



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM NUTRIÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA



LISIANNY CAMILLA COCRI DO NASCIMENTO FERREIRA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS NUM AGLOMERADO URBANO SUBNORMAL DE
RECIFE (PE)**

Recife - PE
2016

LISIANNY CAMILLA COCRI DO NASCIMENTO FERREIRA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS NUM AGLOMERADO URBANO SUBNORMAL DE
RECIFE (PE)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco para avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição. Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Malaquias Batista Filho

Co-Orientadora: Dra. Anete Rissin

Recife - PE
2016

LISIANNY CAMILLA COCRI DO NASCIMENTO FERREIRA

**PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS NUM AGLOMERADO URBANO SUBNORMAL DE
RECIFE (PE)**

Dissertação Aprovada em: 29 de fevereiro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Dr^a. Maria de Fátima Costa Caminha

Prof^a. Dr^a. Fernanda Cristina de Lima Pinto

RECIFE

2016

Dedico essa dissertação aos meus pais Ricardo e Jacqueline, a meu irmão João, ao meu namorado Diego e aos meus amigos por me darem o prazer de fazer parte da minha vida e me ajudarem a ser uma pessoa melhor diariamente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, por ter me concedido a vida através dos meus pais e a chance de evoluir e me tornar uma pessoa melhor todos os dias. Aos espíritos de luz, pela presença constante em minha vida, me auxiliando a seguir com boas inspirações e por caminhos necessários.

Aos meus pais Ricardo e Jacqueline, por todo amor, carinho, conforto, incentivo, puxões de orelha, por não fazer todos os meus gostos, açúcar e afeto... por tudo que têm me dado e me faz ter a certeza de que eu sou uma pessoa extremamente abençoada e feliz de tê-los na minha vida. Ao meu irmão João, pela parceria, amor, conversas, sei que sempre caminharemos lado a lado.

A meu namorado Diego, um príncipe de fato, pelo companheirismo, parceria, aprendizagem diária, por todo o apoio do mundo que me deu e continua a me dar na busca dos meus sonhos, além de e se desdobrar como pode para me ajudar a realizá-los. A você meu amor e gratidão eterna, pelo tanto que você tem me feito aprender e a crescer!

As minhas amigas lindas, que tenho visto menos, mas nem por isso deixam de estar no meu coração e de sentir o incentivo de todas, a cada vez que a gente se encontra em algum lugar ou se fala no telefone, que entendem a minha vida corrida, mas sabem da importância delas na minha vida e me apoiam na minha escolha. Vocês são meus amores, a família que escolhi e sempre poderão contar comigo.

Ao Prof. Malaquias, por sua sabedoria, humildade, genialidade, por sua capacidade em saber dividir. Nunca esquecerei nosso primeiro encontro, seu banco de ideias, e sua preocupação em desenvolver um tema comigo que me deixasse à vontade de trabalhar. A Anete, por toda disponibilidade, palavras de incentivo, correções, carinho. Ao Prof. Pedro Israel por toda paciência, conversas, aprendizagem e leveza. Vocês foram imprescindíveis para o meu crescimento acadêmico. Muito obrigada por fazer mais essa etapa possível.

A todos os professores que passaram pela minha vida, seja no mestrado, na especialização, nas graduações e partilharam comigo seus conhecimentos. Levo com certeza um pouco de cada um na minha jornada acadêmica.

Aos colegas da turma de mestrado por todo aprendizado compartilhado, caronas e convivência prazerosa; em especial a Maria Izabel, a minha grata surpresa e mais nova amiga.

A Cecília e Neci, pela dedicação, disponibilidade e compromisso com os alunos e a Pós-Graduação em Nutrição/UFPE.

“O que me preocupa não é nem o grito dos corruptos, dos violentos, dos desonestos, dos sem caráter, dos sem ética... O que me preocupa é o silêncio dos bons”.
(Martin Luther King)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destaca como uma condição clínica multicausal caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Considera-se para tal, valores de PA maiores ou igual a 140/90 mmHg. A hipertensão arterial tem alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública. Há uma estreita associação entre a HAS não tratada (60 a 80%) e as doenças cardiovasculares que apesar de sua diminuição, continuam sendo a maior causa de mortalidade no país, com destaque para as doenças cerebrovasculares (32%) e doença cardíaca isquêmica (30%). Alguns fatores podem estar ligados a hipertensão, tais como a idade, genética, excesso de peso, entre outros. Diante disso, o objetivo geral desse trabalho foi o de determinar a prevalência e identificar os fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal, assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em Recife (PE). Para tal, foi realizado um estudo transversal num aglomerado urbano subnormal, utilizando o banco de dados da pesquisa "Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo "baseline", localizado na Comunidade dos Coelho. A amostra foi composta por 663 adultos, com idades entre 20 e 59 anos. Os dados relativos às variáveis socioeconômicas, ambientais, biológicas, comportamentais, antropométricas e bioquímicas (morbidade) foram coletados através de questionário estruturado. A PA foi medida duas vezes utilizando-se tensiômetro automático. Aqueles que apresentaram PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg e/ou sob utilização de medicamento anti-hipertensivo, foram considerado com HAS. A análise dos dados foi efetuada com a utilização dos programas estatísticos SPSS para Windows (versão 10.0) e Stata versão 7.0. A associação dos possíveis fatores preditivos da HAS foi avaliada pelo teste de qui-quadrado de Pearson. As variáveis que apresentarem nesta análise um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multivariado (regressão de Poisson) seguindo um modelo hierarquizado para entrada das variáveis, considerando um nível de significância de 5%. A prevalência de HAS encontrada foi de 36,95%. Os fatores associados à HAS após os ajustes foram: a idade nas faixas etárias de 30-39 anos (RP= 2,16, IC95% 1,11-3,58, $p=0,007$)/ 40-49 anos (RP= 3,31, IC95% 1,95-5,63, $p<0,001$)/ 50-59 anos (RP= 5,01, IC95% 1,67-5,25, $p<0,001$); sobrepeso (RP= 1,59, IC95% 1,09-2,31, $p=0,014$), obesidade (RP= 2,16, IC95% 1,51-3,08, $p<0,001$) e triglicérides ≥ 150 mg/dL (RP= 1,54, IC95% 1,12-2,08, $p=0,006$). Tendo em vista a escassez de trabalhos em aglomerados urbanos subnormais, faz-se necessário à realização de mais estudos nessa população visando identificar a real situação de saúde; bem como a organização, planejamento e monitoramento constantes das práticas de saúde que almejem o enfrentamento do agravo com eficácia na população afetada pela HAS, reduzindo assim a incidência e o impacto das DCNTs.

Palavras-chave: Baixa renda. Hipertensão. Pressão arterial. Prevalência.

ABSTRACT

Hypertension stands out in a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). Such condition is characterized for BP values greater than or equal to 140/90 mmHg. Cardiovascular disease, despite its decrease, remain the leading cause of mortality in the country, especially for cerebrovascular disease (32%) and ischemic heart disease (30%), with these diseases correlated to complications of high prevalence of hypertension untreated (60 to 80%). Some factors may be linked to hypertension, such as age, genetics, overweight, among others. Therefore, the aim of the present study was to assess the prevalence of hypertension and the associated factors in adults living in a low income area, assisted by the Family Health Strategy in Recife (PE). A cross sectional study was conducted in a low income area, using the database of the research "Health, nutrition and care services in a Recife slum population: a study "baseline"", localized in Coelhos community. The sample was composed by 663 adults, with ages between 20-59 years old. Blood pressure was measured twice using an automatic sphygmomanometer. Socioeconomic, environmental, biological, behavioral, anthropometric and biochemical (morbidity) were obtained through a structured questionnaire. The participants had their blood pressure measured twice using an automatic sphygmomanometer. High blood pressure was defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg, and/or under drug treatment for blood pressure control. Data analysis was performed using the statistical program SPSS for Windows (version 13) and 7.0 Stata version. Possible predictive factors association's was assessed using the chi-square test of Pearson. Variables that are experiencing this analysis a value of $p < 0.20$ were selected for the multivariate model (Poisson regression) following a hierarchical model for input variables, considering a 5% significance level. The prevalence of high blood pressure was 36,95%. Factors associated with high blood pressure after adjustment were: age-group 30-39 years (PR= 2,16, CI95% 1,11-3,58, $p=0,007$)/ 40-49 years (PR= 3,31, CI95% 1,95-5,63, $p<0,001$)/ 50-59 years (PR= 5,01, CI95% 1,67-5,25, $p<0,001$), overweight (PR= 1,59, CI95% 1,09-2,31, $p=0,014$), obesity (PR= 2,16, CI95% 1,51-3,08, $p<0,001$) and triglycerides ≥ 150 mg/dL (PR= 1,54, CI95% 1,12-2,08, $p=0,006$). In view of the lack of works in low income areas, it is necessary to conduct more studies in this population in order to identify the real health situation; and the organization, planning and monitoring constant health practices that aim the disease combat effectively in the population affected by hypertension, thus reducing the incidence and impact of chronic noncommunicable diseases.

Keywords: Low income. Hypertension. Blood pressure. Prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Descrição da variável dependente.	31
Quadro 2. Descrição das variáveis independentes.....	32
Figura 1. Modelo hierarquizado.....	36
Figura 2. Prevalência da Pressão Arterial Elevada.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da Pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).....	34
Tabela 2 – Distribuição das variáveis socioeconômicas, ambientais, biológicas e comportamentais, prevalência de hipertensão e respectivas razões de prevalência simples e IC 95% em adultos (20-59 anos). Comunidade dos Coelhos-PE, 2014.....	37
Tabela 3 - Distribuição das variáveis antropométricas e bioquímicas (morbidade), prevalência de hipertensão e respectivas razões de prevalência simples e IC 95% em adultos (20-59 anos). Comunidade dos Coelhos-PE, 2014.....	40
Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada hierarquicamente, estimadas por regressão de Poisson, para prevalência de hipertensão arterial* em adultos (20-59 anos). Comunidade Coelhos - PE, 2014.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar

CDC – Center for Disease Control and Prevention

DCV – Doenças cardiovasculares

DCNTs – Doenças crônicas não transmissíveis

ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares

FACEPE - Fundação de Apoio à Ciência no Estado de Pernambuco

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IMC – Índice de massa corporal

JNC 7 – The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PA – Pressão arterial

PAS - Pressão arterial sistólica

PAD - Pressão arterial diastólica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem De Domicílio

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PSNS - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

RP – Razão de prevalência

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL	18
2.2 DEFINIÇÃO, IMPORTÂNCIA E CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	22
2.3 PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	25
2.4 AGLOMERADOS URBANOS SUBNORMAIS E DCNTs	28
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. MÉTODOS	32
4.1 PESQUISA DOS COELHOS	32
4.1.1 COLETA DE DADOS	32
4.1.2 AMOSTRAGEM	33
4.1.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	33
4.1.3.1 Inclusão	33
4.1.3.2 Exclusão	34
4.1.4 LOCAL DO ESTUDO	34
4.1.5 TRABALHO DE CAMPO.....	34
4.1.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
4.2 ÂMBITO DO ESTUDO.....	35
4.2.1 CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	35
4.2.1.1 Variável dependente	35
4.2.1.2 Variáveis independentes.....	35
4.2.2 PROCEDIMENTOS	37
4.2.2.1 Pressão Arterial	37
4.2.2.2 Índice de Massa Corporal (IMC).....	39
4.2.2.3 Antropometria	39

4.2.2.4 Avaliação Socioeconômica	39
4.2.2.5 Atividade Física.....	40
4.2.2.6 Consumo de Sal.....	40
4.2.2.7 Análise Bioquímica	40
4.2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
5 RESULTADOS.....	43
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONCLUSÃO	54
7.1 RECOMENDAÇÕES	55
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS.....	67
Anexo A - Questionários.....	68
Anexo B – Manual do Entrevistador.....	87
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Anexo D - Declaração de Aprovação do Comitê de ética.....	110
Anexo E - Questionário Biodemográfico Segundo Critério De Classificação Econômica (ABEP, 2014)	111

1 APRESENTAÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destaca como uma condição clínica multicausal caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Considera-se para tal, valores de PA $\geq$ a 140/90 mmHg. A hipertensão arterial tem alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública. Entre suas causas evidencia-se a associação direta com o excesso de peso, a idade e a genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A estimativa mundial de HAS em adultos no ano 2000 foi em torno de 26%, devendo passar para 29% no ano 2025. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas (KEARNEY et al., 2005). Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população. É a principal causa de óbito prevenível no mundo, responsável por 13% das mortes (FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014). Nos Estados Unidos estima-se que pelo menos 77.9 milhões de norte-americanos sejam hipertensos (um em cada três adultos) (GO et al., 2013).

No caso particular do Brasil, estudos sobre a HAS mostram a prevalência em torno de 20%, com disparidades entre as regiões do país (OLIVEIRA et al., 2013; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Dados de 2014 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,8%, sendo maior em mulheres (26,8%) do que em homens (22,5%). Uma das maiores frequências para o sexo masculino, em âmbito nacional, foi observada em Recife (26,7%), apesar de o sexo feminino apresentar prevalência um pouco maior (29,8%) (BRASIL, 2014).

No novo cenário epidemiológico, observa-se no Brasil a tendência de aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs como uma das características marcantes do processo de transição nutricional e epidemiológica do país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). As DCNTs compõem um complexo de comorbidades centralizadas na trilogia de doenças neoplásicas, cardiocirculatórias (incluindo a HAS) e diabetes mellitus tipo 2 e representam as principais causas de morte (cerca de 72%), além de incapacitações transitórias e definitivas (MENDES, 2012; BRASIL, 2013).

Em se tratando das doenças cardiovasculares (DCV), apesar de sua diminuição, essa continua sendo a maior causa de mortalidade no país, com destaque para as doenças cerebrovasculares (32%) e doença cardíaca isquêmica (30%), além do crescimento na mortalidade por doença cardíaca hipertensiva (13%), estando essas doenças correlacionadas às complicações da alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) não tratada (60 a 80%) (SCHMIDT et al., 2011). Essa nova configuração, que perpassa pela HAS como principal componente causal, representa um grande desafio a ser enfrentado (BRASIL, 2011).

Nesse aspecto das transições, a partir da década de 90, o país passou a apresentar frequências mais elevadas de DCNTs nos estratos de renda mais baixos (BARBOSA et al., 2009; FERREIRA, 2010). A mobilidade social dessas condições com tendência à redução no quartil de renda mais elevada e deslocamento crescente para as famílias classificadas nos estratos econômicos mais baixos confere, por assim dizer, a característica epidemiológica marcante do processo de transição nutricional da população brasileira nas últimas três décadas (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BARBOSA et al., 2009). A tendência da hipertensão no contexto da pobreza no Brasil coloca o agravo como um grave problema no campo da saúde pública na atualidade, desde que suas consequências biológicas e sociais se tornam mais complexas e até certo ponto imprevisíveis (ALMEIDA, 2013).

As mudanças comportamentais do século XX, tais como hábitos de vida sedentários, mudanças nos padrões tradicionais de consumo alimentar (com destaque para a alta ingestão de sal), ingestão de álcool, características socioambientais sob constantes mudanças, susceptibilidade biológica, incluindo fatores genéticos, têm se destacado como condicionantes de risco ligados à hipertensão (BRASIL 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Por sua consistência, com os achados clínicos e epidemiológicos, os fatores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, renda, raça/cor), vêm ganhando destaque embora diferenças na prevalência de HAS ou na especificidade destas associações mereçam ainda maiores investigações (SÁ; MOURA, 2011; SES/PE, 2012).

