílio e entrevistado, que originou informações gerais sobre composição familiar, renda familiar per capita, escolaridade, religião, raça e situação de trabalho de modo a estabelecer as condições sócio-demográficas do indivíduo. Estas temáticas foram elaboradas utilizando-se como base os questionários aplicados no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis realizado pelo MS e INCA (BRASIL, 2004) e no Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP (CESAR et al, 2005).

A terceira etapa abordou o estilo de vida, sendo composta por questões referentes a alimentação, sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e IMC. As questões foram elaboradas utilizando-se como referencial o pentágono do bem estar (NAHAS, 2001), instrumento validado que permite ao entrevistado fazer uma análise do seu estilo de vida. Para o cálculo do IMC foi utilizada a tabela proposta pela OMS para o peso recomendável (NAHAS, 2001), a aplicação do questionário CAGE e as questões sobre tabagismo foram baseadas no Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP (CESAR et al, 2005).

Para a análise do Estado de Saúde/ Morbidade referida e Utilização dos Serviços de Saúde, última parte do questionário, foram abordadas questões baseadas no Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP (CESAR et al, 2005).

4.6 Variáveis do estudo

4.6.1 Dados de Identificação

Endereço: local onde o entrevistado reside.

Área e micro-área: identificação de qual equipe de saúde da família o entrevistado pertence e qual é seu agente comunitário de saúde.

Número de pessoas residentes no domicílio: número total e número de pessoas acima de 20 anos residentes no endereço informado.

4.6.2 Características sócio-demográficas do indivíduo

Categorização da idade - seguiu a divisão por grupos etários do SIAB de modo a excluir os menores de 18 anos. Categorias: 20 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 anos e mais.

Sexo: Masculino e Feminino.

Religião: auto-referida pelo entrevistado. Categorização: católica, evangélica, outras.

Raça: auto referida pelo entrevistado. Categorização: branca, negra, parda.

Situação conjugal: Foram considerados solteiros os indivíduos entrevistados que não possuíam vínculo com companheiro (a); na categoria de indivíduos casados

considerou-se o vínculo de matrimônio e as relações estáveis; os viúvos (as) e os indivíduos separados foram agrupados em uma mesma categoria.

Escolaridade: quantia de anos completos que frequentou a escola. Esta variável foi categorizada em: menos de 3 anos de estudo, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, acima de 12 anos de estudo.

Situação de trabalho: os indivíduos foram considerados em atividade, quando estavam trabalhando no setor formal ou informal de empregos; desempregado aquele que não está no setor formal ou informal; e outros – incluíram-se neste item as donas de casa, aposentados, pensionistas e estudantes.

Renda Familiar em salários mínimos: esta categorização seguiu o preconizado pelo bolsa família, programa do Governo Federal: menor ou igual a 0,6 salário mínimo, de 0,7 a 01 salário mínimo, acima de 1,1 salário mínimo.

4.6.3 Estilo de Vida segundo Nahas, 2001:

Nutrição, atividade física e sedentarismo: a categorização das variáveis seguiu a escala: 1. não; 2. às vezes; 3. quase sempre; 4. sempre. Partindo desta categorização, utilizou-se a escala utilizada por Pontes et al (2005): 1 e 2 = escore negativo, 2 e 3 = escore positivo.

As questões acerca destes itens foram: sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras; você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces; você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo; você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana; ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular; no seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte.

Altura e peso auto-referidos: Utilizou-se estes dados para calcular o Índice de Massa Corporal – IMC. A categorização usada foi a proposta pela OPAS (NAHAS, 2001):

IMC	Classificação
Até 18,4	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Faixa Recomendável
25 – 29,9	Sobrepeso
Acima de 30	Obesidade

CAGE segundo PRIMO & STEIN (2004), REHFELD (1989); MASUR et al (1985) o teste CAGE é utilizado para avaliar a possibilidade da dependência alcoólica. Este teste foi escolhido por ser o menos intimidativo, além do mais breve e de maior simplicidade na sua aplicação.

Este teste consiste na aplicação de 4 perguntas diluídas entre outras do instrumento, para que não revele o objetivo de sua aplicação. A sigla CAGE resulta exatamente das palavras-chave contidas em cada uma delas: CUT-DOWN (C), ANNOYED (A), GUILTY (G), EYE-OPENER (E).

As perguntas são:

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
3. O(A) senhor(a) se sente chateado(a) consigo(a) mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?
4. O Sr (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Estas perguntas correspondem às questões: 23, 26, 31 e 36 do instrumento.

Existe a suspeita de dependência alcoólica quando duas ou mais respostas forem afirmativas, considerando-se CAGE-positivo.

Tabagismo: consideraram-se as variáveis sim para os indivíduos que referiram o hábito de fumar no momento da pesquisa e não para os não fumantes e ex-fumantes.

- O Sr. (a) é fumante;
- Há quanto tempo é tabagista;
- Com que idade iniciou o hábito de fumar
- Quantos cigarros fuma por dia;
- Se for ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar:

4.6.4 Estado de Saúde / Morbidade Referida segundo Cesar et al, 2005:

Apresentação de problemas de saúde nos últimos 15 dias: utilizou como base de referência o dia da entrevista. Categorização em sim e não.

DCNT que está apresentando no momento da entrevista ou apresentou nos últimos doze meses: Para esta pergunta, estabeleceu-se uma lista de 24 doenças perguntadas ao entrevistado, e um espaço para descrição de outras doenças que o acometeu, no período pregresso de um ano, a contar da data da realização da entrevista. Para a análise dos dados categorizou-se as seguintes morbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças Cardiovasculares, Doença Renal Crônica, Neoplasias e Doença Crônica do Pulmão. A variável para estes problemas foi sim e não.

4.6.5 Acesso e utilização dos serviços de saúde segundo Cesar et al, 2005:

Procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias, tendo como data de referência o dia da entrevista: Variável sim e não.

Serviço de saúde que procura quando está apresentando problemas de saúde: Categorizou-se os seguintes serviços: hospital, posto de saúde, farmácia, benzedeira, pastoral da saúde, outros serviços. A variável foi sim e não.

Procura por serviços de prevenção à saúde: Categorizou-se os seguintes serviços: exames preventivos (PSA, Papanicolaou, mamografia), vacinação, exames de rotina (glicemia de jejum, Colesterol, triglicérides, EQU, Hematócrito). A variável foi sim e não.

Profissional que o entrevistado procurou quando está apresentando algum problema de saúde: Categorizou-se os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, dentista, outros profissionais. A variável foi sim e não.

4.7 Entrevistadores

As entrevistas foram realizadas por 24 ACS, funcionários da Prefeitura Municipal de Cunha Porã. Cada entrevistador realizou as entrevistas na sua respectiva micro-área de atuação. Estes profissionais foram treinados para início das entrevistas com ênfase para a precisão das anotações. No decorrer do período de coleta de dados realizaram-se entrevistas de controle e confirmação dos dados em cada uma das áreas do Município e novas reuniões com os entrevistadores para avaliação e esclarecimento de dúvidas.

4.8. Sensibilização para a pesquisa

Inicialmente foram realizadas reuniões com a Administração Municipal e Secretaria de Saúde para obter apoio do Poder Executivo na realização da pesquisa. Em seguida, realizou-se reunião com os Agentes Comunitários de Saúde para iniciar o treinamento da coleta de dados, com o objetivo de garantir a fidedignidade dos dados. Ainda, confeccionou-se matéria escrita no jornal de circulação micro regional e entrevista na rádio local, com o intuito de esclarecer e solicitar a colaboração dos munícipes para responder a entrevista. Também foi realizada uma explanação na Câmara de Vereadores apresentando as etapas do trabalho e visando o apoio do Poder Legislativo Municipal.

4.9 Processamento e análise dos dados

Os dados foram codificados diretamente nos questionários e digitados no software Excell, para posteriormente serem transportados ao EPIINFO 6.0. A digitação foi realizada simultaneamente por dois bolsistas, formando dois bancos de dados idênticos, que foram conferidos pela pesquisadora, para garantir ausência de erros de digitação.

Foram realizados os seguintes testes estatísticos:

1. Teste do Quiquadrado (Siegel, 1975), quando comparamos o sexo em relação a: ingestão de cinco porções de frutas e verduras diariamente, evitar ingestão de alimentos gordurosos e doces, realizar de quatro a cinco refeições variadas ao dia, realizar 30 minutos de atividade física moderada / intensa no mínimo três vezes por semana, caminhar ou pedalar como meio de transporte, ter apresentado problemas de saúde nos últimos quinze dias anteriores a entrevista, DCNT (diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença do coração, câncer), procura por serviços de saúde, serviços de saúde que procura, realização de exames preventivos e qual o profissional que procura.

2. Teste da Partição do Quiquadrado (Siegel, 1975), quando comparamos o sexo com: área de abrangência da ESF, idade categorizada, religião, raça, situação conjugal, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar per capita, tabagismo e índice de massa corporal.

Em todos os testes, fixou-se em 0,05 ou 5% ($\alpha \leq 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

4.10 Aspectos éticos

Os procedimentos do estudo desenvolveram-se de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Um consentimento informado assinado pelo próprio respondente foi uma exigência para a participação no estudo. Os critérios definidos pelo Comitê de Ética da UNIVALI e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram seguidos.