Por sua importância no contexto de mortalidade geral e aumento crescente também em meio à pobreza, as DCNTs, incluindo a HAS, impõem um aprofundamento teórico sobre sua dinâmica visando um delineamento de políticas públicas mais eficazes para a prevenção e

controle dessas doenças (MARY et al., 2015). Segundo o censo populacional realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 6% da população brasileira reside em aglomerados subnormais. Esses aglomerados são unidades habitacionais carentes na maioria dos serviços públicos essenciais, dispostas de maneira desordenada e densa; e em 2010 alcançaram quase o dobro da proporção encontrada em 1991 (3,1%) pelo IBGE. E é neste sentido que se fundamenta a realização do presente estudo, que pretende determinar a prevalência e identificar fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal, assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em Recife (PE).

A hipertensão arterial sistêmica é atualmente considerada um problema de saúde pública crescentemente prioritário. Sua prevalência vem aumentando ao longo do tempo, inclusive na população adulta que reside em territórios socioeconômicos que delimitam populações sob condições reconhecidamente precárias. Sabe-se que a hipertensão está associada ao excesso de peso e a diversos outros fatores, porém ainda são escassos os estudos que avaliam como esses fatores se comportam em adultos entre 20 e 59 anos de idade residentes em aglomerados urbanos subnormais, conhecidos como favelas, em espaços de atuação da Estratégia Saúde da Família que compõem a rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde.

Reconhecendo-se o atual perfil epidemiológico do problema e a importância desse tema, justifica-se a realização do presente estudo, que foi realizado com base no banco de dados da pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*”, promovido pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e a Prefeitura da Cidade do Recife, com recursos financeiros oriundos do Ministério da Ciência e Tecnologia e Fundação de Apoio à Ciência no Estado de Pernambuco - FACEPE. Na realidade, trata-se com estas características, do primeiro inquérito de base populacional realizado em comunidade residente em favela no Brasil. Os resultados obtidos a partir deste estudo, decerto contribuirão para o conhecimento da magnitude da hipertensão da área analisada, bem como identificação dos fatores associados em adultos, visando desencadear futuras intervenções sobre esses problemas na comunidade estudada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

O fenômeno da transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, e é caracterizada de maneira geral pela queda na taxa de mortalidade seguida após certo tempo da diminuição na taxa de natalidade, ou seja, da taxa de fecundidade; provocando assim uma mudança no perfil da estrutura etária populacional (ALVES, 2008, 2014). É composta basicamente por três etapas que são: a primeira etapa na qual se verifica um aumento no número de jovens em consequência a diminuição da mortalidade infantil; a segunda na qual se reduz o número de jovens devido à diminuição da taxa de fecundidade e por último a manutenção de baixas taxas de natalidade e mortalidade, que leva ao envelhecimento populacional e mudança na pirâmide etária (PAIVA, 2005).

Foi a partir da década de 40, que se iniciou no Brasil, o processo da transição. Entre as décadas de 40 a 60 o país passou por uma queda na taxa de mortalidade, mas ainda manteve a taxa de fecundidade e natalidade altas (média de 6 filhos por mulher), mantendo assim uma população quase estável, com a maioria dos jovens abaixo dos 20 anos (52%). A partir dos anos 60, se inicia um declínio na taxa de fecundidade nas regiões mais desenvolvidas e nas classes privilegiadas (de 5,8 filhos em 1970 para 2,3 filhos por mulher nos anos 2000), disseminando-se para as populações mais pobres, inclusive na região Nordeste, acarretando assim numa população com o perfil etário mais envelhecido, com baixo ritmo de crescimento, que vem se mantendo estável e modifica a estrutura etária da pirâmide populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003; DUARTE, 2012).

Essas mudanças no ritmo de crescimento demográfico pode ser constatada através da mediana de idade da população e do índice de envelhecimento, que em 2010 chegaram à 27 anos e 44,4% respectivamente, indicando que a cada 100 jovens havia 45 idosos. Contudo essa transformação não ocorreu de forma equânime entre as regiões do Brasil, apresentando as regiões Norte e Nordeste características de evolução mais lentas, que vieram a se assemelhar no ano de 2010, com taxa de mortalidade infantil reduzida em torno de 70% e esperança de vida superior aos 70 anos (VASCONCELOS E GOMES, 2012).

Nos últimos 30 a 40 anos, de maneira equivalente, porém distintas, os países em desenvolvimento econômico, viram seu perfil epidemiológico se transformar. No caso do Brasil, por exemplo, essas transformações tiveram início na década de 60, e em 1990 apresentava um perfil de morbidade dualizado, com os antigos e novos males coexistindo no mesmo ambiente (ARAÚJO, 2012).

Um dos principais autores a descrever o processo de transição epidemiológica foi OMRAM, em 1971. Em seu estudo atribuí-se as transformações decorrentes da revolução industrial tais como melhorias nas condições sociais, de saúde, acesso a alimentos e saneamento, o fator motriz para modificações no perfil de adoecimento. Sua teoria é constituída por três fases epidemiológicas. A primeira foi chamada de “Era da fome e da pestilência”, a segunda fase conhecida por “Era do declínio das Epidemias; e por último a “Era das doenças degenerativas e causadas pelo homem” (OMRAM, 2005).

Nos países “em desenvolvimento”, como o Brasil, que mais tardiamente tiveram início autônomo as tentativas de desenvolvimento econômico, observou-se nos últimos 50 anos as transformações no perfil de morbidade consequentes as melhorias nas condições de vida. (ARAÚJO, 2012; TEIXEIRA, 2004). Até a década de 1940, houve um predomínio das doenças infecto-parasitárias como principal causa mortis figurando aproximadamente 46% do total de óbitos da população, chegando a cerca de 60% na região Norte e 49% na região Nordeste. Em contrapartida, as doenças cardiocirculatórias, correspondiam a cerca de 14,5% e as neoplasias a 3,9% do total dos óbitos no país (ARAÚJO, 2012). No ano de 1970, as doenças cardiovasculares (DCV) passaram a ser a primeira causa de mortalidade no Brasil, correspondendo a 24,8% dos óbitos, ultrapassando as doenças infecciosas e parasitárias (15,7%), seguida pelas neoplasias malignas (9,7%) (ARAÚJO, 2012).

Em 1986 as DCV já eram responsáveis por aproximadamente 33% dos óbitos, seguida pelas Causas Externas (14,85%) e, em terceiro lugar, as neoplasias malignas (11,9%) (BRASIL, 1986). Em 2009, as doenças do aparelho circulatório (DAC) permaneceram em primeiro lugar, apresentando 29% de mortalidade. Ainda em 2009, as neoplasias representaram cerca de 15,6%, seguidas pelas causas externas (12,6%). Nesse mesmo ano, as doenças infecto-parasitárias figuraram em oitavo lugar nas principais causa mortis do país (4,3%), confirmando que apesar do seu declínio, ainda representam um dos principais motivos de óbitos no Brasil (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, Frenk (1991) publicou um trabalho sobre a transição epidemiológica na América Latina, na qual propõe um novo modelo diferente do linear elaborado por OMRAM, chamado de “Polarizado prolongado”, que explicaria ao menos em parte a situação vivenciada pelo Brasil. Nesse modelo, existem quatro características que são: a superposição de etapas, na qual os perfis de morbidade diferentes não se sucedem, mas se superpõem como as DCNTs e as infecciosas e parasitárias; a contra-transição, com o reaparecimento de algumas doenças como a dengue; a transição prolongada, na qual não há uma resolução clara do processo de transição, e sim uma morbidade mista, sem contudo haver um completo predomínio das DCNTs; e por fim a polarização epidemiológica, na qual a constância das desigualdades sociais faz com que os diferentes grupos sociais vivam etapas de maneiras distintas (FRENK, 1991).

Nesse sentido e concomitante a transição demográfica e epidemiológica, mas também como forma de resposta a essas transformações que vinham se delineando, houve uma modificação nos hábitos alimentares da população, além da própria disponibilidade de alimentos ofertados. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2000) essa transição nutricional se caracteriza por mudanças seculares nos padrões de nutrição, como consequência das mudanças nos padrões alimentares dos indivíduos devido às transformações sociais, econômicas, demográficas e de saúde. Há uma ascensão da obesidade e diminuição da desnutrição, coexistindo assim o perfil de morbidades opostas (CARVALHO et al., 2010). As deficiências de micronutrientes e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio, também caracteriza a transição nutricional (STANDING COMMITTEE ON NUTRITION, 2006).

Em linhas gerais Popkin (1993) relata que essa transição apresenta cinco fases, que são: coletar alimento; fome; diminuição da fome; doenças degenerativas; e a mudança de comportamento. No Brasil, é a partir da década de 70 que se têm informações documentadas do processo de transição nutricional. Nesse período o quadro nutricional estava ligado a surtos endêmicos da fome, com índices mais elevados nas regiões do norte e nordeste, relacionados à evolução dos ciclos econômicos e desenvolvimento urbano/industrial. A partir dos anos 80, a situação passou a ser representada por carência nutricional e de fome, devido ao aumento das indústrias e evasão da zona rural, formando assim a periferia dos centros urbanos. Foi nos anos

90 que o quadro nutricional teve diminuição na prevalência de desnutrição grave e houve a incorporação da obesidade, diabetes tipo II e dislipidemias (ESCODA, 2002).

Cabe ressaltar, que somente a partir dos inquéritos alimentares empregados a partir de 1975, é que se pode de fato analisar a realidade nutricional no Brasil (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Foram três os estudos que permitiram chegar a essa análise: o Estudo Nacional de Despesas Familiares – ENDEF (1974/75), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; a Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição – PSNS (1989), desenvolvida pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAM; e a Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde – PNDS (1996) promovida pela Sociedade de Bem-Estar Familiar – BEFAM, derivada da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD. Foi através desses trabalhos que se pode inferir a diminuição da prevalência da desnutrição infantil (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; OLIVEIRA, 2004).

Já na população adulta (representada por mulheres com idades entre 18 e 49 anos), a diminuição da prevalência de desnutrição ocorreu de maneira peculiar (diminuição, crescimento, diminuição), se corrigindo entre 1975 e 1989, com exceção do Nordeste rural. Justaposto a esse período de diminuição, houve uma ascensão do sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Juntos, o sobrepeso e obesidade são a quinta causa de risco para mortalidade global. Pelo menos 2,8 milhões de adultos morrem a cada ano como resultado disso. Em 2008, as estimativas globais são de que mais de 1,4 bilhões de adultos, de 20 anos ou mais, estão acima do peso. Desses adultos, mais de 200 milhões de homens e aproximadamente 300 milhões de mulheres são obesos. Ao todo, mais de 10% da população adulta mundial é obesa (WHO, 2009). Em adição, 44% da carga de diabetes, 23% do fardo das doenças isquêmicas do coração, e entre 7% e 41% de certos tipos de câncer são atribuídos a estas condições (WHO, 2012).

A mudança no estilo de vida da sociedade atual vem contribuindo para que esse quadro mude para que haja essa transição de déficit para excesso de peso, o que pode ao longo do tempo acarretar problemas com a saúde. Dados da VIGITEL (2014) revelam que o índice de brasileiros acima do peso segue em crescimento no país - mais da metade de população está nesta categoria (52,5%) e destes, 17,9% são obesos. Ainda de acordo com a VIGITEL, o excesso de peso é maior entre os homens - 56,5% contra 49,1% das mulheres; já a taxa de obesidade não é muito diferente

entre os dois gêneros - 17,9% entre o sexo masculino e 18,2% entre o sexo feminino. Diante do exposto, pode-se perceber que o excesso de peso é uma doença em ascensão e muito importante para a sociedade atual, pois além de estar relacionado a várias doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial, diabetes tipo II, dislipidemias e alguns tipos de câncer, representa um gasto oneroso aos cofres públicos (BARBALHO et al., 2015).

2.2 DEFINIÇÃO, IMPORTÂNCIA E CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA)”, representando uma questão de saúde pública mundial. É uma condição comum e perigosa. Ter a pressão arterial alta significa que a pressão na parede dos vasos é maior do que deveria ser (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; WHO, 2013; CDC, 2016).

A pressão sanguínea “representa a força exercida pelo sangue contra qualquer unidade de área da parede vascular” (GUYTON, 2011). É o resultado das inter-relações do débito cardíaco, elasticidade arterial, resistência vascular periférica, viscosidade do sangue e do seu volume. A HAS é uma doença assintomática caracterizada pela elevação persistente da PA que está associada à espessura e endurecimento das artérias (resultado terminal da arteriosclerose) forçando o bombeamento cardíaco contínuo contra uma grande resistência (GUYTON; 2011; POTTER; PERRY, 2006).

A hipertensão arterial tem altas prevalências no mundo, é uma doença de difícil controle, e tem um alto custo social. É uma condição que implica em desfechos importantes como as doenças cardiocirculatórias, além de se relacionar a várias doenças crônicas. Em 2007, 1.157.509 internações foram registradas por doenças cardiovasculares no SUS. Quanto aos custos, em 2009 houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; BRASIL 2011a).

A estimativa mundial de HAS em adultos no ano 2000 foi em torno de 26%, devendo passar para 29% no ano 2025. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas (KEARNEY et al., 2005). A mortalidade por DCV se eleva à medida que a PA aumenta a partir de 115/75 mmHg. Em 2001, cerca de 31% da mortalidade global foi causada por DCV, em países da baixa e médio desenvolvimento econômico. No Brasil, cerca de 30% da mortalidade foi atribuída as doenças cardiocirculatórias, sendo considerada a maior causa mortis (YUSUF et al., 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em 2006, um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e prevalência das doenças cardiovasculares (DCV) nas aposentadorias concedidas pela superintendência de saúde. Foram avaliados 5.000 prontuários médicos periciais, desses 1.618 pacientes foram aposentados por DCV incapacitantes, mas somente 1.200 casos foram estudados. A HAS foi encontrada aproximadamente em 86% dos casos, estando associada com aneurismas de aorta (100%), insuficiência renal crônica (96,3%), cardiopatia isquêmica (78,4%), angina de peito (74,9%), infarto do miocárdio (72,0%), entre outros, o que leva a conclusão de ser uma doença altamente incapacitante (BESSER; SILVA; OLIVEIRA, 2006).

A HAS é diagnosticada através da medida casual, quando os valores de sua medida são altos e se mantêm inalterados, mas dependendo dos níveis pressóricos, é preciso o resultado de três aferições em três visitas, em condições ideais. Para tal, o critério utilizado para definir a HAS são valores da pressão arterial sistólica (PAS) maiores ou igual a 140 mmHg e/ou valores maiores ou igual a 90 mmHg da pressão arterial diastólica (PAD) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; WHO, 2013).

A medida realizada em consultório (>18 anos) está de acordo a seguinte classificação: 1) valores de PAS/PAD abaixo de 120/80 mmHg são consideradas como “ótima”; 2) normal com PAS/PAD menor que 130/85; 3) limítrofe quando a PAS/PAD estiver entre 130-139/85-89; 4) hipertensão estágio 1 quando a PAS/PAD estiver entre 140-159/90-99; 5) hipertensão estágio 2 com a PAS/PAD entre 160-179/100-109; 6) hipertensão estágio 3 quando a PAS/PAD estiver com valores acima ou igual a 180/110; e por fim, 7) hipertensão sistólica isolada no qual os valores da PAS estiverem maior de 140 mmHg, mas a diastólica estiver menor que 90 mmHg

(MANCIA et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Para a realização da medida da pressão arterial adequada, devem-se levar em conta as possíveis interferências do ambiente externo e as condições do sujeito durante a aferição. Para tal, é necessário preparar o paciente, de modo que ele fique em repouso por pelo menos 5 minutos, em ambiente calmo e evitar conversar durante a medida; o mesmo não deve estar com a bexiga cheia, nem ter praticado exercício físico na hora anterior; não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou se alimentado; não ter fumado nos 30 minutos anteriores, e por fim deve estar sentado, com as pernas descruzadas, braços na altura do coração e palma da mão voltada para cima (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Igualmente a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure - JCN 7 (2004) considera os mesmos valores de HAS para a população; contudo há uma nova classificação para aqueles que apresentam a PAS entre 120-139 mmHg e/ou PAD entre 80-89 mmHg, chamados de “Pré-hipertensos”. Essa nova categoria não é tida como uma doença, mas sim uma classificação que visa identificar aqueles indivíduos mais propensos a desenvolver a hipertensão, e através da qual uma intervenção precoce com adoção de um estilo de vida mais saudável poderia ser prevenida ou ter seu aparecimento identificado.

Tal categoria surgiu após informes da WHO (2002), a qual relatava que a PA subótima ($PAS < 115$ mmHg) é responsável por 62% das doenças cerebrovasculares e 49% das doenças cardíacas isquêmicas (com uma pequena variação por sexo) e do trabalho de Vasan (2001) que fez um estudo com os dados dos sujeitos do estudo do coração de Framingham. Nesse trabalho, Vasan encontrou que após quatro anos, 5,6% dos participantes (< 65 anos de idade) que tinham a PA considerada ótima ($< 120/80$ mmHg), 17,6% com a PA normal ($120-129/80-84$ mmHg) e 37,3% com PA normal alta ($130-139/85-89$ mmHg) evoluíram para a HAS. Já para aqueles que tinham acima de 65 anos, a progressão para a hipertensão arterial foi de 16%, 25,5% e 49,5%, respectivamente.

De acordo com o JCN 7 (2004), a pressão arterial para maiores de 18 anos é baseada na média de duas aferições ou mais, sentado, em duas ou mais visitas ao consultório. Sua

classificação tem quatro categorias e é mais resumida que o VII Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology - ESC (2013) e a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. São elas: pressão arterial normal (PAS < 120 e PAD < 80 mmHg), pré-hipertensão (PAS 120-139 e PAD 80-89 mmHg), hipertensão estágio 1 (PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg) e hipertensão estágio 2 (PAS $\geq$ 160 e PAD $\geq$ 100 mmHg).

É importante destacar, que no presente estudo, os critérios utilizados para diagnosticar a PA elevada foi o resultado da aferição em duas ou mais vezes da pressão arterial alterada em uma visita, mais o uso de medicação anti-hipertensiva. Dessa forma, de acordo com o exposto anteriormente não se poderia classificar o indivíduo como hipertenso, pois os fatores ambientais como um estresse, ou a hipertensão do avental branco (HAB) poderiam estar elevando os valores naquele momento. Contudo vários estudos transversais atuais, com o intuito de medir a prevalência da HAS ao redor do Brasil e do mundo, utilizam esse critério para diagnosticar esse problema (CESARINO et al., 2008; HELELO; GELAW; ADANE, 2014; KHANAM et al., 2015; LONGO et al., 2009; VAN DE VIJVER et al., 2013).

2.3 PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Vários estudos no Brasil e no mundo (COSTA et al., 2007; FERREIRA et al., 2009; GUS et al., 2004; KHANAM et al., 2015; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006; PEREIRA et al., 2007; ROSÁRIO et al., 2009; VAN DE VIJVER et al., 2013) foram realizados com o intuito de estimar a prevalência da HAS. Isso se deve à importância da morbidade em causar incapacitações, mortalidade e aos altos custos envolvidos no tratamento. Cabe ressaltar, entretanto, que os trabalhos não seguiram um mesmo critério diagnóstico, o que pode ocasionar em discrepâncias nos resultados obtidos.

O “American Heart Association” (2013), relata que um em cada três adultos norte-americanos tem hipertensão, e que algumas projeções realizadas estimam que em 2030 a prevalência da hipertensão deve subir cerca de 7,2%. Dados do CDC (2013) referentes a uma pesquisa realizada no ano de 2011/2012 relatam que 29,1% dos adultos com mais de 18 anos tem

hipertensão arterial, e que esses valores são similares entre homens e mulheres (29,7% versus 28,5%). No Canadá esses valores são menores, com cerca de 19,6% de adultos maiores de 20 anos com HAS. É importante destacar que nessa população todas as causas de mortalidade foram maiores entre adultos diagnosticados com hipertensão do que aqueles que não tinham a HAS diagnosticada (ROBITAILLE et al, 2012).

Na África, alguns trabalhos (AWOKE et al., 2012; DANIEL et al., 2013; HELELO; GELAW; ADANE, 2014; JOSHI et al., 2014; VAN DE VIJVER et al., 2013) sobre a prevalência da HAS vêm sendo desenvolvidos em populações assentadas em aglomerados subnormais. As prevalências encontradas variam de 12,3% até 38,2% de HAS. Em todos os trabalhos citados anteriormente, o critério utilizado para definir hipertensão arterial foi de PAS > 140mmHg e/ou PAD > 90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo.

Um trabalho realizado nas capitais brasileiras com base nos dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), estimou que a frequência da pressão arterial referida em 54.369 adultos foi de 21,6%, apresentando valores maiores no sexo feminino do que no masculino (24,4% versus 18,4%) (FERREIRA et al., 2009).

Um estudo de revisão realizado por Passos, Assis e Barreto (2006) identificou prevalência parecida de HAS, representando aproximadamente 20% da amostra, independente do sexo, tendendo a aumentar com a idade. O critério utilizado para chegar a esse valor foi de pressão sistólica > 140mmHg e/ou pressão diastólica > 90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo. Também no ano de 2006, foi executado um trabalho liderado pela Universidade Federal de Goiás, o qual utilizou os mesmos critérios referidos acima. Os achados encontraram que dos 1739 participantes, 633 (36,4%) foram identificados como hipertensos (JARDIM et al., 2007).

Na direção contrária dos estudos citados anteriormente, mas igualmente preocupante, um trabalho realizado com adultos jovens (idade média de 21,7 anos) estudantes de uma universidade pública, encontrou uma prevalência de 9,7% dos níveis pressóricos elevados, acometendo mais os homens. Nesse trabalho o critério utilizado foi o de pressão sistólica > 140mmHg e/ou pressão diastólica > 90mmHg (MARTINS et al., 2010).

Existem várias evidências na literatura sobre alguns fatores de risco que podem estar associados à hipertensão arterial. Os que merecem destaque, e estão entre os mais citados, são: a

idade, gênero, etnia, sobrepeso/obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética, além do estresse, doenças metabólicas como o diabetes, e outras doenças cardiovasculares (MANCIA et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; WHO, 2013; CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2016).

A idade é uma das variáveis fortemente ligadas ao aparecimento da hipertensão arterial. Através do estudo “The Framingham Heart Study”, Franklin (1997) realizou um trabalho no qual buscou identificar as alterações ocorridas com a pressão arterial com o aumento da idade para inferir os fatores hemodinâmicos que levavam ao aumento da pressão arterial. Uma das conclusões do estudo foi que o aumento linear da PAS com a idade e a redução da PAD após os 60 anos, está relacionado à resistência vascular periférica durante os primeiros anos e depois ao aumento da rigidez das grandes artérias durante os últimos anos.

Alguns estudos (MARIC, 2005; SANDBERG; JI, 2012) abordam sobre a variável gênero, e ao que parece, a incidência e a taxa de progressão de doenças cardiovasculares (DCV) e da hipertensão arterial são notadamente maiores em homens do que em mulheres na pré-menopausa. Contudo, depois da menopausa essa relação deixa de existir e a incidência e a taxa de progressão das DCV e hipertensão passam a ser similares em ambos os sexos. Isso pode estar relacionado às diferenças no perfil esteroide gonadal e também aos cromossomos sexuais independente dos hormônios gonadais (SANDBERG; JI, 2012).

Com relação ao sobrepeso e obesidade, um estudo longitudinal realizado na universidade de Johns Hopinks, acompanhou 1.132 homens jovens, acadêmicos do curso de medicina, até a meia idade. Após uma média de 46 anos, aproximadamente 508 participantes desenvolveram hipertensão arterial. Entre os que se tornaram obesos, a razão de prevalência encontrada para a associação com a elevação da pressão arterial foi de 4,17, e para quem tinha sobrepeso foi de 1,58. Os achados desse estudo ressaltam a importância do peso alto e do ganho de peso em aumentar o risco de hipertensão (SHIHAB et al., 2012).

Vários estudos (COOK et al., 2007; KARPPANEN; MERVAALA, 2006; SACKS et al., 2001; VOLLMER et al., 2001) foram realizados com a intenção de associar os efeitos benéficos da redução da ingestão do sódio com a hipertensão arterial. Uma metanálise realizada por Law,

Frost e Wald (1991) encontrou que a associação da pressão arterial com a ingestão de sódio é substancialmente maior do que é apreciado e aumenta com a idade e pressão arterial inicial, ou seja, quanto maior os níveis pressóricos melhor a redução esperada na pressão arterial para a mesma redução na ingestão de sódio.

O baixo nível de atividade física é citado por Blair (2009), como um dos mais importantes problemas de saúde pública no século 21. Isso se baseou em um estudo do “Aerobics Center Longitudinal Study – ACLS”, o qual apresentou um resultado de 16% de mortalidade para aqueles indivíduos (ambos os sexos) com baixa aptidão cardiorrespiratória, só perdendo para a mortalidade no sexo masculino provocado pela hipertensão.

Um estudo longitudinal realizado durante 13 anos, com 15.000 adolescentes até se tornarem adultos jovens, concluiu que maior renda familiar está associada significativamente com menores valores de pressão arterial sistólica (BRUMMETT et al., 2011). No Brasil, um estudo exploratório realizado numa vila de Porto Alegre sugeriu que diferenças na prevalência de HAS entre as classes sociais devem ser analisadas com cautela, contudo nas comunidades mais carentes as características sócio-econômicas podem explicar melhor o desenvolvimento da hipertensão do que em comunidades mais favorecidas (GANDARILLAS; CÂMARA; SCARPARO, 2005).

Esses estudos são de fundamental importância para o conhecimento da prevalência e do comportamento da HAS no mundo. No entanto, ao se avaliar os estudos realizados no Brasil, fica evidente a escassez de trabalhos que abordem o problema em comunidades subnormais, que atualmente se fazem muito presentes nas configurações urbanas do país. Nesse sentido, conhecer esses trabalhos, pode auxiliar tanto no tratamento, como na prevenção da elevação dos níveis pressóricos, além de permitir a realização de projetos e políticas públicas que visem combater essa morbidade (JARDIM et al., 2007).

2.4 AGLOMERADOS URBANOS SUBNORMAIS E DCNTs

Entende-se por aglomerados subnormais o conjunto de no mínimo 51 unidades habitacionais caracterizadas pela carência de serviços públicos essenciais (como esgotamento sanitário, coleta de lixo, abastecimento de água, etc), ocupação ilegal de terra, além de

urbanização fora do padrão vigente. Esse conceito surgiu no censo demográfico de 1991 de forma generalizada para comportar os diversos tipos de assentamentos irregulares existentes no Brasil como: baixada, comunidade, invasão, favela, grota, mocambo, palafita e vila (IBGE, 2010).

No ano de 2010, cerca de 6% da população brasileira (11.425.644 pessoas) morava em aglomerados subnormais, dos quais 5,6% representam domicílios particulares ocupados. Desses, 49,8% se encontra na região Sudeste; 28,7% no Nordeste (7,9% em Pernambuco); 14,4% no Norte; 5,3% no Sul; e 1,8% no Centro-oeste. Nesse mesmo ano, a população da região metropolitana do Recife era de 3.676.067 moradores, e 23,2% dessas pessoas residiam em aglomerados urbanos subnormais em relação à população total (IBGE, 2010).

Paralelo a esse contexto de novas configurações das regiões urbanas, a situação de saúde no Brasil encontra-se com uma tripla carga de doenças (doenças infecto-parasitárias, DCNTs e causas externas), resultado da transição epidemiológica impulsionada pela acelerada transição demográfica e concomitante a transição nutricional (MENDES, 2012). Atualmente cerca de 72% da carga de doenças é devido as DCNT's, e estima-se que em 2020 esse valor atinja 80% dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013).

As DCNT's são caracterizadas por vários fatores de risco complexos, história natural da doença prolongada, longo curso assintomático, curso clínico normalmente longo e permanente, com manifestações variando entre períodos de controle e exacerbação, podendo evoluir de grau e/ou ocasionar óbitos. São doenças que requerem tratamentos longos e contínuos, além de precisar sempre de monitoramento (WHO, 2003; COSTARDI, 2004).

Em 2008, as DCNT's foram responsáveis por 63% dos 57 milhões óbitos no mundo. A maioria dessas mortes (36 milhões) foram atribuídas as doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas. No Brasil, dados de 2009 apontam que as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por cerca de 29%, seguidas das neoplasias (16%) e causas externas (13%) (WHO, 2011; BRASIL, 2013). No Brasil, a taxa de mortalidade em pessoas acima de 30 anos por doenças crônicas é de 600 mortes a cada 100 mil habitantes, representando o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Estima-se que morra diariamente no Brasil mais de 450 pessoas somente por infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (MENDES, 2012).

No Brasil alguns trabalhos (ALBUQUERQUE et al., 2015; FEIJÃO et al., 2005; FERREIRA et al., 2005; FLORÊNCIO et al., 2003, 2008) vêm sendo realizados com populações de baixa renda. No entanto, poucos tem se dedicado a estudar sobre o comportamento da hipertensão arterial nessa população específica. Um desses trabalhos foi realizado em 2005, na cidade de Maceió, em 223 mulheres com idades entre 18 e 65 anos. O critério para HAS foi definido como $PAS \geq 140$ mmHg e/ou $PAD \geq 90$ mmHg e uso de medicação anti-hipertensiva. Foi encontrada uma prevalência de 14,8% de HAS, e uma correlação positiva do IMC com a PAD (FERREIRA et al., 2005).

Outro estudo transversal realizado com o objetivo de estudar a relação entre a massa corporal e a hipertensão arterial, foi realizado no estado do Ceará em 2005. Foram incluídos 1032 participantes ao total com idade maior que 30 anos. Para definir quem tinha hipertensão, foi utilizado o critério de $PAS \geq 140$ mmHg e/ou $PAD \geq 90$ mmHg. A prevalência encontrada da HAS foi de 22,58%, com uma forte associação entre a massa corporal e a HAS independente da renda, idade, sexo, ocupação e escolaridade (FEIJÃO et al., 2005). Tendo em vista à escassez de trabalhos que abordem essa temática, nessa população específica, é que se faz ainda mais necessário outros estudos que possam nos mostrar como as morbidades afetam as populações subnormais, especialmente a HAS, e se há alguma diferença entre elas e a população urbana e rural.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência e identificar fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal, assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em Recife (PE).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em adultos entre 20 e 59 anos de idade, objetivou-se:

- Estimar a prevalência da HAS;
- Identificar a associação entre a HAS e possíveis associações com variáveis socioeconômicas, ambientais, biológicas e comportamentais;
- Identificar a associação entre a HAS e possíveis associações com variáveis antropométricas e bioquímicas (morbidade);
- Propor e testar um modelo de análise multivariada que possibilite, do ponto de vista conceitual e estatístico, compreender a lógica, as interações e a importância relativa dos fatores relacionados com a HAS radicados numa população urbana subnormal.

4. MÉTODOS

4.1 PESQUISA DOS COELHOS

O estudo aqui apresentado utiliza o banco de dados da pesquisa intitulada “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo baseline”, que foi realizado pelo IMIP, Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco – DN/UFPE e a Secretaria de Saúde do município do Recife. A pesquisa foi desenvolvida em um território urbano tradicional de população em precárias condições de vida localizado em Recife, no bairro da Boa Vista, conhecido como “comunidade dos Coelhos”. O inquérito foi aplicado à população de usuários de duas Unidades de Saúde da Família, USF Coelhos I e USF Coelhos II, compreendendo um universo de 888 e 1294 famílias, respectivamente, de acordo com a base de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB (Recife).