5 RESULTADOS

5.1 Condições de Vida

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo as características sócio-demográficas

Características sócio-demográficas	Fem. Nº	%	Masc. Nº	%	Total Nº	%	Valor de p***
Total	1785	54,97	1462	45,03	3247	100	
Área							0,06
ESF I	594	33,3	510	34,9	1104	34,0	
ESF II	707	39,6	519	35,5	1226	37,76	
ESF III	484	27,1	433	29,6	917	28,24	
Idade Categorizada							0,57
20 – 39 anos	606	33,9	501	34,3	1107	34,1	
40 – 49 anos	412	23,1	354	24,2	766	23,59	
50 – 59 anos	377	21,1	281	19,2	658	20,26	
> de 60 anos	390	21,8	326	22,3	716	22,05	
Religião							0,17
Católica	789	44,2	639	43,7	1428	43,97	
Evangélica	912	51,1	756	51,7	1668	51,4	
Outras*	66	3,7	37	2,5	103	3,16	
NR*	18	1,0	30	2,0	48	1,47	
RAÇA							0,16
Branca	1737	97,3	1437	98,3	3174	97,8	
Negra	19	1,1	9	0,6	28	0,82	
Parda	29	1,6	16	1,1	45	1,38	
Situação Conjugal							0,00
Solteiro	145	8,1	188	12,8	333	10,25	0,19
Casado	1329	74,5	1192	81,5	2521	77,64	0,00
Viúvo / Separado	305	17,1	76	5,2	381	11,74	0,01
NR*	06	0,3	06	0,3	12	0,37	
Escolaridade							0,08
0 – 03 anos	291	16,3	188	12,9	479	14,75	
04 a 07 anos	886	49,6	786	53,8	1672	51,49	
08 - 11 anos	374	20,1	279	19,1	653	20,11	
> de 12 anos	192	10,8	164	11,2	356	10,96	
NR*	42	2,3	45	3,1	87	2,68	
Situação de Trabalho							0,00
Atividade remunerada	1039	58,2	1088	74,4	2127	65,51	0,00
Desempregado	75	4,2	35	2,4	110	3,39	0,80
Outros**	637	35,7	315	21,5	952	29,31	0,00
NR*	34	1,9	24	1,6	58	1,79	
Renda Familiar per capita							0,15
< = 0,6 salário	483	27,06	442	30,23	925	28,49	
0,7 – 1 salário	714	40	554	37,9	1268	39,05	
> 1 salário	554	31,04	447	30,57	1001	30,83	
NR*	34	1,9	19	1,3	53	1,63	

Fonte: Inquérito Domiciliar, 2007 a 2008, Município de Cunha Porã (SC).

* Excluído do teste de quiquadrado

** Pensionistas, aposentados, donas de casa, estudantes

*** valor de p calculado com base no teste quiquadrado

Os dados da tabela 3 apontam maior concentração de entrevistados na área de atuação da Estratégia da Saúde da Família II (37,76%), na faixa etária de 20 a 39 anos (34,1%), cristãos predominantemente evangélicos (51,4%), de raça branca (97,8%), casados (77,64%), com escolaridade restrita ao ensino fundamental (51,49%), desenvolvendo uma atividade laboral (65,51%) e baixa renda per capita,

sendo que 67,54% recebem até um salário mínimo per capita, e destes 28,49% estão no nível de pobreza de até 0,6 salários per capita.

Ao relacionarmos o sexo com as variáveis sócio-demográficas encontramos associação estatisticamente significativa com: a situação conjugal ($p=0,00$) com predomínio de mulheres viúvas/separadas e homens casados; situação de trabalho ($p=0,00$) com predomínio de mulheres desempregadas ou pensionistas, aposentados, donas de casa e estudantes e homens com atividade remunerada.

5.2 Estilo de Vida

Tabela 4: Distribuição da amostra por sexo, segundo as variáveis de estilo de vida

Estilo de vida	Fem. Nº	%	Masc. Nº	%	Total Nº	%	Valor de p***
Total	1785	54,97	1462	45,03	3247	100	
05 porções de frutas e verduras diariamente							< 0,01
Sim	786	44.0	430	29.4	1216	37,45	
Não	999	56.0	1032	70.6	2031	62,55	
Evita ingerir alimentos gordurosos e doces							< 0,01
Sim	876	49.1	518	35.4	1394	42,93	
Não	906	50.6	942	64.4	1848	56,92	
NR*	03	0.2	02	0.1	05	0,15	
04 a 05 refeições variadas ao dia							< 0,01
Sim	919	51.5	564	38.6	1483	45,67	
Não	866	48.5	898	61.4	1764	54,33	
Realiza 30 min. De atividade física moderada / intensa							0,11
Sim	781	43.7	682	46.6	1463	45,06	
Não	1001	56.1	780	53.4	1781	54,85	
NR*	03	0.2	00	-	03	0,09	
Caminha ou pedala como meio de transporte							0,003
Sim	1078	60.4	806	55.1	1884	58,02	
Não	688	38.5	636	43.5	1324	40,78	
NR*	19	1.1	20	1.4	39	1,20	
Dependência Alcoólica							< 0,01
Sim	29	1.6	243	16.6	272	8,38	
Não	1750	98.0	1213	83.0	2963	91,25	
NR*	06	0.3	06	0.4	12	0,37	
Tabagismo							< 0,01
Fumante	118	6.6	266	18.2	384	11,83	0,003
Não fumante	1556	87.2	965	66.0	2521	77,64	< 0,01
Ex-fumante	84	4.7	231	15.8	315	9,7	0,01
NR*	27	1.5	00	0.0	27	0,83	
IMC							< 0,01
Baixo Peso	58	3.3	31	2.1	89	2,74	0,57
Faixa Recomendável	882	49.4	687	47.0	1569	48,32	0,34
Sobrepeso	485	27.2	524	35.8	1009	31,07	0,003
Obesidade	282	15.8	155	10.6	437	13,46	0,10
NR*	78	4.4	65	4.4	143	4,41	

Fonte: Inquérito Domiciliar, 2007 a 2008, Município de Cunha Porã (SC).

* Excluído do teste de quiquadrado

*** valor de p calculado com base no teste quiquadrado

Os dados da tabela 4 evidenciam que a maioria dos entrevistados, 2031 indivíduos (62,55%) refere não ingerir no mínimo 05 porções de frutas e verduras diariamente; 1848 pessoas (56,92%) referem que não evitam ingerir alimentos gordurosos e doces, e 1764 pessoas (54,33%) responderam não realizar de 04 a 05 refeições variadas ao dia.

Ao relacionarmos estas variáveis com o sexo encontramos associação estatística significativa com maior proporção de mulheres que ingerem mais de 05 porções de frutas (44%) ($p=0,00$); que evitam alimentos gordurosos e doces (49,1%) ($p=0,00$); que realizam de 04 a 05 refeições variadas ao dia (51,5%) ($p=0,00$).

Em relação à atividade física, verifica-se predominância de pessoas que não realizam ao menos 30 minutos de atividade físicas moderadas/intensas diariamente (54,85%); mas em contrapartida, ocorre um predomínio de pessoas que caminham ou pedalam como meio de transporte (58,02%). Ao relacionarmos estas variáveis com o sexo encontramos associação estatística com maior proporção de mulheres que caminham ou pedalam como meio de transporte (60,4%) ($p=0,003$).

A dependência alcoólica, detectada com a aplicação do teste CAGE apresentou uma prevalência de 8,38% de suspeita de dependência alcoólica totalizando 272 indivíduos com CAGE positivo, destes indivíduos observa-se uma prevalência de 16,6% no sexo masculino ($p=0,00$).

O número de indivíduos fumantes 384 pessoas (prevalência de 11,83%) é expressivamente menor do que os não fumantes, 2521 pessoas (77,64%). A variável sexo relacionada ao tabagismo apresentou associação estatisticamente significativa de homens fumantes ($p= 0,003$) e ex-fumantes ($p=0,01$); e de mulheres não fumantes ($p=0,00$).

A maioria das pessoas entrevistadas está na faixa recomendável de IMC (prevalência de 48,32%), porém, ao relacionarmos o IMC com a variável sexo, obteve-se associação estatisticamente significativa de homens com sobrepeso ($p=0,003$).

5.3 Estado de Saúde / Morbidade Referida

Tabela 5: Distribuição por sexo segundo a variável problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista

Problemas de saúde últimos 15 dias	Feminino		Masculino		Total		Valor de p***
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total	1785	100,0	1462	100,0	3247	100	< 0,01
Sim	352	19,7	173	11,8	525	16,17	
Não	1411	79,0	1279	87,5	2690	82,85	
NR*	22	1,2	10	0,7	32	0,98	

Fonte: Inquérito Domiciliar, 2007 a 2008, Município de Cunha Porã (SC).

*** valor de p calculado com base no teste quiquadrado

Os dados da tabela 5 demonstram que a maioria dos entrevistados, 2690 indivíduos (82,85%), não relataram problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista. Entretanto, ao relacionarmos com a variável sexo, encontramos associação estatisticamente significativa de mulheres que relataram ter apresentado algum problema de saúde nos últimos 15 dias (19,7%) em relação aos homens (11,8%).

Tabela 6: Distribuição por sexo segundo as variáveis auto-referidas para Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças do Coração e Câncer

DCNT referida		Feminino		Masculino		Total		Valor de p***
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Total		n= 1785	100,0	n=1462	100,0	N=3247	100	
Diabetes Mellitus	Sim	73	4,1	38	2,6	111	3,4	0,02
	Não	1712	95,9	1424	97,4	3136	96,6	
Hipertensão Arterial	Sim	451	25,3	215	14,7	666	20,5	< 0,01
	Não	1334	74,7	1247	85,3	2581	79,5	
Doença do coração	Sim	163	9,1	86	5,9	249	7,7	< 0,01
	Não	1622	90,9	1376	94,1	2998	92,3	
Câncer	Sim	16	0,9	10	0,7	26	0,8	0,63
	Não	1769	99,1	1452	99,3	3221	99,2	

Fonte: Inquérito Domiciliar, 2007 a 2008, Município de Cunha Porã (SC)

*** valor de p calculado com base no teste quiquadrado

Os dados da tabela 6 demonstram as prevalências de DCNTs autoreferidas, a Diabetes Mellitus apresentou uma prevalência de 3,4%, a Hipertensão Arterial 20,5%, as Doenças do Coração 7,7% e o Câncer 0,8%.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa maior no sexo feminino com o aparecimento das seguintes DCNTs autoreferidas: diabetes mellitus

4,1% (p=0,02); hipertensão arterial, 25,3% (p=< 0,01) e doenças do coração, 9,1% (p=< 0,01).