4.1.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados de campo da pesquisa original foi realizada na comunidade dos Coelhos, e os adultos foram entrevistados em suas residências, no período de junho a novembro de 2014. As entrevistas foram realizadas através de questionários estruturados, previamente validados (ANEXO A), contendo informações sobre características socioeconômicas, acesso aos serviços de saneamento, fatores comportamentais, morbidades associadas, fatores biológicos, bem como registro de dados clínicos e exames antropométricos. Para classificar a condição socioeconômica foi utilizado o Instrumento da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa - ABEP (ANEXO E).

Os entrevistadores (oito) e antropometristas (seis), compuseram duas equipes, num total de 14 técnicos, previamente treinados por docentes pesquisadores, além de um supervisor e um coordenador de campo. Utilizou-se um “manual do entrevistador” (ANEXO B), contendo instruções específicas com o objetivo de orientar e padronizar a coleta de dados. Foi realizado um estudo piloto de 9 a 11 de junho visando testar o instrumento de coleta e a logística de trabalho de

campo, a fim de verificar a sua viabilidade e aplicar nos casos caracterizados, as correções indicadas.

4.1.2 AMOSTRAGEM

No estudo original, a amostra foi do tipo probabilística e os adultos foram selecionados por sorteio aleatório simples, com probabilidade proporcional à população adulta, de um em cada quatro, não sendo permitida a substituição. O seu cálculo teve como referência um universo de 4.381 adultos, com idade compreendida entre 20 anos e mais, adscritos em duas Unidades de Saúde da Família (Coelhos I e Coelhos II), a partir da base de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) em Recife no ano de 2013. Para o processamento de dados foi utilizado o Módulo *StatCalc* – Epi Info versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), considerando-se uma prevalência de 32,7% de HAS nos adultos nessa faixa etária, na Região Metropolitana do Recife de Pernambuco, segundo a III Pesquisa de Saúde e Nutrição, realizada em Pernambuco, no ano de 2006 (2012).

Assumiu-se um erro de estimativa de 4% e um intervalo de confiança de 95%, obtendo-se assim, uma amostra mínima inicial de 472 participantes. Sobre este valor foi aplicado um fator de correção de 1,5 como ajuste do efeito de desenho (estudo de prevalência), e ainda, acréscimo de 10% na amostra, para compensar possíveis perdas ou problemas de não resposta, obtendo-se assim, uma amostra final de 779 participantes.

4.1.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.1.3.1 Inclusão

Foram incluídos adultos com idade ≥ 20 anos e mais, selecionados em processo de amostragem probabilística e com residência fixa na comunidade dos Coelhos.

4.1.3.2 Exclusão

Foram excluídos do estudo pessoas com braços com edema ou inadequados para as braçadeiras disponíveis (por folgas excessivas ao serem posicionadas no braço ou por não se manterem fixadas pelo velcro), e de não concordância em participar da avaliação, por deliberação livre e esclarecida.

4.1.4 LOCAL DO ESTUDO

Segundo dados do IBGE (2010), a comunidade dos Coelhos localizada no município de Recife – PE tem uma área territorial de 43 hectares, com uma população aproximada de 7.633 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 178,51 habitantes por hectare. Essa população possui cerca de 2.322 domicílios, com uma média de 3,6 habitante por domicílio. Para esse mesmo ano foi registrada uma taxa de alfabetização de 87,7% na população de 10 anos e mais.

4.1.5 TRABALHO DE CAMPO

Informações sobre os questionários utilizados para a coleta de dados (ANEXO A), constituição e treinamento de equipes de campo, realização do estudo piloto e os aspectos técnicos e operacionais da Pesquisa, acham-se mais detalhadas na publicação do relatório parcial intitulado de “Saúde, nutrição e serviços assistenciais na comunidade dos Coelhos - Recife: um estudo *baseline*” enviado a FACEPE, em dezembro de 2015.

4.1.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo obedeceu aos requisitos estabelecidos pelo Comitê de Helsinque sobre pesquisa em seres humanos, ratificado pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Assim as informações tiveram caráter sigiloso, preservando a identidade das pessoas avaliadas na investigação, cuja adesão foi formalizada com Termo de Consentimento Livre e

Esclarecida (ANEXO C). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, mediante protocolo 3201-12 (ANEXO D).

4.2 ÂMBITO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, descritivo com caráter analítico, de abordagem quantitativa. Para atender aos objetivos deste estudo, que utilizou o banco de dados da pesquisa original da comunidade dos Coelhos, foram analisados os adultos com idade entre 20 e 59 anos, resultando em 805 participantes. Entretanto, considerando-se o desfecho final do presente estudo ($PAS \geq 140$ e/ou $PAD \geq 90$ mmHg; e uso de medicação anti-hipertensiva), e as perdas de dados (*missings*) obteve-se uma amostra final de 663 indivíduos. Na realidade, o número de observações aqui avaliadas constitui um *subconjunto* da amostra representativa de pessoas de 20 anos e mais, calculada para representar o universo de adultos da comunidade dos Coelhos.

4.2.1 CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.2.1.1 Variável dependente

Quadro 1 – Descrição da variável dependente

Variável		Definição	Medida	Escala	Codificação	
Hipertensão Arterial Sistêmica	PA aferida $\geq 140/90$ mmHg	$PAS \geq 140$ mmHg e/ou $PAD \geq 90$ mmHg	O valor médio da PA obtido após duas mensurações	Nominal	0 = não 1 = sim	0 = não 1 = sim
	Hipertensão diagnosticada	Utiliza medicamento	Utiliza medicamento alopático anti-hipertensivo	Nominal	0 = não 1 = sim	

4.2.1.2 Variáveis independentes

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes

Grupo	Variável	Definição	Medida	Escala	Codificação
Socioeconômicas	Classe*	Estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas	Autoreferida	Ordinal	B1,B2 e C1 = 0 C2 = 1 D e E = 2
	Escolaridade	Anos de estudo	Autoreferida	Ordinal	analfabeto/fundamental 1 incompleto = 0 fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto = 1 fundamental 2 completo/médio incompleto = 2 médio completo/superior incompleto/superior completo = 3
Ambientais	Abastecimento de água		Autoreferida	Nominal	Rede geral = 0 Outros = 1
	Destino do lixo		Autoreferida	Nominal	Coletado = 0 Terreno baldio = 1 Outros =2
	Esgotamento sanitário		Autoreferida	Nominal	Rede geral = 0 Curso d'água = 1 Outros =2
Biológicas	Cor	Branca Parda Preto	Autoreferida	Nominal	Branca = 0 Parda = 1 Preto = 2
	Idade	Anos de vida	Autoreferida	Ordinal	20-29 anos = 0 30-39 anos = 1 40-49 anos = 2 50-59 anos = 3
	Sexo	Masculino Feminino	Autoreferida	Nominal	0= Feminino 1= Masculino
Comportamentais	Consumo de sal	Ingestão de cloreto de sódio	Autoreferida	Nominal	Adequado = 0 Inadequado = 1
	Atividade física	Qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso	Autoreferida	Nominal	Ativo = 0 Insuficientemente ativo =1
	Tabagismo	Uso de tabaco	Autoreferida	Nominal	Não fuma = 0 Ex-fumante =1 Fumante =2

(Continua)

Grupo	Variável	Definição	Medida	Escala	Codificação
Antropométricas	IMC**	Categorias de classificação do IMC baseado no cálculo: Kg/m ²	Realizadas medidas de massa corporal e estatura para cálculo do IMC em kg/m ²	Ordinal	Peso adequado = 0 Sobrepeso = 1 Obesidade = 2
	CC#	Medida realizada no ponto médio entre a última costela flutuante e a crista ilíaca	Realizada medida da CC por fita inextensível em cm	Ordinal	Normal = 0 Aumentado = 1 Muito aumentado = 2
Morbidade (bioquímica)	Triglicerídeos (TG)	Molécula de glicerol ligada a três ácidos graxos	Realizado através de exame de sangue	Nominal	Normal = 0 Alterado = 1
	Colesterol total (CT)	Estrutura química C ₂₇ -H ₄ -OH		Nominal	Normal = 0 Alterado = 1
	LDL-c	Lipoproteínas de baixa densidade		Nominal	Normal = 0 Alterado = 1
	HDL-c	Lipoproteínas de alta densidade		Nominal	Normal = 0 Alterado = 1
	Colesterol Não HDL	CT – HDL-c		Nominal	Normal = 0 Alterado = 1
	Glicemia de Jejum	Nível de açúcar no sangue		Nominal	Normal = 0 Alterado = 1

* Para a variável classe não houve a categoria A1 e A2, pois nenhum participante da amostra atendia ao critério.

**IMC: peso adequado = IMC $\leq$ 24,9; sobrepeso = IMC 25,0-29,9; obesidade = IMC $\geq$ 30,0.

#CC: normal = < 80 (F) e < 94 (M); aumentado $\geq$ 80 < 88 (F) e $\geq$ 94 < 102 (M); muito aumentado = $\geq$ 88 (F) e $\geq$ 102 (M).

4.2.2 PROCEDIMENTOS

4.2.2.1 Pressão Arterial

Para a medição da pressão arterial foi utilizado um aparelho de tensiômetro (esfigmomanômetro) automático MICROLIFE modelo BP 3AC1-1 PC que se acompanha de uma braçadeira “Circunferência de Braço 22 - 32 cm” e uma braçadeira extra de 32-42 cm necessários em pacientes obesos, para não haver superestimação da pressão arterial (ANEXO B).

Antes da medição o indivíduo era posicionado da seguinte forma: postura - sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; braço - deveria estar na altura do coração, livre de roupas, apoiado, palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente flexionado. Posição confortável e descontraída, evitando contrair os músculos do braço durante a medição. Se necessário, apoio do braço numa almofada.

Foram realizadas duas aferições da pressão arterial, com intervalo de pelo menos dois minutos entre elas; se as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentassem diferença maior que 4 mmHg em cada uma delas individualmente, realizava-se uma terceira medida. Para classificação de HAS usou-se como referência os valores determinados pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), conforme tabela a seguir:

Tabela 1 - Classificação da Pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)*.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Nota: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

*Adaptado da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

4.2.2.2 Índice de Massa Corporal (IMC)

Para o cálculo deste índice antropométrico, foram aferidos o peso e a altura no momento da entrevista, por uma equipe previamente treinada. O IMC é determinado pela relação peso em Kg/altura em metros² e foi utilizado para classificar o estado nutricional do adulto em: peso adequado ($\text{IMC} \leq 24,9 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso (IMC entre 25 e $29,9 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) de acordo com parâmetros da WHO (1995).

4.2.2.3 Antropometria

Para mensuração do peso foi utilizada uma balança digital, da marca SECA 876, com capacidade de até 250 Kg e escala de 100 gramas. Os indivíduos foram pesados descalços, com indumentária mínima e sem qualquer objeto nos bolsos, nas mãos ou na cabeça.

A altura foi determinada pelo estadiômetro portátil, da marca Alturaexata, Ltda, milimetrado, com precisão de até (1mm) em toda a sua extensão. Os indivíduos ficaram em posição ereta, descalços, com o sujeito posicionado com os pés lado a lado, encostando calcanhares, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro (WHO, 1995) (ANEXO A); além de terem sido orientados a retirar chapéus e bonés.

Tanto o peso quanto a altura foram mensurados, em duplicata, segundo as técnicas preconizadas por Lohman et al. (1991) e serviram de base para o cálculo do IMC.

4.2.2.4 Avaliação Socioeconômica

Todos os participantes responderam a um questionário contendo dados sociodemográficos com a finalidade de descrever o perfil socioeconômico da amostra pesquisada e, complementarmente, o acesso dos entrevistados e/ou suas famílias a serviços públicos ou privados de assistência, trabalho, educação, saúde, moradia e outros. A condição sociodemográfica foi caracterizada segundo os critérios de classificação econômica do Brasil e foram divididas, quando pertinente, nas seguintes classes sociais: A1; A2; B1; B2; C1; C2; D; E (ABEP, 2014) (ANEXO E).

4.2.2.5 Atividade Física

O instrumento utilizado para medida do nível de atividade física foi o Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ (CRAIG, 2003), em sua versão curta. Esse instrumento avalia atividades físicas realizadas no tempo de lazer, deslocamento, serviços domésticos e atividades ocupacionais. Nele, as perguntas do questionário estão relacionadas às atividades realizadas na última semana anterior à aplicação do questionário. Todas as respostas dos participantes foram tabuladas, avaliadas e posteriormente classificadas de acordo com os critérios estabelecidos pelo IPAQ em insuficientemente ativo ou ativo. Foram considerados ativos os indivíduos que referiram praticar atividade vigorosa com frequência maior ou igual a três vezes na semana por 20 minutos ou mais; ou indivíduos que praticavam atividade moderada ou de caminhada com frequência maior ou igual a cinco vezes na semana por 30 minutos no mínimo; ou ainda qualquer atividade que somada fosse equivalente a uma frequência maior ou igual a cinco vezes na semana e maior ou igual a 150 minutos na semana (caminhada + moderada + vigorosa). Todos os outros casos que não atenderam a esse critério foram considerados insuficientemente ativos.

4.2.2.6 Consumo de Sal

Para avaliação do consumo de sal dos participantes, foi utilizada a mesma metodologia do VIGITEL (2014), a qual avalia a percepção dos entrevistados a respeito de seu consumo de sal. Para tal, foi aferida por meio de uma única questão em meio ao questionário de consumo alimentar, o qual pede para que o participante classifique seu consumo de sódio em muito alto, alto, adequado, baixo ou muito baixo.

4.2.2.7 Análise Bioquímica

A coleta de sangue foi realizada na veia cubital em um tubo com EDTA-K3E *Vacutainer*, no período da manhã após jejum noturno de 12 horas. No laboratório, o sangue coletado foi centrifugado, e as amostras de soro e plasma foram armazenadas em um refrigerador entre 2 e

8°C e analisadas por equipamento automatizado regularmente calibrado. Os níveis séricos de colesterol total e suas frações, triglicérides e glicemia de jejum foram analisados pelo método enzimático colorimétrico (Analisador automático de bioquímica – BA 400 Biosystems™). Para os casos com valores de triglicérides superior a 400/mg/dl, o colesterol-LDL não foi calculado pela equação de Friedwald (1972).

As concentrações séricas de lipídeos foram categorizadas conforme os critérios da V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose / Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (XAVIER et al., 2013): colesterol total (CT) < 200 mg/dL (normal) e $\geq$ 200 mg/dL (alterado); LDL-c < 160 mg/dL (normal) e $\geq$ 160 mg/dL (alterado), HDL-c, homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL (alterado) e homens > 40 mg/dL e mulheres > 50 mg/dL (normal), colesterol não-HDL (CT – HDL-c) < 160 mg/dL (normal) e $\geq$ 160 mg/dL (alterado) e Triglicérides < 150 mg/dL (normal) e $\geq$ 150 mg/dL (alterado). A glicemia de jejum foi classificada de acordo com a SBD (2009), sendo considerado normal valores de glicemia de jejum < 100 mg/dL e alterado $\geq$ 100 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2015).