5.4 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde

Tabela 7: Distribuição por sexo das variáveis: procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, serviço de saúde que procura, exames preventivos e profissional que procura quando está com problemas de saúde

Acesso e utilização dos serviços de saúde		Fem. Nº	%	Masc. Nº	%	Total	%	Valor de p***
Total		1785	100,0	1462	100,0	3247	100	
Procurou os serviços de saúde nos últimos 15 dias								< 0,01
	Sim	352	19.7	173	11.8	525	16,17	
	Não	1411	79.0	1279	87.5	2690	82,85	
	NR*	22	1.2	10	0.7	32	0,98	
Serviço que procura								
Hospital	Sim	312	17.5	295	20.2	607	18,7	0,03
	Não	1465	82.1	1146	78.4	2611	80,41	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Unidade Básica de Saúde	Sim	1508	84.5	1170	80.0	2678	82,48	< 0,01
	Não	269	15.1	271	18.5	540	16,63	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Farmácia	Sim	257	14.4	197	13.5	454	13,98	0,55
	Não	1520	85.2	1244	85.1	2764	85,12	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Benzedeira	Sim	72	4.0	37	2.6	109	3,36	0,02
	Não	1705	95.6	1404	96.0	3109	95,75	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Pastoral da Saúde	Sim	49	2.7	42	.9	91	2,80	0,87
	Não	1728	96.8	1399	95.7	3127	96,31	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Outros	Sim	155	8.7	128	8.6	283	8,71	0,92
	Não	1622	90.9	1313	89.8	2935	90,4	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	
Exames Preventivos								< 0,01
PSA / Toque retal	Sim	-	-	340	23,25	340	10,47	
	Não	-	-	1069	73,12	1069	32,92	
	NR*	-	-	53	3,63	53	1,63	
Mamografia / Papanicolaou	Sim	1098	61,51	-	-	1098	33,81	
	Não	662	37,09	-	-	662	20,39	
	NR*	25	1,4	-	-	25	0,78	
Vacinação	Sim	1066	59.7	804	55.0	1870	57,59	0,05
	Não	694	38.9	605	41.4	1299	40	
	NR*	25	1.4	53	3.6	78	2,41	
Exames de rotina	Sim	865	48.5	639	43.7	1504	46,32	0,03
	Não	895	50.1	770	52.6	1665	51,27	
	NR*	25	1.4	53	3.6	78	2,41	
Profissional que procura								
Medico	Sim	1736	97.3	1399	95.7	3135	96,55	0,56
	Não	38	2.1	36	2.5	74	2,28	
	NR*	11	0.6	27	1.8	38	1,17	
Enfermeiro	Sim	92	5.2	48	3.3	140	4,31	0,01
	Não	1682	94.2	1387	94.9	3069	94,52	
	NR*	11	0.6	27	1.8	38	1,17	
Dentista	Sim	435	24.4	395	27.0	830	25,56	0,058
	Não	1339	75.0	1040	71.1	2379	73,27	
	NR*	11	0.6	27	1.8	38	1,17	
ACS	Sim	264	14.8	199	13.6	463	14,26	0,44
	Não	1510	84.6	1236	84.5	2746	84,57	
	NR*	11	0.6	27	1.8	38	1,17	
Outros	Sim	155	8.7	128	8.8	283	8,71	0,92
	Não	1622	90.9	1313	89.8	2935	90,4	
	NR*	08	0.4	21	1.4	29	0,89	

Fonte: Inquérito Domiciliar, 2007 a 2008, Município de Cunha Porã (SC)

*Excluído do teste de quiquadrado

*** valor de p calculado com base no teste quiquadrado

Os dados da tabela 7 mostram que a maioria da população não procurou os serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista (82,85%), no entanto, quando procuram, a maioria procura a Unidade Básica de Saúde (82,48%), em seguida procuram o hospital (18,7%). Com relação aos exames preventivos, 73,12% dos indivíduos do sexo masculino referem não realizar periodicamente exames de toque retal e antígeno prostático, diferentemente do sexo feminino, que 61,51% referiu realizar exames de mamografia e papanicolaou. Os exames de rotina, como glicemia de jejum, dosagem para colesterol, dosagem para triglicérides, entre outros, não são realizados por 51,27% da população estudada. Ainda, a maioria da população estudada procura o profissional médico (96,55%) para resolver seus problemas de saúde.

Ao relacionarmos o sexo no acesso e utilização dos serviços de saúde encontramos associação estatisticamente significativa com predomínio das mulheres nas seguintes variáveis: procura pelos serviços de saúde nos últimos quinze dias ($p=0,00$); serviço que procura tanto o hospital ($p=0,03$) a unidade básica de saúde ($p=0,00$); assim como o atendimento de benzedeiras ($p=0,02$); realização de vacinação ($p=0,05$); realização de exames de rotina ($p=0,03$); profissional que procura: enfermeiro ($p=0,01$).

6 DISCUSSÃO

Os dados socioeconômicos encontrados no município de Cunha Porã são condizentes com o perfil de municípios do interior do estado catarinense, com sua economia voltada para agricultura familiar. Segundo Alves e Mattei (2006) a colonização do oeste catarinense seguiu um modelo minifundiário de estrutura agrária, com sua economia baseada na produção de grãos e criação de suínos e aves, permitindo a implantação e o desenvolvimento de agroindústrias. O modelo minifundiário de estrutura agrária familiar elucida a renda per capita baixa e justifica a maioria das pessoas estarem em atividade remunerada (65,51%).

Este estudo apontou que as mulheres residentes no município são em sua maioria casadas, apresentando escolaridade até o ensino fundamental. Também apresenta diferença estatística o número de mulheres viúvas e as que referiram não ter emprego remunerado ou serem pensionistas. Estudos demonstram que o papel da mulher como provedora ainda não está socialmente definido, considerando que a remuneração não é igual entre os sexos, a profissionalização e a qualificação possuem diferenças sutis e a sociedade ainda é patriarcal, valorizando a capacidade reprodutiva em detrimento da produtiva (GOMES, TANAKA, 2003).

A variável escolaridade também assinala que os munícipes possuem em sua maioria somente o ensino fundamental. Esta realidade é resultado de uma educação, em um passado não muito distante, oferecida pelas escolas rurais, onde o aluno estudava até a quarta ou quinta série do ensino fundamental e após a conclusão desta etapa, os que queriam dar continuidade aos estudos eram obrigados a se deslocar para escolas na cidade, muitas vezes longe da propriedade rural, propiciando ao jovem outras oportunidades que culminavam no não retorno ao meio rural (FARIA, 2000).

Acredita-se que esta realidade está mudando paulatinamente, uma vez que o município está se industrializando, o setor agropecuário se modernizando. Na educação as escolas rurais foram fechadas e está sendo oferecido aos alunos do interior transporte escolar para freqüentar as escolas no perímetro urbano, ainda o município possui universidade com cursos de graduação na área das ciências humanas e agrárias.

No que se refere ao estilo de vida da amostra estudada, considerou-se a afirmação da OMS, que 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças factíveis nos hábitos alimentares, níveis de atividade física e uso de produtos derivados do tabaco (BRASIL, 2004).

A dieta tem papel bem estabelecido como determinante de uma vida saudável, até porque a alimentação é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para reduzir o risco de DCNT, devendo ser incluída entre as ações prioritárias de saúde pública (OPAS, 2003; BRASIL, 2004; FISBERG, SLATER, MORIMOTO et al., 2005). A recomendação da OMS é a ingestão diária de no mínimo 400 gramas por dia de frutas e vegetais que podem ser fracionadas em cinco porções diárias. Esta recomendação transformou-se no programa “5-ao-dia” em mais de 40 países, objetivando estimular a prática alimentar saudável (BRASIL, 2003).

Fica claro que a ingestão de cinco porções de frutas e verduras desempenha papel protetor no surgimento das DCNT. De acordo com o Fundo Mundial para a Pesquisa do Câncer (WCRF), uma dieta com grande quantidade e variedade de frutas, legumes e verduras pode prevenir 20% ou mais dos casos de câncer e com um menor risco de doenças cardiovasculares, principalmente infarto do miocárdio (BRASIL, 2004).

A mesma relação entre alimentação e DCNT pode ser analisada com a ingestão de alimentos gordurosos e doces. Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos altamente refinados, processados e pobre em frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer (BRASIL, 2004, FISBERG, SLATER, MORIMOTO et al, 2005)

No município de Cunha Porã a maioria dos entrevistados, 62,55% refere não ingerir no mínimo 05 porções de frutas e verduras diariamente; no entanto, ao comparar as proporções entre os sexos, 44% das mulheres referem ingerir 05 porções, enquanto apenas 29,4% dos homens o fazem. Em relação ao número de refeições ao dia, 54,33% dos indivíduos responderam não realizar de 04 a 05 refeições variadas ao dia. Entre os que responderam afirmativamente esta variável, 51,5% são do sexo feminino.

Este comportamento nutricional verificado no município estudado não difere dos demais municípios do Brasil, evidenciado no inquérito multicêntrico realizado pelo INCA em 15 capitais brasileiras, no ano de 2004. Este estudo alerta que o Brasil está passando, nas últimas décadas, por uma transição nutricional substituindo o consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos, por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares. Essas mudanças nos padrões de consumo têm colocado a população brasileira em maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2004)

Em contrapartida, dos indivíduos pesquisados que tem um padrão alimentar adequado, as mulheres se destacam demonstrando uma preocupação maior no cuidado com alimentação. Estes dados estão em consonância com estudos realizados por Brasil (2004) e Moura (2008), pois também observaram que o gênero feminino tem uma alimentação mais saudável, rica em verduras, frutas, legumes e com menor quantidade de gordura.

Outro importante fator a ser destacado reside na mudança do perfil epidemiológico e nutricional da população em geral, o qual está levando a população à obesidade. Sabe-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando rapidamente no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento (BRASIL, 2004; BARROS, 2005).

Como forma de obtenção do estado nutricional, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido amplamente utilizado e aceito para estudos epidemiológicos, devido a sua simplicidade de obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal (BRASIL, 2004).

Em 2002, estimativas da OMS (OPAS, 2003) apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos. Atualmente estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento.

A obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (BRASIL, 2004; BARROS, 2005; OPAS, 2003)

Os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade (BRASIL, 2004; MENDONÇA, ANJOS, 2004; BARROS, 2005).

O Brasil vem demonstrando em inquéritos populacionais um crescimento na prevalência de sobrepeso e obesidade. Análises comparando vários estudos ratificam que entre os anos de 1974 e 1997 houve um aumento da obesidade, e esta quase dobra no gênero feminino quando comparado ao gênero masculino (MENDONÇA, ANJOS, 2004)

No município estudado, observa-se que 48,32% da população está na faixa recomendável de massa corporal. Evidenciou-se, no entanto, uma preocupante prevalência de pessoas com sobrepeso de 31,7%, (predominante no sexo masculino, 35,8%). Estes resultados estão de acordo com os achados do INCA (BRASIL, 2004), realizados em 15 capitais do país, que encontrou prevalências de sobrepeso que variaram de 23,0% em Natal a 33,5% no Rio de Janeiro, assim, o município de Cunha Porã está entre as maiores prevalências de sobrepeso do país.

Também inquietante é a prevalência de obesidade de 13,46% (15,8% no gênero feminino e 10,6% no gênero masculino) no município estudado, também superior ao encontrado nos estudos do INCA com menores prevalências em Aracaju e Vitória com 8,1% e 8,2% respectivamente; e maior prevalência no Rio de Janeiro com 12,9% (BRASIL, 2004).

Tendo em vista que o sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades, com conseqüências para a saúde que vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (BRASIL, 2004; BARROS, 2005), é fundamental investir em ações eficazes para diminuir as prevalências encontradas de obesidade e sobrepeso, este principalmente nos homens, a fim de reverter este quadro que se constitui num grave problema de saúde pública.

A prática de atividade física constitui-se também em um importante fator que contribui para um estilo de vida saudável. Conforme Nahas (2001, p.111), atividade física é “qualquer movimento corporal com gasto energético acima dos níveis de

repouso”. Abrangem as atividades do dia-a-dia, atividades laborais e as atividade de lazer, como a prática de exercícios físicos e de esportes.

A prática de exercícios físicos e do esporte foi introduzida no Brasil pelos imigrantes europeus, seguindo a tendência da época. A primeira lei sobre a educação física como disciplina obrigatória nos estabelecimentos de ensino surge em meados de 1850, e tem como destinação “combater o ócio, pois o mesmo induzia as crianças a uma série de vícios, como a masturbação e o homossexualismo” (SALLES-COSTA, 2003, p 326). A atividade física era prescrita pelos médicos considerando a diferença no gênero e faixa etária dos alunos (SALLES-COSTA, 2003)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004), a prática de atividade física reduz o risco de mortes por doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II, uma vez que reduz a hipertensão arterial, diminui o risco de obesidade, reduz a osteoporose, o estresse, a ansiedade e a depressão. Ainda, principalmente em jovens e adolescentes, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social (BRASIL, 2004; CESAR, 2005; CARVALHAES, MOURA, MONTEIRO, 2008).

A inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo; é responsável por 10%–16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração, não representando apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade, uma vez que o sedentarismo é responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, mostrando assim que seu combate merece prioridade na agenda de saúde pública (BRASIL, 2004; CESAR, 2005; CARVALHAES, MOURA, MONTEIRO, 2008).

O município estudado apresenta uma característica peculiar com relação a prática de atividade física, pois apesar de revelar uma discreta predominância de pessoas que referiram não realizar ao menos 30 minutos de atividade físicas moderadas/intensas diariamente (54,85%), 58,02% caminham ou utilizam a bicicleta como meio de transporte, sendo este 60,4% no gênero feminino e 55,1% no gênero masculino. O predomínio de pessoas que caminham ou pedalam como meio de transporte pode ser entendido se considerarmos que o município é agrícola, ou seja,

a maioria da população que reside na área rural vai até a lavoura a pé. Outro fator é a área territorial da cidade ser pequena, o que facilita o deslocamento para o trabalho caminhando, pois as empresas e fábricas são próximas das residências.

Estes dados estão de acordo com a pesquisa realizada por Moura (2008) e Cesar et al (2005) que também apontaram as mulheres como mais ativas. Difere dos dados encontrados no Inquérito Multicêntrico (BRASIL, 2004) que encontrou as mulheres com inatividade física maior.

Com relação ao tabagismo, este é um problema de saúde pública em todo o mundo. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o uso do tabaco é responsável pelo aumento do risco de morte prematura e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer, sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008).

Para a saúde da mulher, os problemas advindos com o hábito de fumar incluem antecipação na idade da menopausa e aumento no risco de doenças cardiovasculares e problemas fetais devido à insuficiência útero-placentária relacionada a nicotina e maior risco de abortamento (DAVID et al, 2006).

O tabagismo foi incluído em 1993, na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças, no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. É considerada uma doença nicotínico-dependente, que expõe o doente acerca de 4.700 substâncias tóxicas, algumas com potencial cancerígeno. No entanto, longe de ser apenas um problema de saúde pública, tem suas dimensões sociais se considerarmos que o hábito de fumar atinge inicialmente os adolescentes, através da pressão social para a experimentação do fumo realizada por amigos, colegas, irmãos mais velhos e pela publicidade das indústrias de tabaco (SILVA et al, 2008, DAVID et al, 2008, CAVALCANTE, 2005)

Segundo SILVA et al (2008, p. 424)

A dependência da nicotina abrange três aspectos básicos: a dependência física, que é responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando deixa de fumar; dependência psicológica responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio a ser utilizado nos momentos de stress, solidão, ameaça, entre outros; e pelo condicionamento, atribuído às associações habituais do ato de fumar (fumar e beber café; fumar e trabalhar; fumar e dirigir; fumar após as refeições e outros).

As conseqüências do tabagismo vão além da saúde, pois o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Os custos relacionados aos cuidados com as doenças provenientes do tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Quanto aos danos causados ao meio ambiente, destaca-se a poluição por pesticidas e fertilizantes e o desflorestamento para a cura do tabaco que atinge 5% do desflorestamento total (BRASIL, 2004).

No país, a indústria tabageira tem uma importante participação econômica. O Brasil ocupa a primeira posição no ranking de exportador e é o terceiro maior produtor de tabaco do mundo (BRASIL, 2000).

O Brasil vem desenvolvendo, através do INCA, campanhas educativas sobre o tabagismo desde o início de 1990. No início da campanha, o enfoque foi a dependência química causada pela nicotina e a importância do esclarecimento; a partir de 2002, começou a ser veiculada nas embalagens de cigarro fotos ilustrando os malefícios provocados pelo tabaco; em 2003 e 2004, a campanha focou o adolescente e o jovem; em 2004 o tema abordado foi o tabagismo e a pobreza; e em 2005 os profissionais de saúde foram o foco para o controle e combate a esta doença (CAVALCANTE, 2005). Simultaneamente com as ações educativas, a legislação brasileira sobre o tabaco é uma das mais rígidas do mundo.

As campanhas para cessação e prevenção do hábito de fumar e a legislação sobre o tabagismo podem ser considerados responsáveis por uma queda no consumo global de cigarros no Brasil. Dados da OPAS revelam que o consumo per capita anual de 100 cigarros em 1970, diminuiu para 66 em 2000, sendo importante destacar que a interrupção do hábito de fumar aumenta a expectativa de vida, reduz o risco de DCNT e o risco de morte (PEIXOTO et al, 2007; CAVALCANTE, 2005).

Apesar dos riscos do tabagismo, pesquisas realizadas em todo o mundo estimam que um terço da população adulta do mundo é fumante. Homens e mulheres fumam, sendo que nos países desenvolvidos a proporção é de aproximadamente 47% da população masculina e 12% da população feminina, ocorrendo uma mudança nos países em desenvolvimento, sendo que a participação das mulheres aumenta consideravelmente: 24% da população feminina e 42% da população masculina aderiram ao tabaco (BRASIL, 2008).

Estudo do INCA indicou a prevalência de 19% de fumantes acima de 15 anos (BRASIL, 2004). Estes dados demonstram uma diminuição do tabagismo quando

comparados a pesquisa realizada pelo IBGE em 1989, onde a prevalência de fumantes era de 32% (CAVALCANTE, 2005).

A prevalência geral de tabagistas encontrada no município de Cunha Porã foi de 11,83%, destes 6,6% no sexo feminino e 18,2% no masculino. O estudo do INCA (BRASIL, 2004) relata que das 15 capitais pesquisadas a maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%) e a menor em Aracaju (12,9%), revelando uma grande disparidade nos achados em diferentes áreas do país. O município estudado, apesar de ser produtor de tabaco, segue a tendência verificada pelo INCA de que as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentam menores prevalências do tabagismo.

No que se refere ao uso abusivo de álcool, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes (BRASIL, 2004; PRIMO, STEIN, 2004).

Um estudo realizado pelo CEBRID nas 108 maiores cidades do país em 2005, sobre uso de drogas psicotrópicas, demonstrou que no país o uso de álcool foi de 74,6%. Evidenciando um aumento de 5,9% quando comparado ao estudo realizado em 2001. O uso de álcool foi maior para o sexo masculino e a prevalência de dependentes de álcool foi de 12,3% (CARLINI, 2006)

O consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, pode provocar disfunções como violência, suicídio e acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde como cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres (PRIMO, STEIN, 2004).

A dependência alcoólica afeta não somente o usuário, mas também a sua família na medida em que está mais vulnerável ao desemprego, à violência, à criminalidade e a todos os problemas físicos e mentais que podem afeta-los (Moraes et al, 2006).

O consumo do álcool é agravado por ser admitido e incentivado pela sociedade e está se alastrando impulsionado pelo baixo custo e fácil acesso em todas as camadas sociais e em todas as faixas etárias, especialmente nos escolares e nos idosos (CARLINI, 2006, MORAES et al, 2006).