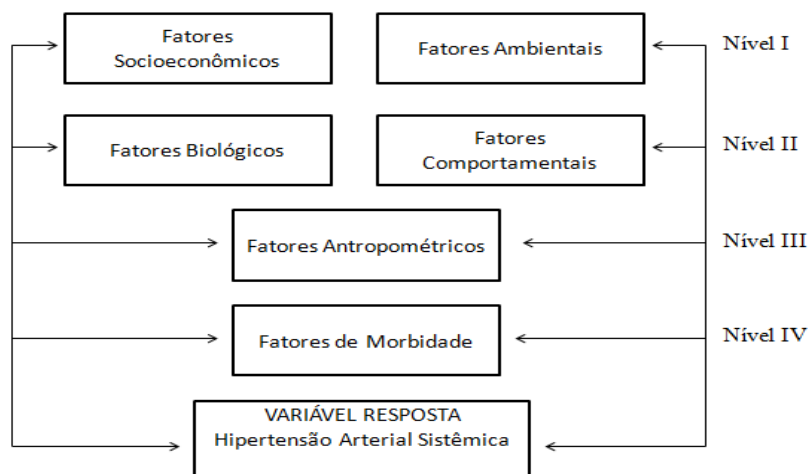
4.2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após o processo de revisão dos questionários, foi realizada a criação do banco de dados da pesquisa original, com digitação em “dupla entrada” utilizando-se o *software* Epi-Info 6.04 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), com a finalidade de checar a consistência e a validação da digitação. Para o estudo atual, inicialmente foi verificada a distribuição da frequência das variáveis, as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. A análise dos dados foi efetuada com a utilização do pacote estatístico SPSS para *Windows* (versão 10.0) e *Stata* versão 7.0.

A associação dos possíveis fatores preditivos da HAS foi inicialmente avaliada por análises bivariadas. As variáveis que apresentarem nesta análise um valor de $p < 0,20$ no teste de Poisson simples foram selecionadas para o modelo multivariado. As análises foram realizadas por meio de Regressão de Poisson, com ajuste robusto do erro padrão. Por serem consideradas variáveis colineares, o IMC e a CC ($r^2 = 0,75$), optou-se por manter na regressão de Poisson só o

IMC. Os resultados foram expressos por razões de prevalências (RP) ajustadas com os respectivos intervalos de confiança (IC 95%), sendo considerado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). As análises seguiram um modelo teórico de determinação, hierarquizado em quatro blocos de variáveis (Figura 1).

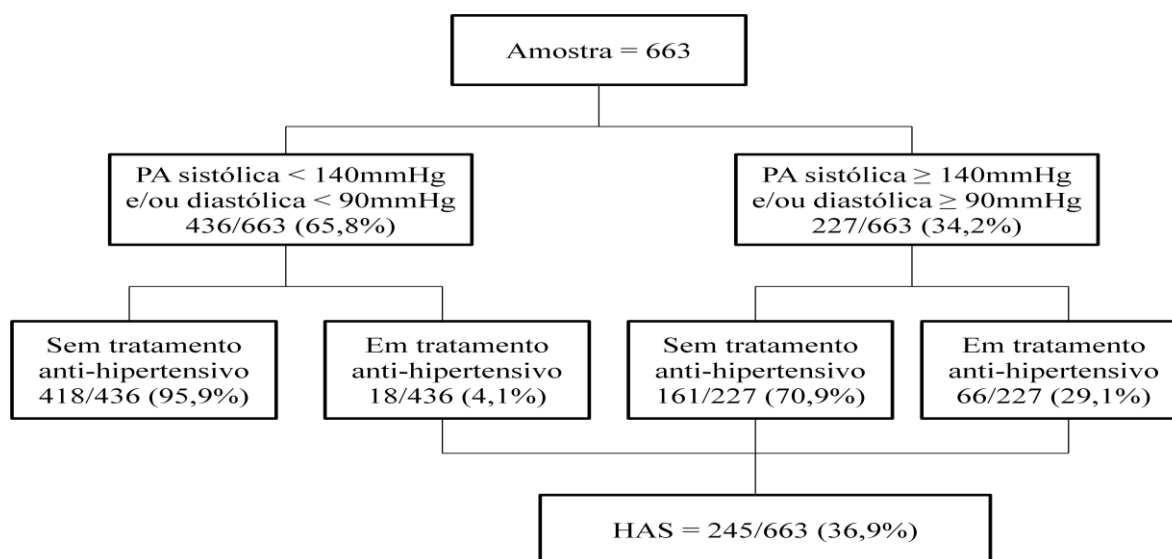
Figura 1 – Modelo hipotético causal hierarquizado dos fatores de risco da HAS em adultos na faixa etária de 20 a 59 anos.



5 RESULTADOS

A prevalência da pressão arterial elevada encontrada (figura 2) foi de 36,9% (IC95%=33,35-40,70), para medidas de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg e uso de medicação anti-hipertensiva.

Figura 2 – Ideograma da distribuição e prevalência da HAS nos adultos em tratamento hipertensivo ou não, na faixa etária de 20 a 59 anos.



Com relação às variáveis socioeconômicas, 35,1% dos participantes pertenciam as classes D e E (ABEP), e 28,7% dos entrevistados relataram ser analfabetos ou terem o ensino fundamental 1 incompleto. Entre as variáveis ambientais, a maioria dos indivíduos relatou ter o lixo coletado (90,2%), a maioria (93,7%) relatou que o abastecimento de água é feito pela rede geral, enquanto que para o esgotamento sanitário 43,6% referiram utilizar o curso d'água como destino dos dejetos (tabela 2).

A idade média da amostra foi de 40,43 anos (desvio-padrão=10,92). Entre os participantes 65,3% do grupo estudado era do sexo feminino e 34,7% do sexo masculino. Para a variável cor, 69,1% dos sujeitos referiram ser pardos, enquanto que 12,3% se declararam negros (tabela 2).

Quanto ao estilo de vida, cerca de 79% da amostra podem ser considerados como ativos e 21% inativos. A minoria relata consumo de sal inadequado (14%), ou seja, adição de sal alta ou muito alta de sal na comida, e 22% referiram ser fumantes (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis socioeconômicas, ambientais, biológicas e comportamentais, prevalência de hipertensão e respectivas razões de prevalência simples e IC 95% em adultos (20 a 59 anos). Comunidade dos Coelhos-PE, 2014.

Variáveis	Total N	%	HAS n	%	RP	IC 95%	Valor de p*
Socioeconômicas							
Classe (n = 663)							
B1, B2 e C1	182	27,5	63	34,6	1,0	-	
C2	248	37,4	93	37,5	1,08	0,78-1,49	0,624
D e E	233	35,1	89	38,2	1,10	0,79-1,52	0,550
Escolaridade (n = 663)							
médio completo/superior	213	32,1	70	32,9	1,0	-	
incompleto/superior completo							
analfabeto/fundamental 1	190	28,7	77	40,52	1,23	0,89-1,70	0,204
incompleto							
fundamental 1	147	22,2	49	33,33	1,01	0,70-1,46	0,939
completo/fundamental 2							
incompleto							
fundamental 2 completo/médio	113	17,0	49	43,36	1,31	0,91-1,90	0,137
incompleto							
Ambientais							
Abastecimento de Água (n = 663)							
Rede geral	621	93,7	230	37,0	1,0	-	
Outros	42	6,3	15	35,7	0,96	0,57-1,62	0,891
Destino do Lixo (n = 663)							
Coletado	598	90,2	224	37,4	1,0	-	
Terreno Baldio	51	7,7	16	31,4	0,95	0,50-1,39	0,493
Outros	14	2,1	5	35,7	0,83	0,39-2,31	0,916
Esgotamento Sanitário (n = 663)							
Rede geral	326	49,2	123	37,7	1,0	-	
Curso d'água	289	43,6	106	36,7	0,97	0,74-1,26	0,831
Outros	48	7,2	16	33,3	0,88	0,52-1,48	0,641
Biológicas							
Sexo (n= 663)							
Feminino	433	65,3	157	36,2	1,0	-	
Masculino	230	34,7	88	38,3	1,05	0,81-1,36	0,686

(Continua)

Variáveis	Total		HAS		RP	IC 95%	Valor de p*
	N	%	n	%			
Faixa etária (n= 663)							
20-29 anos	134	20,2	17	12,7	1,0	-	
30-39 anos	177	26,7	47	26,5	2,09	1,20-3,64	0,009
40-49 anos	180	27,2	74	41,1	3,24	1,91-5,48	<0,001
50-59 anos	172	25,9	107	62,2	4,90	2,93-8,18	<0,001
Cor (n = 660)							
Branca	123	18,6	43	34,9	1,0	-	
Pardo	456	69,1	169	37,1	1,06	0,75-1,48	0,732
Preto	81	12,3	32	39,5	1,13	0,71-1,78	0,600
Comportamentais							
Atividade física (n= 663)							
Ativo	522	78,7	184	35,2	1,0	-	
Insuficientemente ativo	141	21,3	61	43,3	1,22	0,91-1,63	0,166
Consumo de sal (n= 657)							
Adequado	565	86,0	208	36,8	1,0	-	
Inadequado	92	14,0	34	36,9	1,01	0,69-1,44	0,983
Tabagismo (n= 663)							
Não fuma	491	74,1	180	36,6	1,0	-	
Ex-fumante	26	3,9	13	50,0	1,36	0,77-2,39	0,280
Fumante	146	22,0	52	35,6	0,97	0,71-1,32	0,854

* Teste de regressão de Poisson simples.

Nota: HAS = hipertensão arterial sistêmica quando PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg e uso de medicação; RP = razão de prevalência; IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

As variáveis socioeconômicas, biológicas, comportamentais, antropométricas e bioquímicas (morbidade) associadas à pressão arterial elevada foram escolaridade, idade, nível de atividade física, IMC, CC, TG, CT, colesterol não-HDL e glicemia (tabela 2 e 3).

Entre os considerados hipertensos, 51,3% eram obesos e 47,3% dos sujeitos apresentavam CC muito elevada. Já para os TG's mais da metade (55,4%) estavam com a bioquímica alterada, assim como 46,8% apresentaram a relação colesterol não-HDL também alterada. Para a glicemia em jejum 63,5% dos indivíduos com hipertensão tiveram resultado inadequado (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis antropométricas e bioquímicas (morbidade), prevalência de hipertensão e respectivas razões de prevalência simples e IC 95% em adultos (20 a 59 anos). Comunidade dos Coelhos-PE, 2014.

Variáveis	Total		HAS		RP	IC 95%	Valor de p*
	N	%	n	%			
IMC (Kg/m²) (n = 660)							
Peso adequado	198	30,0	42	21,2	1,0	-	
Sobrepeso	238	33,1	86	36,1	1,70	1,17-2,46	0,005
Obesidade	224	36,9	115	51,3	2,40	1,69-3,44	<0,001
Circunferência da Cintura (cm) (n= 654)							
Normal	209	31,9	41	19,6	1,0	-	
Aumentado	111	17,0	43	38,7	1,97	1,28-3,02	0,002
Muito aumentado	334	51,1	158	47,3	2,41	1,71-3,39	<0,001
Triglicerídeos (mg/dL) (n = 515)							
< 150 mg/dL	313	60,8	90	28,7	1,0	-	
≥ 150 mg/dL	202	39,2	112	55,4	1,92	1,46-2,54	<0,001
Colesterol Total (mg/dL) (n = 517)							
< 200 mg/dL	271	52,4	94	34,7	1,0	-	
≥ 200 mg/dL	246	47,6	108	43,9	1,26	0,95-1,66	0,095
LDL-c (mg/dL) (n = 517)							
<160 mg/dL	431	83,4	166	38,5	1,0	-	
≥160 mg/dL	86	16,6	36	41,9	1,08	0,75-1,55	0,651
HDL-c (mg/dL) (n = 517)							
≥40 (M) e ≥50 (F)	259	50,1	94	36,3	1,0	-	
<40 (M) e <50 (F)	258	49,9	108	41,9	1,14	0,86-1,50	0,339
Colesterol Não HDL (mg/dL) (n = 517)							
<160 mg/dL	314	60,7	107	34,0	1,0	-	
≥160 mg/dL	203	39,3	95	46,8	1,37	1,04-1,81	0,024
Glicemia em jejum (md/dL) (n = 517)							
< 100 mg/dL	443	85,7	155	35,0	1,0	-	
≥ 100 mg/dL	74	14,3	47	63,5	1,81	1,30-2,51	<0,001

* Teste de regressão de Poisson simples.

Nota: HAS = hipertensão arterial sistêmica quando PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg e uso de medicação; RP = razão de prevalência; IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

A Tabela 4 apresenta os fatores associados aos níveis pressóricos elevados, após ajustes pelo modelo hierarquizado de análise da regressão de Poisson. Permaneceram associados à pressão arterial elevada: idade 30-39 anos ($p = 0,007$), idade 40-49 anos ($p < 0,001$), idade 50-59 anos ($p < 0,001$), sobrepeso ($p = 0,014$), obesidade ($p < 0,001$) e triglicerídeos ≥ 150 mg/dL ($p = 0,006$).

Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada hierarquicamente, estimadas por regressão de Poisson, para prevalência de hipertensão arterial* em adultos (20 a 59 anos). Comunidade dos Coelhos - PE, 2014.

Nível	Variável	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada (IC95%)	Valor de p
1	Escolaridade				
	médio completo/superior	1,0		1,0	
	incompleto/superior completo				
	analfabeto/fundamental 1	1,23 (0,89-1,70)	0,204	1,23 (0,89-1,70)	0,204
	incompleto				
	fundamental 1	1,01 (0,70-1,46)	0,939	1,01 (0,70-1,46)	0,939
2	completo/fundamental 2 incompleto				
	fundamental 2 completo/médio	1,31 (0,91-1,90)	0,137	1,31 (0,91-1,90)	0,137
	incompleto				
	Idade				
	20-29 anos	1,0		1,0	
2	30-39 anos	2,09 (1,20-3,64)	0,009	2,16 (1,24-3,77)	0,007
	40-49 anos	3,24 (1,91-5,48)	<0,001	3,31 (1,95-5,63)	<0,001
	50-59 anos	4,90 (2,93-8,18)	<0,001	5,01 (2,99-8,39)	<0,001
2	Atividade Física				
	Ativo	1,0		1,0	
	Insuficientemente ativo	1,22 (0,91-1,63)	0,166	1,15 (0,86-1,54)	0,324
3	IMC (Kg/m²)				
	Peso adequado	1,0		1,0	
	Sobrepeso	1,7 (1,17-2,46)	0,005	1,59 (1,09-2,31)	0,014
	Obesidade	2,4 (1,69-3,44)	<0,001	2,16 (1,51-3,08)	<0,001
4	Triglicerídeos (mg/dL)				
	< 150 mg/dL	1,0		1,0	
	≥ 150 mg/dL	1,92 (1,46-2,54)	<0,001	1,54 (1,13-2,09)	0,006

(Continua)

Nível	Variável	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada (IC95%)	Valor de p
4	Colesterol Total (mg/dL)				
	< 200 mg/dL	1,0		1,0	
	≥ 200 mg/dL	1,26 (0,95-1,66)	0,095	0,86 (0,48-1,54)	0,631
4	Colesterol Não HDL (mg/dL)				
	<160 mg/dL	1,0		1,0	
	≥160 mg/dL	1,37 (1,04-1,81)	0,024	1,11 (0,61-2,00)	0,721
4	Glicemia em jejum (md/dL)				
	< 100 mg/dL	1,0		1,0	
	≥ 100 mg/dL	1,81 (1,30-2,51)	<0,001	1,14 (0,80-1,61)	0,462

* Hipertensão arterial sistêmica quando PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg e uso de medicação.

Nota: RP= razão de prevalência; IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

6 DISCUSSÃO

A hipertensão arterial está entre uma das principais causas de mortalidade no mundo, apesar de ser um agravo frequente, de fácil diagnóstico e tratamento (OLIVEIRA et al., 2013). É responsável por aumentar o risco de infarto, doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas, comprometimentos renais, entre outros. No Brasil cerca de 60 a 80% da prevalência da HAS não tratada está relacionada às complicações das doenças cardiovasculares (SCHMIDT et al., 2011). No país, estudos que estimam a prevalência da HAS em aglomerados urbanos subnormais são ainda escassos, justificando assim a comparação do presente trabalho com estudos de prevalência da população de adultos em geral e populações subnormais do mundo.