Também tem um custo muito alto para o Sistema de Saúde e para a sociedade de forma direta e indireta, gerando preocupação na família, comunidade e governo. Os custos indiretos da dependência alcoólica podem ser verificados nas empresas com a diminuição ou perda da produtividade devido às doenças, as licenças médicas freqüentes e algumas vezes ao consumo de álcool no próprio ambiente de trabalho (MORAES et al, 2006)

Para detectar de forma rápida e com uma margem diminuída de erro o abuso do álcool, foi elaborado na década de 1970 um questionário, denominado Teste CAGE composto por quatro perguntas, com facilidade e aceitabilidade de aplicação. Este questionário foi validado em 1983 no Brasil, e é utilizado juntamente com outras questões sobre hábitos de saúde.

Os resultados, baseados nas quatro questões no teste CAGE apontam para uma prevalência no município de 8,38% de suspeita de dependência alcoólica, sendo muito superior nos homens (16,6%) do que nas mulheres (1,6%). Comparando-se com os achados do INCA (BRASIL, 2004), estes resultados foram inferiores aos verificados nas capitais Vitória, Recife, Fortaleza e Belo Horizonte (12,4%, 12,2%, 11,1% e 10,9% respectivamente) e superiores as prevalências encontradas em Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre (4,6%, 4,7% e 7,3% respectivamente). Este padrão de consumo alcoólico maior no sexo masculino é apontando em diversos estudos realizados no Brasil sobre o tema (BRASIL, 2004; CESAR et al, 2005; MOURA, 2008) e que citam a associação da dependência de álcool com a baixa escolaridade e renda.

Com relação a morbidade auto-referida para DCNT no Município de Cunha Porã pode-se observar que a prevalência de Diabetes Mellitus é de 3,4%, a de Hipertensão arterial de 20,5%, a de Doenças do Coração de 7,7%, sendo predominante nas mulheres.

Sabe-se que a utilização da morbidade auto-referida tem limitação, pois pode estar na realidade medindo a distribuição do acesso ao serviço na população, e não a correta distribuição da doença. Entretanto, estudo de validação realizado nos Estados Unidos, utilizando o registro médico dos pacientes como padrão-ouro, revelou moderada sensibilidade (73%) e especificidade (80%) sugerindo que a morbidade referida de DCNT pode ser um instrumento útil para estimativas deste agravo na população (BRASIL, 2004; OPAS, 2003).

O diabetes mellitus é uma desordem crônica caracterizada por metabolismo prejudicado de glicose, com o desenvolvimento posterior de complicações vasculares e neurológicas, envolvendo distintos mecanismos patogênicos que têm a hiperglicemia como denominador comum. Pode ser classificado em quatro subclasses: (a) o tipo 1, causado por destruição de células pancreáticas e deficiência de produção de insulina; (b) o tipo 2, caracterizado por resistência à insulina e deficiência relativa de produção de insulina, ocorrendo geralmente em pessoas com mais de 30 anos; (c) tipos associados a doenças ou síndromes específicas; (d) diabetes gestacional (OPAS, 2003).

O diabetes tipo 2 é responsável por cerca de 90% dos casos da doença, sendo uma das dez principais causas de morte no mundo. Ao contrário do que vem ocorrendo com a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, sua incidência está aumentando, principalmente nos países em desenvolvimento, como consequência das mudanças nos padrões nutricionais, que levam, especialmente, ao aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade (OPAS, 2003; LESSA, 2004).

Em 1998, em estudo baseado em estruturas populacionais e prevalências de diabetes obtidas em vários países do mundo, inclusive o Brasil, estimou-se que entre 1995 e 2025 haverá um aumento de 35% no número de casos existentes de diabetes nas pessoas com 20 ou mais anos de idade. As prevalências, apesar de maiores nos países desenvolvidos, crescerão mais nos países em desenvolvimento, em que podem chegar a 48% (BRASIL, 2004; OPAS, 2003).

A alta morbimortalidade associada ao diabetes é um importante fator de restrição da qualidade de vida. O diabetes é potente preditor da mortalidade prematura, que tem como causas principais a doença cardiovascular e a insuficiência renal. Nos Estados Unidos, estima-se que, em adultos, o diabetes seja responsável por 3,6% das mortes por todas as causas e 5,2% das mortes por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004; OPAS, 2003).

Após cerca de 15 anos de doença, estima-se que 20% a 35% dos diabéticos desenvolverão neuropatia; 10% a 25%, doença cardiovascular e 10% a 20% nefropatia. Além disso, 30% a 45% desenvolverão algum grau de retinopatia, 10% terão grave deficiência visual e 2% estarão cegos, no mesmo período (BRASIL, 2004; OPAS, 2003).

Idealmente, a determinação da prevalência do diabetes na população deveria ter como parâmetro a medida de glicemia em jejum ou a prova de tolerância à glicose. Entretanto, dados os altos custos e a complexidade de inquéritos com medidas laboratoriais, a vigilância pode utilizar-se da morbidade auto-referida, ou seja, do relato do diagnóstico médico ao paciente diabético (BRASIL, 2004).

A prevalência total do diabetes no estudo realizado pelo INCA (BRASIL, 2004), também utilizando-se de dados auto-referidos, variou de 5,2% a 9,4% , sendo que Manaus (9,3%) apresentou uma das maiores prevalências, superior a João Pessoa (5,2%), Belo Horizonte (5,4%) e Distrito Federal (5,6%).

O Município de Cunha Porã apresentou uma prevalência inferior de 3,4% (sendo 4,1% no sexo feminino e 2,6% no sexo masculino), com significância estatística ($p=0,02$), porém este valor pode estar sendo subestimado, pois o dado foi obtido por meio de informações sem confirmação de exames laboratoriais, e por ser uma doença silenciosa, muitas vezes, com o diagnóstico precoce dificultado, muitos indivíduos ainda não sabem ser portadores da patologia.

Também a hipertensão arterial é uma importante DCNT e um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2004).

A hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis por alta freqüência de internações. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foi a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%) (BRASIL, 2004).

Estima-se, com base em dados obtidos em alguns estudos de base populacional, que ela afete aproximadamente um quarto da população brasileira. Desta maneira, atividades de vigilância em relação à hipertensão são de grande importância para a saúde pública (LESSA, 2004).

A prevalência nas 15 capitais e Distrito Federal em estudo do INCA (BRASIL, 2004) variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com idade entre 25 e 39 anos, de 26,0% a 36,4% naqueles entre 40 e 59 anos e de 39,0% a 59,0% nos idosos (60+ anos).

A hipertensão no Município de Cunha Porã teve uma prevalência de 20,5%. (25,3% no sexo feminino e 14,7% no sexo masculino) com diferença estatisticamente significativa. Os valores encontrados nesta pesquisa são semelhantes aos dos estudos nacionais e de outros países da América Latina (BRASIL, 2004).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com o aumento da idade, mas também a sua ocorrência em associação a outros fatores de risco, como estilo de vida e fatores metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para essas doenças cardiovasculares entre hipertensos reforçam a necessidade não só de melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão, mas também de abordar de forma integral o perfil de risco dos pacientes (BRASIL, 2004).

Também as doenças cardiovasculares são responsáveis por 18 milhões de mortes ao ano no mundo, estimativas da mortalidade por estas doenças indicam que os países em desenvolvimento contribuem com uma parcela maior da carga global de mortalidade por essas causas do que os países desenvolvidos, com um excesso relativo da ordem de 70% (BRASIL, 2004).

Durante as últimas décadas houve um declínio na mortalidade por doenças isquêmicas do coração nos países desenvolvidos, também no Brasil, entre 1980 e 2000, uma tendência de redução na mortalidade por doenças isquêmicas do coração já pôde ser observada em algumas regiões (BRASIL, 2004).

A prevalência total das doenças isquêmicas do coração variou de 2,9% a 6,7% no estudo do INCA (BRASIL, 2004). No Município de Cunha Porã foi de 7,7% (9,1% no sexo feminino e 5,9% no sexo masculino), ligeiramente maior quando comparadas às capitais, o que demonstra a necessidade de maior atenção dos serviços públicos no que se refere aos fatores de risco para doenças do coração.

A morbidade por doenças isquêmicas do coração também representa uma grande carga para o país. De 1993 a 1997, as internações por essas doenças representaram 1,0% de todas as internações e 3,3% dos gastos do SUS. A angina

foi responsável por 53,3% e o infarto por 26,6% das internações por doenças isquêmicas do coração (LESSA, 2004).

A mudança no perfil epidemiológico brasileiro nas últimas décadas acarretou na ampliação da expectativa de vida e conseqüentemente o aumento da mortalidade por DCNT. As chances de desenvolver o câncer aumentaram, considerando que quanto mais idosa for a pessoa, as experiências potencialmente carcinogênicas vão se acumulando, favorecendo o aparecimento da disfunção celular e multiplicação atípica (HALLAL et al, 2001).

Pesquisas sobre o tema têm verificado que o aparecimento de câncer não é unicausal, mas está vinculado a uma diversidade de causas. Apesar da genética ter papel importante, é a interação desta com o modo de viver e do ambiente que irão determinar o risco de morbidade, diferenciando desta maneira os padrões e os tipos de cânceres que aparecem em cada região do país (BRASIL, 2004)

Conforme dados da OMS (BRASIL, 2008), em 2005 o câncer foi responsável por 7,6 milhões de mortes, representando 13% de todas as mortes. Os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: de pulmão; de estômago; de fígado; de cólon; e de mama. Deste total, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda.

No Brasil, os estados e municípios contam com um sistema de vigilância em câncer. Através da utilização dos registros de câncer na base de dados populacionais e hospitalares, onde são elaboradas informações sobre a magnitude e o impacto do câncer, como também sobre o efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2007).

Segundo o INCA (in BRASIL, 2007) os registros de câncer no Brasil iniciaram em 1921 com a criação do Departamento Nacional de Câncer, para dispor de uma estatística sobre a doença, através do preenchimento no atestado de óbito de um quesito sobre câncer. Em 1944 foi instituído o Serviço Nacional de Câncer, com o objetivo de cooperar com o Serviço Federal de Bioestatística na morbidade e mortalidade do câncer, em 1968 foi criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer para incentivar os registros de câncer em diversas regiões do país. Em 1984 realizou-se um Seminário Nacional sobre Informações em Câncer, no ano de 1992, criou-se a Associação Brasileira de Registros de Câncer, em 1993 é implantado o primeiro Registro Hospitalar de Câncer no Brasil e, em 1995 acontece o encontro Internacional de Registros de Câncer. Em 1999 é implantado nos estados o

Programa de Epidemiologia e Vigilância nas capitais os registros de Câncer de Base Populacional, atualmente existem 22 Registros de Câncer de Base Populacional e 146 Registros Hospitalares de Câncer em atividade no Brasil.

O INCA estima que em 2008 ocorram 466.730 casos novos de câncer no Brasil. O câncer de pele não melanoma terá a maior incidência na população, seguidos no sexo masculino de câncer de próstata e de pulmão e no sexo feminino câncer de mama e de colo de útero.

Estudo utilizando o Sistema e Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Informações Hospitalares, entre os anos de 2002 e 2004, descrevem que os óbitos por neoplasias chegaram a 405.415, sendo que destes, 52,13% ocorreram na região Sudeste e 20,96% na região Sul, seguidas das regiões Nordeste, Centro Oeste e Norte. O câncer de maior mortalidade entre o gênero feminino foi o de mama, com a taxa mais elevada na região Sudeste. No gênero masculino, o câncer de traquéia, brônquios e pulmão apresentaram maior mortalidade, seguido do câncer de próstata (BOING, 2007).

Em Santa Catarina, segundo estimativas do INCA para 2008, o estado deverá apresentar 10.110 casos novos de câncer no gênero masculino, sendo que o principal será o câncer de próstata, seguido do câncer de traquéia, brônquios e pulmão. No gênero feminino, estima-se a ocorrência 8.450 casos novos, tendo o câncer de mama a maior ocorrência, seguido de câncer de colo de útero (BRASIL, 2008)

No município de Cunha Porã, o câncer auto-referido apresentou uma prevalência de 0,8%, sendo 0,9% no sexo feminino e 0,7% no sexo masculino. Este dado é compatível como o do estudo multicêntrico em São Paulo (CESAR et al, 2005) onde a freqüência de morbidade referida para o câncer foi de 0,5%.

Ao abordarmos a utilização e acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância destacar a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004, p.131) marco da democratização do país, no que tange a saúde dos brasileiros, determinando em seu artigo 196 que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Encontramos na Lei 8.080, capítulo II, que aborda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 04), que o acesso aos serviços de

saúde deverá ser caracterizado pela “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

Viana et al (2001, p. 23), descreve que o acesso aos serviços de saúde está “entre os valores mais cultuados na sociedade brasileira.” Este dado deve-se a esperança de vida mais longa, preocupações com a qualidade de vida e também quanto à segurança.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a municipalização da saúde deveria ofertar à população, adequada e igualitária oportunidade de acesso aos serviços de saúde e este acesso deveria estar interligado com a necessidade da população em utilizar os serviços. Na prática, o que se percebe é uma dicotomia entre a oferta dos serviços de saúde e seu uso pela população, visto que determinantes sociais, econômicos e culturais interferem neste acesso (SANTOS, 2007).

Nesta perspectiva, estados e municípios necessitam estudar a relação entre a demanda, a necessidade e a oferta de serviços, considerando as influências que os fatores sociais, econômicos, culturais e organizacionais têm sobre a população e sua percepção de saúde (CÉSAR et al 2005).

O acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como a utilização dos serviços de saúde pela população sempre que necessários. Traduz-se em um princípio de justiça social e pode ser medido pela facilidade ou dificuldade que o indivíduo encontra para se reportar ao serviço desejado. Barreiras geográficas, disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e o modelo assistencial à saúde oferecido são exemplos de obstáculos ao acesso. O acesso aos serviços de saúde reflete as características do sistema de saúde, que pode também ser influenciado pelo modo de viver do indivíduo (TRAVASSOS, 2006; TRAVASSOS, VIACAVA, 2007).

Conforme Travassos e Martins (2004, p.190), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”. Compreende a interação dos profissionais de saúde com o indivíduo e pode ser determinada pela necessidade de saúde percebida, pelas características de educação e renda, pela cultura de cada indivíduo, pelas características geográficas e pelo tipo de serviço de saúde oferecido.

Dados da PNAD 2003 relatam que 79,3% dos brasileiros utilizam um serviço de saúde regular, sendo a maioria do sexo feminino; os postos de saúde são

referenciados pela maioria da população (52,4%) sendo que o sexo feminino também é responsável pela maior procura, enquanto o sexo masculino procura mais o serviço hospitalar e 14,6% da população referiu ter utilizado os serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista. Os dados encontrados no município de Cunha Porã são muito próximos aos encontrados na PNAD 2003.

Pode-se afirmar que o acesso aos serviços de saúde no município estudado é facilitado, considerando que 16,17% da população referiu ter procurado o serviço de saúde nos últimos 15 dias, dado condizente com o número de pessoas que disseram ter apresentado problemas de saúde nos últimos 15 dias anteriores à entrevista (16,17%).

A Unidade Básica de Saúde é referência no atendimento à população cunhaporense. Dos entrevistados, 82,48% utilizaram a UBS, um número expressivo e maior do que o encontrado na PNAD 2003. A procura pelo atendimento hospitalar foi de 18,69% dos entrevistados.

No que refere-se a realização de exames preventivos, verifica-se que no município a maioria da população feminina (61,51%) realiza exames de mamografia e papanicolaou. Em contrapartida, os homens (23,25%) não aderiram ao exame de detecção precoce para o câncer de próstata, salientando que 65,7% dos homens entrevistados estavam na faixa etária maior de 40 anos de idade, idade esta preconizada para iniciar o controle da patologia.

Esta diferença entre os gêneros pode ser creditada ao programa Viva Mulher, criado pelo Ministério da Saúde em 1997, com o objetivo de reduzir as mortes por câncer de colo de útero e mama, faltam ainda programas específicos para o atendimento da população masculina. .

No sexo feminino, o câncer de mama é o mais freqüente no mundo, o mais comum entre as mulheres e o mais freqüente na região sul do Brasil. Os fatores de risco para este tipo de câncer estão relacionados com a menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (BRASIL, 2007)

Para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, a melhor estratégia de rastreamento ainda é o exame mamográfico. A mamografia é indicada para mulheres acima de 50 anos a cada dois anos e para mulheres com histórico familiar de câncer de mama este exame é recomendado após os 35 anos de idade.

Além deste exame é orientado nos serviços de saúde o auto-exame das mamas, sem eficácia clínica comprovada para a detecção precoce.

Após o câncer de mama, o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres e também ocupa na Região Sul do Brasil a segunda posição. A incidência deste tipo de câncer é duas vezes maior em países em desenvolvimento e atinge principalmente mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, tendo seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos. Este tipo de câncer está associado a infecção pelo Vírus Papiloma Humano (HPV) e alguns fatores que predispõem o aparecimento de lesões precursoras para o câncer como a multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação da atividade sexual precoce, uso de contraceptivos orais, baixa ingestão de vitaminas e tabagismo (BRASIL, 2007).

Para controlar a morbidade e mortalidade destes cânceres em mulheres, o MS, através do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006), estipulou como metas a cobertura de 80% para o exame preventivo de câncer de colo de útero; incentivo a realização da cirurgia de alta frequência; ampliar para 60% a cobertura de mamografia e realizar punção em 100% dos casos necessários.

No gênero masculino o câncer mais freqüente é o de próstata para todas as regiões do Brasil. É o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente entre os homens. É considerado o câncer da terceira idade, pois o maior número de ocorrências se dá após os 65 anos de idade. É um câncer de bom prognóstico, com uma mortalidade baixa. Seu aparecimento está associado a dieta com base em gordura animal, carne vermelha e cálcio. Tem como método de rastreamento o teste Antígeno Prostático Específico (PSA) apesar deste não ter demonstrado sucesso em reduzir a mortalidade.

No que se refere a procura por vacina na população estudada verificou-se uma prevalência de 57,59%, sendo a maior procura no sexo feminino (59,7%). O Programa Nacional de Imunização no Brasil oferece à população adulta esquema de vacinação de rotina (dupla adulto, influenza) e esquemas eventuais (hepatite B, rubéola, Sarampo). Verifica-se que apesar da existência destes programas, muitos adultos têm a idéia errônea de que o calendário vacinal seria somente indicado para crianças (MIELI, 2006)

O Programa Nacional de Imunização foi criado em 1973, e vem desenvolvendo ações planejadas e sistematizadas. Através de estratégias diversas, realiza campanhas, varreduras, bloqueios e rotina de vacinação, abrangendo todo o

continente brasileiro com excelência e qualidade. Desde sua implantação, erradicou a febre amarela urbana, a varíola e a poliomielite; está controlando o sarampo, tétano neonatal, formas graves de tuberculose, difteria, tétano acidental e coqueluche. Ao mesmo tempo está implementando ações para controlar as infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b, rubéola e síndrome da rubéola congênita, hepatite B, e influenza nos idosos.

Segundo Moraes (2008, p. 116), a vacinação tem caráter preventivo e o usuário a procura na medida em que percebe esta como uma necessidade de saúde, e leva em consideração o acesso facilitado aos serviços de saúde ou suas barreiras, como as barreiras geográficas, culturais e sociais. Ainda segundo o autor, “ter acesso a serviços de saúde e à vacinação significa em si, uma melhor condição de vida.”

Outro fator que demonstra o acesso aos serviços de saúde é a procura pelos profissionais de saúde. Dados da PNAD 2003 revelaram que 62,8% da população brasileira procurou pelo médico para consultar. No município estudado, este número foi de 96,55%, sendo que as mulheres foram as que mais procuraram por este profissional (97,3%) Na seqüência, o profissional mais procurado foi o dentista e o Agente Comunitário de Saúde (25,56% e 14,26% respectivamente).

O acesso facilitado aos serviços de saúde pode ser observado na ótica do Programa de Saúde da Família, que surge na política nacional de saúde em 1994 e, em 2006, se torna Estratégia de Saúde da Família - ESF, como forma de consolidar os princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade – e reorganizar a Atenção Básica em Saúde.