Nesse estudo, encontrou-se uma prevalência de HAS de 36,9% na comunidade dos Coelhos. Ainda que esses valores estejam em consonância com alguns trabalhos (DANIEL et al., 2013; JARDIM et al., 2007; MATAR et al., 2015; NASCENTE et al., 2009), de acordo com dados da VIGITEL essa prevalência está acima do valor estimado para a população Brasileira (24,8%) (BRASIL, 2014). Ainda mais grave que a prevalência encontrada, é o fato que entre os indivíduos que estavam com a PA aferida elevada, aproximadamente 71% não faziam tratamento anti-hipertensivo e 29% mesmo utilizando medicamentos, estavam com a pressão descontrolada. Esse resultado evidencia a falta de reconhecimento da HAS como importante agravo, além de demonstrar que o seu controle efetivo está longe de um nível satisfatório, colocando em xeque a eficiência da assistência à saúde prestada a essa população visando a prevenção e o combate da doença, como também representa que a HAS ainda é um grande desafio a ser enfrentado.

Um estudo recente (AWAD et al., 2014) realizado em populações urbanas de baixa renda nos países de Gâmbia e Serra Leoa, localizados na África subsaariana, foi realizado para determinar a prevalência de HAS. Esse trabalho foi de base populacional, transversal, com uma amostra de 2.615 adultos, com idade maior ou igual à 18 anos. A prevalência encontrada de PA foi de 44,8%, e após ajuste no modelo multivariado, houve uma maior prevalência de HAS no sexo feminino (OR = 1.25, $p = 0.016$), além de diferenças significativas entre as faixas etárias ($p < 0,001$), com um aumento crescente da prevalência em relação à idade do grupo, independente do sexo. De acordo com os autores, essa alta prevalência está relacionada à baixa condição socioeconômica, que por sua vez está ligada a diversos fatores que contribuem para essa

prevalência como: uma baixa taxa de tratamento da hipertensão; baixo nível de educação e conscientização; alta ingestão de sódio e baixa ingestão de potássio; bem como um aumento no nível de estresse.

Na comunidade dos Coelhos, não foram encontradas diferenças significativas na prevalência da HAS entre os sexos, diferentemente do que apontam alguns estudos em comunidades urbanas subnormais que ora apontam maior prevalência de HAS no sexo feminino (DANIEL et al., 2013; KHANAM et al., 2015), ora no sexo masculino (HELELO; GELAW; ADANE, 2014). No sexo feminino, essa maior prevalência poderia estar relacionada a fatores hormonais, como também ao uso de contraceptivos (PIMENTA, 2012). Além do mais, dois terços da amostra de adultos na comunidade dos Coelhos foi composta por mulheres.

Outros reconhecidos fatores de risco para a HAS como atividade física, tabagismo e consumo de sal não estiveram associados no presente estudo. Tal fato pode estar relacionado à causalidade reversa, no qual a exposição estudada pode ser influenciada pela ocorrência do desfecho. Com relação ao consumo de sal, dados da VIGITEL encontrou prevalência semelhante de consumo inadequado (15,6%), ou seja, pessoas que referiram ter consumo alto ou muito alto de sal, no entanto esse valor provavelmente está subestimado em ambas as pesquisas por ser uma medida auto-referida (BRASIL, 2014). Esse resultado per si vai de encontro ao relatado em outras pesquisas que mostram a alta ingestão de sódio da população brasileira (ARAUJO et al., 2013; SARNO et al., 2013).

No modelo final desse trabalho, após ajuste multivariado dos dados pela regressão de Poisson, os fatores associados de maneira independente a HAS foram: faixa etária (30-39 anos; 40-49 anos; e 50-59 anos), sobrepeso, obesidade e triglicerídeos.

Quanto à faixa etária, pode-se perceber que em todos os grupos analisados a prevalência da HAS foi estatisticamente significativa, e que quanto maior a idade apresentada pelo grupo, maior foi a RP e a proporção de indivíduos que apresentava hipertensão. No grupo com faixa etária mais alta, ou seja, menores de 60 anos, mais de 60% dos participantes apresentavam a HAS, evidenciando a maior carga da doença nessa população apesar de ainda não serem idosos. Vários estudos apontam em direção a esse mesmo achado (AWOKE et al., 2012; DAUGHERTY et al., 2011; GURVEN et al., 2012; HELELO; GELAW; ADANE, 2014; JARDIM et al., 2007; MATAR et al., 2015; NASCENTE et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2013; PIRES et al., 2013), e

corroboram com a teoria de Franklin (1997) que no seu estudo longitudinal apresentou essa mesma relação da PA com a idade, destacando a elevação da PA sistólica após os 60 anos e declínio da PA diastólica, estando isso relacionado à resistência vascular periférica durante os primeiros anos e depois ao aumento da rigidez das grandes artérias durante os últimos anos.

A epidemia mundial do excesso de peso (sobrepeso e obesidade), a exemplo de vários trabalhos (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008; CIPULLO et al., 2010), foi também evidenciada nesse estudo. Nos Coelhos, 70% dos participantes foram identificados com excesso de peso, dos quais 33,1% foram classificados com sobrepeso e 36,9% obesidade. Dentre os participantes obesos, mais da metade (51,3%) apresentava HAS. No modelo final, o sobrepeso apresentou uma $RP = 1,59$ ($p=0,014$) e a obesidade $RP = 2,16$ ($p < 0,001$). Por ser uma condição modificável, faz-se ainda mais urgente a criação de estratégias efetivas para o enfrentamento dessa doença, que além de influenciar o aumento da prevalência de hipertensão, é uma condição que eleva o risco para várias patologias como câncer, diabetes mellitus tipo 2, osteoartrite e problemas respiratórios (KOPELMAN, 2000).

Um estudo de coorte na cidade de Monza (Itália) teve como um dos objetivos analisar o impacto da obesidade na HAS, à longo prazo (10 anos). A amostra foi composta por 1.412 adultos, com idades entre 25-74 anos, em ambos os sexos. A análise foi realizada em quintis, e o maior quintil teve 1.5 mais risco de desenvolver hipertensão do que o quintil inferior, além de cada 1 kg/m^2 representar um risco aumentado em 3,9% de desenvolver HAS (BOMBELLI et al., 2011). Outro estudo longitudinal, realizado nos Estados Unidos, avaliou 1.132 homens. Após uma média de 46 anos, aproximadamente 508 (44,9%) participantes desenvolveram hipertensão arterial. Entre os que se tornaram obesos, a razão de prevalência encontrada para a associação com a elevação da pressão arterial foi de 4,17, e para quem tinha sobrepeso foi de 1,58. Os achados desse estudo ressaltam a importância do alto peso e do ganho de peso em aumentar o risco de hipertensão (SHIHAB et al., 2012).

No estudo de Barbosa; Scala; Ferreira (2009), realizado em Cuiabá (MT), foi analisada a associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal (IMC e CC) e HAS. A amostra foi composta por 1.298 participantes, de 20-59 anos. A prevalência de HAS foi de 28,5%. Na análise não ajustada verificou-se que o sobrepeso/obesidade e a adiposidade abdominal mantiveram-se associados com a HAS ($RP: 1,08$; $p<0,001$ e $RP: 1,02$; $p<0,001$, respectivamente).

Todavia, após ajuste do IMC e dos potenciais fatores de confusão (sexo, idade, escolaridade, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física no lazer), a adiposidade abdominal perdeu poder associativo relacionado ao desfecho avaliado, permanecendo apenas o IMC relacionado à HAS (RP: 1,05; $p=0,001$). A conclusão dos autores foi que a associação entre a adiposidade abdominal e a HAS apresentada em muitas investigações pode estar relacionada à ausência de controle de potenciais fatores de confusão nas análises, assim como a não remoção do efeito da adiposidade total.

Um estudo recente realizado no Nordeste da Etiópia (MOGES et al., 2014), na cidade de Gondar, objetivou identificar a prevalência e associação entre o sobrepeso, obesidade e hipertensão com aumento do risco cardiovascular, e checar a concordância entre as várias medidas antropométricas para detectar sobrepeso e obesidade. O estudo foi transversal, composto por 68 adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos. A prevalência de hipertensão foi 13,3%, sobrepeso 32,4% e obesidade 16,2% de acordo com o IMC. Comparando-se o IMC ao percentual de gordura corporal, 100% da classificação para os casos foram efetivas. Para a classificação do risco cardiovascular com a CC, o IMC foi hábil para classificar 90,9% e 100% do “sobrepeso” e “obesidade” como “risco aumentado” e “risco muito aumentado” respectivamente ($p < 0,001$).

No presente estudo, na análise bivariada (Poisson simples), a faixa de CC aumentada ($\geq 80 < 88$ (F) e $\geq 94 < 102$ (M)) e muito aumentada (≥ 88 (F) e ≥ 102 (M)) apresentaram-se associadas ao desfecho de HAS ($p = 0,002$ e $p < 0,001$ respectivamente). No entanto, no modelo final, a retirada da CC não diminuiu o poder de associação da adiposidade corporal com o desfecho considerado neste estudo. Além disso, considera-se que o IMC e a CC são variáveis altamente correlacionadas e, portanto, não devem ser incluídas conjuntamente em um modelo preditivo. Nesse estudo, a correlação entre essas variáveis foi de 75% (dado não apresentado).

No presente estudo foram associados à HAS, na análise bivariada, a glicemia (63,5%), o colesterol total (43,9%), o colesterol não-HDL (46,8%) e os triglicerídeos (55,4%), sendo esse resultado relativo ao percentual de hipertensos com alteração nos exames de bioquímica citados. Só os níveis elevados de TG permaneceram diretamente associados à HAS depois da análise multivariada, isso é atribuído por alguns trabalhos à associação dos TG's elevados ao maior risco de doenças cardiovasculares e mortalidade (LANGSTED et al., 2011; PIMENTA et al., 2008; TENG et al., 2011). De acordo com alguns trabalhos, níveis aumentados da relação TG/HDL-c

estão relacionados à resistência a insulina e ao maior risco cardiometabólico (FLOWERS et al., 2015; SHIMIZU et al., 2013), no entanto no presente trabalho essa relação não foi avaliada.

A principal limitação desse trabalho é o seu delineamento transversal, que não permite estabelecer uma relação de causa e consequência entre as variáveis independentes e a variável desfecho (HAS). Outra limitação que merece destaque é o maior percentual de mulheres entrevistadas, o que sugere um viés de seleção. Uma provável explicação para esse fato está ligada a maior dificuldade em encontrar homens nos domicílios em comparação às mulheres.

7 CONCLUSÃO

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nesse estudo foi maior (36,9%) do que a apresentada na maioria dos estudos nacionais, cujas médias oscilam em torno de 20%; há de se considerar, entretanto, que em quase sua totalidade, estes estudos foram realizados em aglomerados urbanos “normais”. Além da prevalência elevada para mais de um terço da amostra estudada, chama-se a atenção para o fato de que a maioria dos casos de hipertensos não referiam o uso de tratamento medicamentoso para o controle das afecções clínicas de HAS. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, diferentemente do que aponta outros estudos. Na análise de regressão multivariada, foram identificados como fatores associados à HAS: a faixa etária nos grupos de 30-39 anos, 40-49 anos, e 50-59 anos, o sobrepeso, a obesidade e a taxa elevada de triglicerídeos. Esses achados corroboram em parte com outros estudos sobre os fatores associados à hipertensão, ainda que essa seja uma população com características socioeconômicas bem distintas. Tendo em vista a escassez de trabalhos em aglomerados urbanos subnormais, faz-se necessário à realização de mais estudos e estratégias de intervenção nessa população que almejem o enfrentamento do agravo com eficácia na população afetada pela HAS, reduzindo assim a sua incidência e o impacto das DCNTs. Entretanto, a partir destes dados, já é possível intervir junto a essa comunidade, através de parcerias institucionais, que visem à organização, planejamento e monitoramento constante das práticas de saúde local.

7.1 RECOMENDAÇÕES

- Implantar novas estratégias pelas unidades de saúde para identificação dos casos de HAS, bem como para adesão dos pacientes ao tratamento;
- Redefinir estratégias locais de monitoramento e controle da HAS, tendo como referencial os fatores explicativos do problema;
- Sensibilizar sistematicamente os profissionais de saúde em relação à relevância do seu papel frente à conscientização da população sobre a importância na prevenção e controle da HAS;
- Rediscutir e valorizar o papel dos agentes comunitários de saúde na identificação, no controle do problema e no uso indiscriminado de anti-hipertensivos sem recomendação médica;
- Intensificar orientações à comunidade sobre práticas de atividades físicas e alimentação saudável, como aliados à prevenção e controle do problema;
- Realizar avaliações sistemáticas da situação, através de diagnósticos locais e/ou estudos específicos com vistas a melhores práticas preventivas e de controle da HAS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. C. A. et al. Association between Adult Stature and Energy Expenditure in Low-Income Women from Northeastern Brazil. **Plos One**, v. 10, n. 7, p. e0131891, 2015.
- ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil , impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1–9, 2013.
- ALVES, J. E. D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial**, p. 13, 2008.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, p. 8–15, 2014.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, out/dez, 2012.
- ARAÚJO, M. C. et al. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, p. 177–89, 2013.
- AWAD, M. et al. Prevalence of hypertension in the Gambia and Sierra Leone, western Africa: a cross-sectional study. **Cardiovascular journal of Africa**, v. 25, n. 6, p. 269–278, 2014.
- AWOKE, A. et al. Prevalence and Associated Factors of hypertension adults in Gondar, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 113, n. 12, p. 2–6, 2012.
- BARBALHO, S. M. et al. Síndrome metabólica , aterosclerose e inflamação : tríade indissociável ? **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 4, p. 319–327, 2015.
- BARBOSA JM, CABRAL PC, LIRA PI, FLORÊNCIO TM. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do nordeste brasileiro. **Archivos Latino Americanos de Nutrición**. v. 59, p. 22-29, 2009.
- FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

BARBOSA, L. S.; SCALA, L. C. N.; FERREIRA, M. G. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 237-247, Jun. 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S181–S191, 2003.

BESSER, H. W.; SILVA, N. A. D. S. E.; OLIVEIRA, G. M. M. DE. A Epidemiologia Clínica das Doenças Cardiovasculares Incapacitantes do Ponto de Vista Laborativo. **Rev. socerj**, v. 19, n. 4, p. 318–325, 2006.

BLAIR, S. N. Physical inactivity: The biggest public health problem of the 21st century. **British Medical Journal**, v. 43, n. 1, p. 1–2, 2009.

BOMBELLI, M. et al. Impact of body mass index and waist circumference on the long-term risk of diabetes mellitus, hypertension, and cardiac organ damage. **Hypertension**, v. 58, n. 6, p. 1029–1035, 2011.

BORGES, H. P.; CRUZ, N. DO C.; MOURA, E. C. Associação entre Hipertensão Arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 110–118, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Estatísticas de Mortalidade no Brasil, 1986**, Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 366 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde – Brasília, 2011. 372 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). ISBN 978-85-334-1851-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. 2011. 57p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.154 p.

BRUMMETT, B. H. et al. Systolic blood pressure , socioeconomic status , and biobehavioral risk factors in a nationally representative US young adult sample. **hypertension**, v. 58, p. 161–166, 2011.

CARVALHO, J. A. M. DE; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725–733, 2003.

CENTER FOR DISEASE CONTROL/CDC. Disponível em: <
<http://www.cdc.gov/bloodpressure/behavior.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 91, n. 1, p. 31–35, 2008.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana Brasileira. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 4, p. 519–26, 2010.

COOK, N. R. et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). **Bmj**, v. 334, n. 7599, p. 885–885, 2007.

COSTA, J. S. D. DA et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 1, p. 59–65, 2007.