A ESF se diferencia do modelo hegemônico de saúde, pois entende saúde como qualidade de vida; a prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania; sua atenção é centrada no coletivo, na atenção integral à saúde incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação; tem sua rede de atendimento hierarquizada, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si; acesso de toda a população adscrita no território de abrangência com intervenção de uma equipe interdisciplinar; planejamento de saúde baseado em dados epidemiológicos priorizando famílias ou grupos com maior vulnerabilidade para o acometimento de problemas de saúde; estimula a participação comunitária e autonomia nas ações de planejamento no território de abrangência das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2001; CAMPOS et al, 2006).

7 CONCLUSÕES

Este estudo revelou que os entrevistados são em sua maioria cristãos predominantemente evangélicos, de raça branca, casados, com escolaridade restrita ao ensino fundamental, desenvolvendo atividade laboral e com baixa renda per capita.

Estes dados refletem a realidade agrícola do município. A pesquisa focou os indivíduos maiores de 20 anos com uma parcela da amostra de mulheres acima de 40 anos, que procedem de uma realidade onde a mulher foi educada para o trabalho doméstico e as agricultoras estudavam até a quarta série para aprender a ler e escrever e depois se dedicaram aos afazeres domésticos, auxiliando na família paterna e após, como matriarca, continuavam a tarefa de dona de casa. Diferentemente dos homens, que aprenderam a ler e escrever e depois foram encaminhados para o serviço agrícola, de forma a prover os gastos familiares.

O estilo de vida da população estudada demonstra que os entrevistados ainda não possuem preocupação com a alimentação saudável a fim de evitar DCNTs, visto que a maioria dos entrevistados não ingere cinco porções de frutas e verduras diariamente, não evitam alimentos gordurosos e não tem o hábito de realizar de quatro a cinco refeições diárias. No entanto, das pessoas que se preocupam com a alimentação, o gênero feminino mostrou-se mais receptivo a hábitos alimentares saudáveis. Considerando a importância da alimentação, faz-se necessário investir na educação em saúde da população, para incluir na alimentação familiar frutas e verduras. É interessante observar que no município estudado, em especial na área rural, existe o cultivo de hortaliças e frutas, que são encaminhadas para o comércio e são pouco utilizadas para o consumo familiar.

O estudo revelou também que a maioria das pessoas é sedentária e uma parte da população está com sobrepeso, predominantemente o gênero masculino, e tendência para a obesidade. O incentivo às mudanças de estilo de vida como alimentação saudável e atividade física, poderia diminuir estes índices.

A dependência de álcool e tabaco seguiu as tendências mundiais de atingir mais o gênero masculino. A mesma tendência é verificada nos ex-tabagistas, que tem em sua maioria idade superior a 50 anos.

A maioria dos entrevistados não apresentou problemas de saúde nos últimos quinze dias, porém, a morbidade auto-referida foi maior no gênero feminino, que referiu padecer mais de hipertensão arterial, diabetes mellitus e problemas do coração.

Também o sexo feminino utilizou mais vezes os serviços de saúde, principalmente a Unidade Básica e realizou mais exames preventivos que o gênero masculino. O que pode explicar a maior prevalência das DCNTS nas mulheres já que foi um inquérito que se baseou nas doenças autoreferidas, o que pode estar associado ao conhecimento da existência das patologias em virtude da procura dos serviços de saúde, portanto, torna-se premente a necessidade de instituir a Política de Saúde do Homem, de forma que este perceba seu espaço no serviço de saúde.

Estes achados vão ao encontro de estudos que indicam que o sexo feminino relata maior morbidade e utiliza mais os serviços de saúde. Estudos norte americanos indicam que o sexo masculino padece de doenças crônicas fatais enquanto que o sexo feminino padece de enfermidades agudas e transitórias. Outras pesquisas relacionam os papéis sociais de cada sexo como responsáveis pelo aparecimento de morbidades e alguns autores associam os aspectos psicológicos de perceber os sinais e sintomas da doença de formas diferentes para cada sexo. Há ainda estudos que concluem ser o sexo feminino os que se reportam com maior facilidade aos problemas de saúde do que os homens. (PINHEIRO et al, 2002).

Um item relevante foi a constatação de que a maioria da população tem acesso e utiliza os serviços oferecidos pela UBS, demonstrando credibilidade ao Sistema Único de Saúde. No entanto, mesmo considerando que o município possui três equipes da ESF, o atendimento ainda é médico centrado, consolidando o modelo hegemônico de saúde vigente.

Percebe-se que a UBS está trabalhando na lógica da acessibilidade a todos que buscam pelo serviço de saúde. É necessário neste momento fortalecer as ações da ESF, com vistas no acolhimento e na integralidade, deslocando o atendimento médico centrado para a equipe interdisciplinar, de forma a incorporar um novo pensar e agir na saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (SOUZA et al, 2008)

A acessibilidade aos serviços de saúde deve conseguir responder as necessidades do usuário. Apreender de modo ampliado as necessidades de saúde, observando o contexto de vida das pessoas – qual o modo que cada um tem de

“andar a vida”, fazendo com que o usuário também se sinta co-responsável para cumprir sua parte na busca pela melhor saúde.

A equipe interdisciplinar deve fortalecer as ações do nutricionista e também incorporar em sua equipe um educador físico, considerando o estilo de vida propenso ao sobrepeso da população que faz o município ter uma das maiores taxas de prevalência de sobrepeso do país. Também se faz necessário uma investigação dos casos de Diabetes Mellitus, considerando que a prevalência desta morbidade está abaixo das prevalências encontradas nas capitais do país, e fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde da população cardíaca, onde a taxa de prevalência está acima do encontrado no país.

Com a interdisciplinaridade instituída no serviço de saúde, o acolhimento e a integralidade incorporados na equipes de saúde, será possível negociar quais as reais necessidades de saúde da população, desenvolver uma fusão dos horizontes – cada indivíduo, cada comunidade, envolvidos na promoção de saúde e co-responsáveis por ela.

Cabe ressaltar a dificuldade em conduzir um estudo epidemiológico abordando a questão de gênero, se considerarmos que o conceito “gênero” pertence às ciências sociais e engloba não somente a categoria sexo masculino e feminino, que conforme Olinto (1998), este conceito abrange os aspectos do ser homem e mulher e sua relação com a educação, o mercado de trabalho, a renda, entre outros.

Para a autora citada, o sexo é uma variável qualitativa que amplia as possibilidades de discussão e transcende o biológico. No entanto, para viabilizar as análises exigidas pelo método epidemiológico, que apresenta algumas limitações, considerou-se gênero como sexo “masculino” e “feminino”, apesar de alguns pesquisadores considerarem uma forma reducionista de tratar esta categoria.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. A. MATTEI, L. F. **Migrações no oeste catarinense: história e elementos explicativos.** XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2006.

AQUINO, Estela M L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, ago. 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102006000400017.

BARROS, M. Auto avaliação de Saúde. In: CESAR, Chester Luiz Galvão, et al. **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo.** São Paulo: USP/FSP, 2005.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al . **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400014&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 11 2008. doi: 10.1590/S1413-81232006000400014.

BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto VIGISUS II: modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** Versão preliminar, 2004.

——— p. 03

——— p. 04

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Vol. 25, 2004a.

BRASIL. 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 da Saúde, 2005.

——— p. 11

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS.** Secretaria de Gestão estratégica e participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Brasília: Ano I, nº 1 – Ago / 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Prevalência de Tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

www.saude.rs.gov.br/.../PRDownloadServlet?arquivo=Prevalencia_Tabagismo_Brasil_Inquerito_Domiciliar.pdf Acesso em: 01/06/07

BRASIL. 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 comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Conjunto de ações para a redução multifatorial das enfermidades não transmissíveis: Projeto CARMEN**. Versão Preliminar. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Leis Normas e Portarias Atuais. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização – 30 anos**. Brasília – DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 14.

BOING, Antonio Fernando; VARGAS, Silvia Angélica López; BOING, Alexandra Crispim. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400016&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 02/2008. doi: 10.1590/S0104-42302007000400016.

CAMPOS. G. W. de Souza. Et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Ucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARLINI E. A., et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; MOURA, Eryl Catarina de; MONTEIRO, Carlos Augusto. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X2008000100002.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500006&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 31/2008. doi: 10.1590/S0101-60832005000500006.

CESAR, CLG, GOLDBAUM M. Uso de serviços de saúde e condições de vida na Grande São Paulo (Inquérito de Saúde: ISA-SP, 2002). In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2005, Brasília. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, p. 607-618

CESAR, C. L. G., et al. **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: USP/FSP, 2005.

CHRIST, Paulo Oscar. **Entre onças e esperanças – A história de uma cidade**. Chapecó: Arcus Ind. Gráfica, 2008.

DAMACENA, G. N. **Calibração intercultural de respostas sobre percepção do estado de saúde: uma avaliação com os dados da Pesquisa Mundial de Saúde 2003**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006.

DATASUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

DAVID, H. M. S. L. MATOS, H. S. de, et al. Tabagismo e saúde da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco. In: **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 14(3):412-7.

FARIA, Neice Müller Xavier et al . Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100012&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 14 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100012.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev. esc. enferm. USP** , São Paulo, v. 39, n. 4, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400012&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 03 2008. doi: 10.1590/S0080-62342005000400012.

GOMES, Keila R O; TANAKA, Ana Cristina d'A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 37, n. 1, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100012&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 30 2008. doi: 10.1590/S0034-89102003000100012.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232003000300017.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 08 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015.

——— p. 567

——— p. 570

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500003.

HALLAL, Ana Luiza Curi; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, nov. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X2001000300004.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> acesso em: 01/06/07

KORIN, Daniel. **Novas perspectivas de gênero em saúde**. *Adolesc. Latinoam.* [online]. mar. 2001, vol.2, no.2 [citado 08 Noviembre 2008], p.67-79. Disponible en la World Wide Web: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-7130.

——— p. 68.

LESSA, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232004000400014.