CRAIG CL, MARSHALL AL, SJOSTROM M, BAUMAN AE, BOOTH ML, AINSWORTH BE, ET AL. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, p. 1381-95, 2003.

FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

DANIEL, O. J. et al. Prevalence of Hypertension among Urban Slum Dwellers in Lagos, Nigeria. **Journal of Urban Health**, v. 90, n. 6, p. 1016–1025, 2013.

DAUGHERTY, S. L. et al. Age-dependent gender differences in hypertension management. **Journal of hypertension**, v. 29, n. 5, p. 1005–11, 2011.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, 2012.

ESCODA, M. D. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 219–226, 2002.

FEIJÃO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. 1, p. 29–33, 2005.

FERREIRA, H. D. S. et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: Aspectos da transição nutricional em uma população favelada. **Revista de Nutricao**, v. 18, n. 2, p. 209–218, 2005.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 815–826, 2014.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saude Publica**, v. 43, n. SUPPL. 2, p. 98–106, 2009.

FERREIRA, V. A. et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010; 15Suppl1:1423-1432.

FLORÊNCIO, T. T. et al. Food consumed does not account for the higher prevalence of obesity among stunted adults in a very-low-income population in the Northeast of Brazil (Maceió, Alagoas). **European journal of clinical nutrition**, v. 57, n. 11, p. 1437–1446, nov. 2003.

FLORÊNCIO, T. T. et al. Short stature and food habits as determining factors for the low

FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

productivity of sugarcane labourers in the State of Alagoas, north-eastern Brazil. **Archivos latinoamericanos de nutrición**, v. 58, n. 1, p. 33–9, mar. 2008.

FRANKLIN SS, GUSTIN W, WONG ND, LARSON MG, WEBER MA, KANNEL WB, LEVY D. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure: the Framingham Heart Study. **Circulation**. 1997;96:308.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletim of Sanit Panam**, v. 111, n. 6, 1991.

FRIEDEWALD WT, LEVY RI, FREDRICKSON DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. **Clinical Chemistry**, v. 18, n. 6, p. 499-502, 1972.

GANDARILLAS, M. A.; CÂMARA, S. G.; SCARPARO, H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 62–71, 2005.

GO A.S. et al. On behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. 2013; 127:e6-e245.

GURVEN, M. et al. Does Blood Pressure Inevitably Rise With Age?: Longitudinal Evidence Among Forager-Horticulturalists. **Hypertension**, v. 60, n. 1, p. 25–33, 2012.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, p. 424–428, 2004.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2011.

HELELO, T. P.; GELAW, Y. A.; ADANE, A. A. Prevalence and Associated Factors of Hypertension among Adults in Durame Town, Southern Ethiopia. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, p. 1–9, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados subnormais Primeiros resultados. Censo Demográfico. Rio de Janeiro; 2010. 259 p.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452–457, 2007.

JOSHI, M. et al. Prevalence of hypertension and associated cardiovascular risk factors in an urban slum in Nairobi, Kenya: A population-based survey. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1177, 2014.

KARPPANEN, H.; MERVAALA, E. Sodium Intake and Hypertension. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 49, n. 2, p. 59–75, 2006.

KEARNEY P.M. et al. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. **Lancet**, Londres, v. 365, p.217-23, 2005.

KHANAM, M. et al. Prevalence and determinants of pre-hypertension and hypertension among the adults in rural Bangladesh: findings from a community-based study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 203, 2015.

KOPELMAN, P. G. Obesity as a medical problem. **Nature**, v. 404, n. 6778, p. 635–43, 6 abr. 2000.

LANGSTED, A. et al. Nonfasting cholesterol and triglycerides and association with risk of myocardial infarction and total mortality: The Copenhagen City Heart Study with 31years of follow-up. **Journal of Internal Medicine**, v. 270, n. 1, p. 65–75, 2011.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência de níveis Pressóricos Elevados e Fatores Associados em Adultos de Lages/SC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 3, p. 387–394, 2009.

LONGO, G. Z. et al. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 698–708, 2011.

MANCIA, G *et al.* 2013 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. **J European Heart Journal**, p. 1–72, 2013.

MARIC, C. Sex differences in cardiovascular disease and hypertension: involvement of the renin-angiotensin system. **Hypertension**, v. 46, n. 3, p. 475–476, 2005.

MARTINS, M. D. C. D. C. E. *et al.* Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 192–199, 2010.

MARY, S. *et al.* Insegurança Alimentar em Domicílios de Indivíduos Portadores de Hipertensão e / ou Diabetes. **internacional journal of cardiovascular sciences**, v. 28, n. 2, p. 114–121, 2015.

MATAR, D. *et al.* Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Lebanon. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 17, n. 5, p. 381–388, 2015.

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

MOGES, B. *et al.* High prevalence of overweight, obesity, and hypertension with increased risk to cardiovascular disorders among adults in northwest Ethiopia: a cross sectional study. **BMC cardiovascular disorders**, v. 14, p. 155, 2014.

NASCENTE, F. M. N. *et al.* Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 716–722, 2009.

OLIVEIRA, B. F. A. DE *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira , Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 8, p. 1617–1630, 2013.

OLIVEIRA, R. C. DE. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Mineira Saúde Pública**, n. 5, p. 16–23, 2004.

FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n 4, p. 731-757, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ OPAS. **Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge**, Washington, n. 576, p. 124. 2000.

PAIVA, P. D. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, n. 2, p. 303–322, 2005.

PASSOS, V. MA. D. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil : estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35–45, 2006.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 10, p. 2363–2374, 2007.

POPKIN, B. M. Nutritional Patterns and Transitions. **Population and Development Review**, v. 19, n. 1, p. 138–157, 1993.

POTTER PA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

PIMENTA, A. M. et al. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 6, p. 419–425, 2008.

PIMENTA, E. Hypertension in women. **Hypertension Research**, v. 35, n. 2, p.148-52, 2012.

PIRES, J. E. et al. Hypertension in Northern Angola: prevalence, associated factors, awareness, treatment and control. **BMC public health**, v. 13, p. 90, 2013.

ROBITAILLE, C. et al. Diagnosed hypertension in Canada: Incidence, prevalence and associated mortality. **Canadian Medical Association Journal**, v. 184, n. 1, p. 49–56, 2012.

FERREIRA, L.C.C.N. **Dissertação de Mestrado. UFPE. 2016**

ROSÁRIO, T. M. DO et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 672–678, 2009.

SÁ, N. N. B. DE; MOURA, E. C. DE. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1380–1392, 2011.

SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **The New England journal of medicine**, v. 344, n. 1, p. 3–10, 2001.

SANDBERG, K.; JI, H. Sex differences in primary hypertension. **Biology of Sex Differences**, v. 3, n. 1, p. 7, 2012.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 571–578, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–61, 4 jun. 2011.

SHIHAB, H. M. et al. Body Mass Index and Risk of Incident Hypertension Over the Life Course: The Johns Hopkins Precursors Study. **Circulation**, v. 126, n. 25, p. 2983–2989, 2012.

SILVA, P. C. DA; ZAFFARI, D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. **Sci. med**, v. 19, n. 1, p. 17–26, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES / SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 390p. 2015.

STANDING COMMITTEE ON NUTRITION. Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa. London: United Nations System; 2006. (Standing Committee on Nutrition News, 33).

TEIXEIRA, C.F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 841-850, 2004.

TENG, F. et al. Interaction between serum uric acid and triglycerides in relation to blood pressure. **Journal of Human Hypertension**, v. 25, n. 11, p. 686–691., 2011.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Complete Report. U.S. Department Of Health And Human Services. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. 2004.

VAN DE VIJVER, S. J. M. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among slum dwellers in Nairobi, Kenya. **Journal of Hypertension**, v. 31, n. 5, p. 1018–1024, 2013.

VASAN R. S. *et al.* Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. **Lancet**; Londres, v. 358, p. 1682-1686, 2001.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

VOLLMER, W. M. et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 135, n. 12, p. 1019–1028, 2001.

WHO. **Physical status: the use and interpretation of antropometry**. Geneva: 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009. 62 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases, 2011.

WHO. **World health statistics 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012. 51 p.

WHO. A global Brief on Hypertension: silent killer, global public health crisis. WHO, 2013.

XAVIER, H.T.; IZAR, M.C.; FARIA NETO, J.R. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 101, n. 4, Supl. 1, Outubro, 2013.

YUSUF, S. et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases Part I: General Considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, v. 104, n. 22, p. 2746–2753, 2001.

III Pesquisa estadual de saúde e nutrição: saúde, nutrição, alimentação, condições socioeconômicas e atenção à saúde no estado de Pernambuco, 2006. Departamento de Nutrição da UFPE, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Secretária Estadual de Saúde/PE. 2012. 186p.

ANEXOS

Anexo A - Questionários

PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTÊNCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014			
IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO			
1.	Nº do Questionário		
2.	USF	1 COELHOS I 2 COELHOS II	
3.	Há quanto tempo (anos) a família vive aqui?		
	1 Menos de 1 ano 2 1 a 4 anos 3 5 a 9 anos 4 10 anos e mais		
Endereço _____			
Ponto de referência _____			
Celular (____) _____, (____) _____ Telefone (____) _____, (____) _____			
Nome do entrevistado _____			
Apelido _____			
Nome do Responsável pelo Domicílio: _____			
Data da entrevista ____/____/ 2014			
Entrevistador _____			
Supervisor de campo _____			
FORMULÁRIOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES	
FORMULÁRIO 1 MORADORES			
FORMULÁRIO 2 DOMICÍLIO			
FORMULÁRIO 3 CRIANÇAS			
FORMULÁRIO 4 ADOLESCENTES			
FORMULÁRIO 5 MULHERES			
FORMULÁRIO 6 ADULTOS			
TOTAL			

Formulário 1

REGISTRO DOS MORADORES DA FAMÍLIA

idade (anos completos)

Número de ordem	Nome	Relação com a pessoa de referência	Idade (anos completos)	Sexo	Raça/cor	Religião	Data de Nascimento			Idade (anos completos)	Formulário 1				Grau de instrução	Condição de Trabalho (último mês)	
							Dia	Mês	Ano		Criança (menor de 10 anos)	Adolescente (10 a 19 anos)	Mulher (20 a 49 anos)	Adulto (50 a 64 anos)			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	

Códigos		(1) SEXO	(2) RELIGIÃO (até 15 anos)	(3) GRAU DE INSTRUÇÃO (até 17 anos)	(4) CONDIÇÃO DE TRABALHO (até 15 anos)
(1) RELAÇÃO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA DO DOMÍLIO	(2) SEXO	1 - CATÓLICA 2 - EVANGÉLICA 3 - ESPÍRITA 4 - OUTRA 5 - NÃO TEM RELIGIÃO 6 - NSR (1 a 15 anos)	1 - MASCULINO 2 - FEMININO (3) RAÇA / COR 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARD 4 - AMARELA 5 - INDIGNA	00 - ANULADO/FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO (ANULADO/FUNDAMENTAL COMPLETO) 01 - FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO (FUNDAMENTAL COMPLETO/INCOMPLETO) 02 - FUNDAMENTAL 2 COMPLETO/MÉDIO INCOMPLETO (INCOMPLETO COMPLETO/INCOMPLETO) 03 - MÉDIO COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO (COLEGIAL COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO) 04 - SUPERIOR COMPLETO (SUPERIOR COMPLETO) 05 - GRADUAÇÃO < 3 ANOS	00 - NÃO TRABALHA 01 - RESSARCIMENTO 02 - APOSENTADO (RECIBE 1º SALÁRIO) 03 - PENSÃO 04 - BENEFÍCIO 05 - AUTÔNOMO (URBANO OU RURAL) 06 - EMPREGADO 07 - TRABALHO ESPORÁDICO 08 - ESCATEIRO/AMBULANTE 09 - ESTUDANTE (TRABALHANDO) 10 - ESTUDANTE (NÃO ESTÁ TRABALHANDO) 11 - TRABALHO VOLUNTÁRIO 12 - MENOR DE 10 ANOS

PESQUISA DE SAÚDE E NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO, RECIFE 2014

NOME: _____ Nº DE ORDEM: _____

Q5T				
-----	--	--	--	--

FORMULÁRIO 2

REGISTRO DO DOMICÍLIO E ASPECTOS DA RENDA FAMILIAR

1	Tipo de moradia: (Observação do entrevistador) <table> <tr> <td>1 Casa</td> <td>3 Quarto/Cômodo</td> </tr> <tr> <td>2 Apartamento</td> <td>4 Outro:</td> </tr> </table>	1 Casa	3 Quarto/Cômodo	2 Apartamento	4 Outro:	TIPO	☐																
1 Casa	3 Quarto/Cômodo																						
2 Apartamento	4 Outro:																						
2	A sua casa é própria ou alugada? <table> <tr> <td>1 Própria, já paga</td> <td>5 Invadida</td> </tr> <tr> <td>2 Própria, em aquisição</td> <td>4 Alugada</td> </tr> <tr> <td>3 Cedida</td> <td>6 Outro</td> </tr> </table>	1 Própria, já paga	5 Invadida	2 Própria, em aquisição	4 Alugada	3 Cedida	6 Outro	REGIME	☐														
1 Própria, já paga	5 Invadida																						
2 Própria, em aquisição	4 Alugada																						
3 Cedida	6 Outro																						
3	Quantos cômodos tem sua casa? TOTAL:	CMDTOTAL																					
4	Quantos cômodos são usados para dormir? TOTAL:	CMDORME																					
5	Qual o material usado para fazer as paredes da sua casa? <table> <tr> <td>1 Alvenaria/Tijolo</td> <td>4 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td>2 Tijolo + Taipa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Papelão/Lona/Madeira</td> <td></td> </tr> </table>	1 Alvenaria/Tijolo	4 Outro: _____	2 Tijolo + Taipa		3 Papelão/Lona/Madeira		PAREDE	☐														
1 Alvenaria/Tijolo	4 Outro: _____																						
2 Tijolo + Taipa																							
3 Papelão/Lona/Madeira																							
6	Qual o material usado para fazer o piso da sua casa? <table> <tr> <td>1 Cerâmica/ Lajota</td> <td>4 Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td>2 Madeira</td> <td>5 Outro:</td> </tr> <tr> <td>3 Cimento</td> <td></td> </tr> </table>	1 Cerâmica/ Lajota	4 Terra (barro)	2 Madeira	5 Outro:	3 Cimento		PISO	☐														
1 Cerâmica/ Lajota	4 Terra (barro)																						
2 Madeira	5 Outro:																						
3 Cimento																							
7	Como é o telhado da sua casa? <table> <tr> <td>1 Laje de concreto</td> <td>3 Telha de amianto (Brasilit)</td> </tr> <tr> <td>2 Telha de barro</td> <td>4 Outro: _____</td> </tr> </table>	1 Laje de concreto	3 Telha de amianto (Brasilit)	2 Telha de barro	4 Outro: _____	TETO	☐																
1 Laje de concreto	3 Telha de amianto (Brasilit)																						
2 Telha de barro	4 Outro: _____																						
8	Como é feito o abastecimento de água da sua casa? <table> <tr> <td colspan="2">Com canalização interna</td> <td colspan="2">Sem canalização interna</td> </tr> <tr> <td>1 Rede geral</td> <td>5 Rede geral</td> <td>9 Outro: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Poço</td> <td>6 Poço</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Cisterna</td> <td>7 Chafariz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Outro: _____</td> <td>8 Cisterna</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Com canalização interna		Sem canalização interna		1 Rede geral	5 Rede geral	9 Outro: _____		2 Poço	6 Poço			3 Cisterna	7 Chafariz			4 Outro: _____	8 Cisterna			ÁGUA	☐
Com canalização interna		Sem canalização interna																					
1 Rede geral	5 Rede geral	9 Outro: _____																					
2 Poço	6 Poço																						
3 Cisterna	7 Chafariz																						
4 Outro: _____	8 Cisterna																						
9	O(a) Sr (a) faz algum tipo de tratamento da água de beber? <table> <tr> <td>1 Fervida</td> <td>4 Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td>2 Filtrada</td> <td>5 Mineral</td> </tr> <tr> <td>3 Coada</td> <td>6 Outro: _____</td> </tr> </table>	1 Fervida	4 Sem tratamento	2 Filtrada	5 Mineral	3 Coada	6 Outro: _____	TRATA	☐														
1 Fervida	4 Sem tratamento																						
2 Filtrada	5 Mineral																						
3 Coada	6 Outro: _____																						