MASUR, J. et al. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário CAGE. **J. Bras. Psiqu.**, 34 : 31-4, 1985.

MEDRONHO, Roberto de Andrade (org). **Epidemiologia**. São Paulo:Atheneu ,2009.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antonio dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300006&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 31 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2004000300006.

MIELI, Maurício Paulo Angelo; ALDRIGHI, José Mendes. Tétano no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 52, n. 4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000400021&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 02 2008. doi: 10.1590/S0104-42302006000400021.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al . Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 42, n. 4, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400001&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 12 2008. doi: 10.1590/S0034-89102008000400001.

MORAES, Edilaine et al . Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 28, n. 4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400014&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 31 2008.

MORAES, José Cassio de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, 2008, p. 116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500011&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 02 2008. doi: 10.1590/S1415-790X2008000500011.

MOURA, Eryl Catarina et al . Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X2008000500003.

NAHAS, Markus Vinícius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.
——— p. 11
——— p. 111

OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 2, Aug. 1998 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Mar. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X1998000200006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007000600007.

PENA, M. V.J. CORRÉIA, M. C. VAN BRINKHORST, B. OLIVEIRA, J. R. de. **A questão de gênero no Brasil.** Departamento de Desenvolvimento Ambiental e Social Sustentáveis. Banco Mundial, 2005.

PEREIRA, Marcia Regina et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarão, Santa Catarina, Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Oct 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000011

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 2008. doi: 10.1590/S1413-81232002000400007. ——— p. 688

PONTES, L; et al. 2005. Análise da qualidade de vida e prevalência de sobrepeso em moradores da zona rural do município de Pombal. *Revista Saúde.com*. Vol1, Numero1. <http://www.uesb.br/revista/rsc/>

PRIMO, N.L.N.P, STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **R. Psiquiatr.** RS, 26'(3): 280-286, set./dez. 2004.

REHFELDT, K. H. G. Álcool e trabalho - prevenção e administração do alcoolismo na empresa. São Paulo : EPU, 1989.

SALLES-COSTA, Rosana. Gender and leisure-time physical activity. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Oct 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800014 ——— p. 329 ——— p. 326

SANTOS, A. M. dos, et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28/06/07.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072008000100010.

SIEGEL, S. Estadística no paramétrica. 2.ed. México : Editorial Trilhas, 1975

SILVA, Antonia Oliveira et al . Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 61, n. 4, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400004&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 31 2008. doi: 10.1590/S0034-71672008000400004. ——— p. 424

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300015.

TAVARES, Celina Maria Araujo; PRADO, Marta Lenise do. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400005&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 31 2008. doi: 10.1590/S0104-07072006000400005.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28/06/07.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232006000400019.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S1415-790X2008000500010.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000023.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

TOSCANO, J. J. de Oliveira, EGYPTO, E. P. do. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. In: **Revista brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 7, nº 4. Niterói – jul / ago. 2001. p. 132 – 137.

VASCONCELLOS, A.M et al. **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 607-621, 2002.

VIANA, S. M. Et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. p. 23

VILLELA, Wilza. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005. p. 30 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100008&lng=&nrm=iso>.
Acesso em: 08 2008. doi: 10.1590/S1413-81232005000100008.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA, ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL

Nome do Entrevistador: _____

Nome do supervisor: Enf^a Kíciosan da Silva Bernardi Galli

Data da visita: _____ Horário da visita: _____

Tipo de entrevista:

1. () Realizada 2. () Fechada 3. () Recusa

I. Dados de Identificação do domicílio:

1. Endereço: _____

2. Área: _____

3. Microárea: _____

4. Família: _____

5. Quantas pessoas residem neste domicílio:

5a. Total: _____

5b. Quantas pessoas com 20 anos de idade ou mais: _____

6. Relação dos moradores:

Nome do Familiar	Condição na Família

II. Características sócio-demográficas do indivíduo

07. Nome do entrevistado: _____

08. Data de nascimento: _____

09. Idade: _____

10. Sexo: _____

11. Religião: _____

12. Etnia / Raça: _____

13. Naturalidade: _____

14. Situação conjugal:

1. () solteiro
2. () casado
3. () relação estável
4. () viúvo
5. () separado

15. Quantos anos freqüentou a escola: _____

16. Situação de trabalho:

1. () em atividade

2. () desempregado - **vá para a questão nº 18**

3. () outros – *pensionista / aposentado / dona de casa / estudante* **vá para a questão nº 18**

17. Ocupação principal: _____

Somente para os entrevistados que estão em atividade

18. Qual é a renda familiar em salários mínimos: _____

III. Estilo de Vida

19. Sua alimentação diária inclui ao menos **5** porções de frutas e verduras:

1. () não

2. () às vezes

3. () quase sempre

4. () sempre

20. O Sr. (a) tem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas:

1. () sim

2. () não

21. Você **evita ingerir** alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces:

1. () não

2. () às vezes

3. () quase sempre

4. () sempre

22. Você faz **4 a 5** refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo:

() não

() às vezes

() quase sempre

() sempre

23. Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Somente para quem respondeu sim na pergunta 20

1. () sim

2. () não

24. Você realiza **ao menos** 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, **5** ou mais dias na semana:

1. () não

2. () às vezes

3. () quase sempre

4. () sempre

25. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular:

1. () não
2. () às vezes
3. () quase sempre
4. () sempre

26. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?

Somente para quem respondeu sim na pergunta 20

1. () sim
2. () não

27. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte:

1. () não
2. () às vezes
3. () quase sempre
4. () sempre

28. Qual a sua altura atual: _____

29. Qual o seu peso atual: _____

30. Cálculo do IMC: _____ (**Será realizado pelo computador**)

31. O(A) senhor(a) se sente chateado(a) consigo(a) mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?

Somente para quem respondeu sim na pergunta 20

32. O Sr. (a) é fumante:

1. () sim
2. () não - **vá para a questão nº 36**
3. () ex-fumante **vá para a questão nº 35**

33. Há quanto tempo é tabagista: _____

Somente para quem é fumante

33. Com que idade iniciou o hábito de fumar: _____

Somente para quem é fumante

34. Quantos cigarros fuma por dia: _____

Somente para quem é fumante

35. Se for ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar: _____

36. O Sr (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca:

Somente para quem respondeu sim na pergunta 20

1. () sim
2. () não

IV. Estado de Saúde / Morbidade Referida

37. O Sr. (a) está apresentando, ou apresentou, algum problema de saúde nos últimos 15 dias?

1. () sim
2. () não **vá para a questão nº 39**

38. Qual (is) o problema de saúde: _____

39. Das doenças a seguir, qual (is) o Sr. (a) apresenta ou apresentou nos últimos 12 meses?

1. () Enxaqueca / dor de cabeça
2. () Alergia
3. () Hipertensão - *pressão alta*
4. () Depressão/ Ansiedade / Problemas Emocionais
5. () Doença da Coluna / Costas - *séria, importante*
6. () Doença digestiva crônica - *úlcera*
7. () Artrite / reumatismo / Artrose
8. () Doença do coração
9. () Doença da pele
10. () Diabetes – *açúcar no sangue*
11. () Doença crônica do pulmão – *asma, bronquite, enfisema*
12. () Osteoporose
13. () Anemia
14. () Doença Renal Crônica
15. () Acidente Vascular Cerebral – *derrame*
16. () Infarto Agudo do Miocárdio – *infarte*
17. () Epilepsia – *ataque*
18. () Câncer – *tumor maligno*
19. () Tuberculose
20. () Hanseníase
21. () Intoxicação por agrotóxicos
22. () Verminose - *lombriga, solitária, outros*
23. () Acidente por animais peçonhentos
24. () Outras. Especificar: _____

40. **Se for diabético ou hipertenso**, quais os cuidados que utiliza para controlar a doença?

1. () dieta - *nutricionista*
2. () medicação de rotina
3. () regime
4. () atividade física
5. () nenhum cuidado
6. () outro. Especificar: _____

41. Nos últimos 15 dias, procurou o serviço de saúde:

1. () sim.
2. () não - **vá para a questão nº 43**

42. Se a resposta for positiva, qual foi o motivo: _____

43. Quando está com problemas de saúde, o Sr. (a) procura qual serviço de saúde:

1. () Hospital
2. () Posto de Saúde
3. () Farmácia
4. () Benzedeira
5. () Pastoral da Saúde
6. () Outros. Especificar: _____

44. Quando o Sr. (a) não está doente, procura os serviços de saúde para:

1. () Exames Preventivos - *PSA, Mamografia, Papanicolaou*
2. () Puericultura

- 3. () Vacinação
- 4. () Exames de Rotina – *colesterol, triglicérides, hemograma, EQU, EPF*
- 5. () não procura os serviços de saúde

45. Qual profissional o Sr. (a) procura quando está apresentando algum problema de saúde:

- 1. () Médico
- 2. () Enfermeiro
- 3. () Técnico de Enfermagem
- 4. () Dentista
- 5. () Psicólogo
- 6. () Fonoaudiólogo
- 7. () Agente Comunitário de Saúde
- 8. () Outro profissional. Especificar: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **DIFERENÇAS DE GÊNERO RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA, ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

Pesquisador Responsável: Elisete Navas Sanches Próspero

Telefone para contato: (47)9981-1025 / (47) 3341-7932

Pesquisadores Participantes: Kíciosan da Silva Bernardi

Telefones para contato: (49) 3646-0408 / (49) 3646-3308

A presente pesquisa pretende estimar as diferenças de gênero relacionadas ao estilo de vida, morbidade referida para DCNTs e utilização dos serviços de saúde auto-referidas no município de Cunha Porã. Para participar desta pesquisa, o senhor (a) responderá a uma entrevista, sendo que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente com interesse científico, sendo que será assegurado o sigilo quando a sua identificação, bem como o direito de desistência sob qualquer situação ou no momento que lhe convier ou achar necessário. Qualquer dúvida relacionada com a pesquisa pode ser esclarecida com o pesquisador ou professor responsável, em qualquer momento da pesquisa inclusive após sua publicação.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Itajaí (SC), 2007

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](#)