PESQUISA DE SAÚDE E, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO, RECIFE 2014

QST				
-----	--	--	--	--

Qual a quantidade que a sua casa dispõe dos seguintes itens?		Quantidade de itens						
Posse de itens (ABEP)		0	1	2	3	4 ou +		
10	Rádio/som	0	1	2	3	4	RADIO	
11	Televisão – cores	0	1	2	3	4	TVCOR	
12	Banheiro	0	4	5	6	7	BANHO	
13	Automóvel/carro	0	4	7	9	9	CARRO	
14	Empregada mensalista	0	3	4	4	4	EMPREG	
15	Máquina de lavar	0	2	2	2	2	MAQ LAV	
16	Video/ DVD	0	2	2	2	2	VIDEOCD	
17	Geladeira	0	4	4	4	4	GELAD	
18	Freezer (parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	FREEZER	
OBS: A codificação refere-se à pontuação da ABEP.								
19	Se tem banheiro, quem usa:							
	☐ 1. A família ☐ 2. Coletivo ☐ 8. NSA (Não tem banheiro)						USABANHE	
20	Qual o destino dos dejetos(fezes) da família?							
	☐ 1. Rede geral ☐ 4. Curso d'água ☐ 2. Fossa com tampa ☐ 5. Céu aberto ☐ 3. Fossa rudimentar (sem tampa) ☐ 6. Outro: _____						DESTDEJ	
21	Qual o destino do lixo produzido na casa?							
	☐ 1. Coletado ☐ 4. Depositado em caçamba para coleta ☐ 2. Queimado ☐ 5. Outro: _____ ☐ 3. Terreno baldio						DESTLIX	
22	A família tem acesso à internet? (Pode assinalar mais de uma resposta e 0 (zero) nas demais)							
	☐ 1. Sim, em computador fixo em casa ☐ 2. Sim, em computador móvel (tablet, netbook, notebook) ☐ 3. Sim, no celular ☐ 4. Não ☐ 5. Outro _____ ☐ 9. Não sabe/não lembra						FIXO MOVEL CELULAR NAO OUT NAO SABE	
23	A família está inscrita no Programa Bolsa Família (PBF)?							
	☐ 1. Sim, comprovado ☐ 2. Sim, informado ☐ 3. Não ☐ 8. NSA						INSCPBF	
24	Se sim, recebeu o benefício no último mês?							
	☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 8. NSA (não está inscrita)						PBF	

PESQUISA DE SAÚDE E NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

Q5T				
-----	--	--	--	--

25	O que fez do dinheiro recebido do PSF no último mês? [Considerar até 3 respostas, assinalando os códigos correspondentes às mesmas. Se responder apenas uma opção, colocar 0 (zero) nas demais] <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td>2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td>3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td>4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td>5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>6</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>DIMES 1</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 2</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 3</td><td></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td>2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td>3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td>4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td>5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>6</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dívidas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	6	Outro: _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>DIMES 1</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 2</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 3</td><td></td></tr> </table>	DIMES 1		DIMES 2		DIMES 3	
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td>2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td>3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td>4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td>5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>6</td><td>Outro: _____</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td>8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td>9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dívidas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	6	Outro: _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>DIMES 1</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 2</td><td></td></tr> <tr><td>DIMES 3</td><td></td></tr> </table>	DIMES 1		DIMES 2		DIMES 3			
1	Comprou alimentos																										
2	Pagou aluguel																										
3	Pagou dívidas																										
4	Comprou remédios																										
5	Comprou roupas																										
6	Outro: _____																										
7	Ainda não recebeu																										
8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)																										
9	Não sabe																										
DIMES 1																											
DIMES 2																											
DIMES 3																											

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO, RECIFE 2014

QST

Nome: _____ Nº de ordem: _____

FORMULÁRIO 6
ADULTO (20 ANOS E MAIS)

SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL					
1. Qual a sua ocupação atual? _____					OCUP
2. O Sr(a) tem alguma atividade de trabalho em que fica em contato ou respira poluentes como fumaças, fumos ou poeira não domiciliar? (inclui fumaça de cigarros e até do próprio cigarro, se for o caso)					CONTOLU
☐ 1 Sim ☐ 2 Não					
3. Com que tipo de poluentes (fumaças, fumos ou poeira não domiciliar) Sr(a) tem contato no trabalho? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS.					
1. Fumaça de cigarro	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não trabalha)	FUMCIG	
2. Fumaças metálicas (ex: trabalho de soldagem, queima de solda)	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não trabalha)	FUMET	
3. Poeira (não considerar poeira domiciliar)	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não trabalha)	FUMOUT	
4. Outras fumaças _____	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não trabalha)	POEIRA	
EXPOSIÇÃO SOLAR					
5. Quando o Sr(a) está exposto ao sol, por mais de 30 minutos, com que frequência usa protetor solar?					PROTETOR
☐ 1 Sempre ☐ 3 Algumas vezes ☐ 5 Nunca ☐ 2 Quase sempre ☐ 4 Raramente ☐ 8 NSA (não se expõe ao sol)					
6. Quando o Sr(a) está exposto ao sol, por mais de 30 minutos, com que frequência usa chapéu com abas, boné ou viseira?					CHAPEU
☐ 1 Sempre ☐ 3 Algumas vezes ☐ 5 Nunca ☐ 2 Quase sempre ☐ 4 Raramente ☐ 8 NSA (não se expõe ao sol)					

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO'S, RECIFE 2014

QST				
-----	--	--	--	--

ATENÇÃO:

Ipq curto: Não entrevistar pessoas sem mobilidade na última semana.
Se for o caso, assinalar 8 nas questões de 7 a 14 e pular para a questão 15.

ATIVIDADE FÍSICA (Ipq curto)	
ESTAS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS AO TEMPO QUE O SR(A) GASTA FAZENDO ATIVIDADE FÍSICA NA ÚLTIMA SEMANA. AS PERGUNTAS INCLUEM AS ATIVIDADES QUE FAZ NO TRABALHO, PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO, POR LAZER, POR ESPORTE, POR EXERCÍCIO OU COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES EM CASA OU NO JARDIM. PARA RESPONDER AS QUESTÕES LEMBRE QUE: • Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (ficar ofegante) • Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal PARA RESPONDER AS PERGUNTAS A SEGUIR, PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES QUE O SR(A) REALIZA POR Pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.	
7. Em quantos dias da última semana o Sr(a) <u>CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa, no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dia(s) por SEMANA Nenhum	CAMINHA
8. Nos dias em que o Sr(a) <u>CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>? Horas Minutos	HORACAM MINCAM
9. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) Dia(s) na SEMANA Nenhum	ATTVMOD
10. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>? Horas Minutos	HORACAM MINCAM
11. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração? Dia(s) na SEMANA Nenhum	DIAVIGOR
12. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades vigorosas <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>? Horas Minutos	HORAVIGOR MINVIGOR
ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES 11 e 12 SÃO SOBRE O TEMPO QUE O SR(A) PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DISCANSAR, FAZENDO LUZÃO DE CASA VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUI O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO.	

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE E DOS OCELHOS, RECIFE 2014

13. Quanto tempo no total o Sr(a) <u>gasta sentado durante um dia de semana?</u> Horas Minutos				QST
14. Quanto tempo no total o Sr(a) <u>gasta sentado durante um dia de final de semana?</u> Horas Minutos				SENTASEH SENTASM
15. Tem Academia da Cidade próxima a sua casa? 1 Sim 2 Não				ACADEMIA
16. Acha importante ter? 1 Sim 2 Não				IMPORTA
17. Com que frequência o Sr(a) e/ou alguma pessoa da sua casa frequenta a Academia da Cidade? 1 Uma vez na semana 3 Três vezes na semana 8 NSA (não frequenta/não tem academia) 9 Não sabe/não lembra 2 Duas vezes na semana 4 Outro _____				FREQUACAO
SAÚDE BUCAL				
18. Quando foi a última vez que você foi ao (à) dentista? 1 Menos de 6 meses 4 Mais de 2 anos 2 6 meses a <1 ano 8 Nunca foi ao dentista/usa prótese 3 1 a 2 anos 9 Não sabe/não lembra				DENTIULT
19. Você escova os dentes antes de dormir? 1 Sim 2 Não				ESCOVDOR
TABAGISMO				
20. O Sr(a) fuma cigarro? 1 Sim 2 Não 3 Ex-fumante				FUMACIG
21. Se sim, quantos anos o Sr(a) tinha quando começou a fumar cigarros? Anos 8 8 NSA (Nunca fumou cigarros) 9 9 Não sabe/Não lembra ENTREVISTADOR: NA PRÓXIMA PERGUNTA PREENCHER COM A QUANTIDADE REFERIDA PELO (A) ENTREVISTADO (A); SE A RESPOSTA FOR "CARTEIRA", CONVERTER PARA QUANTIDADE DE CIGARROS: 1 CARTEIRA = 20 CIGARROS				IDFUMO
22. Em média, quantos cigarros o Sr(a) fuma por dia? Cigarros por dia 8 8 NSA (Não fuma) 9 9 Não sabe/Não lembra				CIGARDIA
ALCOOL				
23. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias aproximadamente (por semana ou por mês) o Sr(a) consumiu bebida alcoólica? Dias por semana 8 8 NSA (não consumiu bebida) Dias por mês 9 9 Não sabe/não lembra				BDASEM BDIAMES

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO'S, RECIFE 2014

ESCLARECER AO ENTREVISTADO, NA PRÓXIMA PERGUNTA, CONSIDERAR COMO DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA: 1 LATA DE CERVEJA, 1 TAÇA DE VINHO, 1 DRINK OU COQUELÉ OU 1 DOSE DE CACHAÇA, WHISKY OU OUTRAS BEBIDAS DESTILADAS, SENDO ASSIM: 24. Nos dias em que o Sr(a) bebeu, quantas doses, em média o Sr(a) ingeriu por dia? Doses por dia NSA (não consumiu bebida) Não sabe/não lembra 25. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes nos últimos 30 dias, o Sr(a) consumiu cinco ou mais copos ou doses em uma única ocasião? Vezes Nenhuma NSA (não consumiu bebida) Não sabe/não lembra 26. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes o Sr(a) dirigiu um carro, moto ou bicicleta, depois de ter consumido bebida alcoólica? Vezes Nenhuma NSA (não consumiu bebida/não sabe dirigir) Não sabe/não lembra	QST DOSEDIA VEZ30 DIRIGEBE																																																																																																																																																																																																																																																		
SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA																																																																																																																																																																																																																																																			
27. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS. Muito bom Bom Regular Ruim Não sabe 28. Algum médico já disse que o Sr(a) tem ou teve alguma das seguintes doenças? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS (pode assinalar mais de uma resposta) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;">1. Doença da coluna</td> <td style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="width: 5%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">COLUNA</td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2. Artrose dos joelhos/Artrite/Rumatismo/Gota</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">ARTROSE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3. Tendinite/LER (Lesão por esforço repetitivo)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">TENDINIT</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">4. Infarto / Angina (ataque do coração)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">INFARTO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">5. Insuficiência cardíaca (coração grande)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">INSUFICAR</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">6. AVC / Trombose cerebral (derrame)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DERRAME</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">7. Hipertensão Arterial (pressão alta)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">PALTA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">8. Diabetes</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DIABETES</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">9. Colesterol alterado</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">COLEST</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">10. Triglicérides alto</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">TRIGLIC</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11. Ansiedade / Depressão</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DEPRES</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">12. Enfisema do pulmão</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">ENFISEMA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">13. Asma/Bronquite crônica / DPOC</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">BRONQUIT</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">14. Obesidade / Sobrepeso</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">OBESID</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">15. Doença renal crônica</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">RENAL</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">16. Cirrose do fígado</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">CIRROSE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">17. Hepatite</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">HEPATITE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">18. Tuberculose</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">TUBERC</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">19. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">PROSTATA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">20. Hanseníase</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">HANSEN</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">21. AIDS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">AIDS</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">22. Outra_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Sim</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NSA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Não</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">OUTRA</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> </table>	1. Doença da coluna	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	COLUNA		2. Artrose dos joelhos/Artrite/Rumatismo/Gota	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	ARTROSE		3. Tendinite/LER (Lesão por esforço repetitivo)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TENDINIT		4. Infarto / Angina (ataque do coração)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	INFARTO		5. Insuficiência cardíaca (coração grande)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	INSUFICAR		6. AVC / Trombose cerebral (derrame)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DERRAME		7. Hipertensão Arterial (pressão alta)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	PALTA		8. Diabetes	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DIABETES		9. Colesterol alterado	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	COLEST		10. Triglicérides alto	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TRIGLIC		11. Ansiedade / Depressão	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DEPRES		12. Enfisema do pulmão	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	ENFISEMA		13. Asma/Bronquite crônica / DPOC	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	BRONQUIT		14. Obesidade / Sobrepeso	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	OBESID		15. Doença renal crônica	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	RENAL		16. Cirrose do fígado	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	CIRROSE		17. Hepatite	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	HEPATITE		18. Tuberculose	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TUBERC		19. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	PROSTATA		20. Hanseníase	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	HANSEN		21. AIDS	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	AIDS		22. Outra_____	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	OUTRA		ESTSAU
1. Doença da coluna	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	COLUNA																																																																																																																																																																																																																																										
2. Artrose dos joelhos/Artrite/Rumatismo/Gota	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	ARTROSE																																																																																																																																																																																																																																										
3. Tendinite/LER (Lesão por esforço repetitivo)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TENDINIT																																																																																																																																																																																																																																										
4. Infarto / Angina (ataque do coração)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	INFARTO																																																																																																																																																																																																																																										
5. Insuficiência cardíaca (coração grande)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	INSUFICAR																																																																																																																																																																																																																																										
6. AVC / Trombose cerebral (derrame)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DERRAME																																																																																																																																																																																																																																										
7. Hipertensão Arterial (pressão alta)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	PALTA																																																																																																																																																																																																																																										
8. Diabetes	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DIABETES																																																																																																																																																																																																																																										
9. Colesterol alterado	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	COLEST																																																																																																																																																																																																																																										
10. Triglicérides alto	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TRIGLIC																																																																																																																																																																																																																																										
11. Ansiedade / Depressão	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	DEPRES																																																																																																																																																																																																																																										
12. Enfisema do pulmão	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	ENFISEMA																																																																																																																																																																																																																																										
13. Asma/Bronquite crônica / DPOC	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	BRONQUIT																																																																																																																																																																																																																																										
14. Obesidade / Sobrepeso	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	OBESID																																																																																																																																																																																																																																										
15. Doença renal crônica	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	RENAL																																																																																																																																																																																																																																										
16. Cirrose do fígado	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	CIRROSE																																																																																																																																																																																																																																										
17. Hepatite	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	HEPATITE																																																																																																																																																																																																																																										
18. Tuberculose	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	TUBERC																																																																																																																																																																																																																																										
19. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	PROSTATA																																																																																																																																																																																																																																										
20. Hanseníase	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	HANSEN																																																																																																																																																																																																																																										
21. AIDS	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	AIDS																																																																																																																																																																																																																																										
22. Outra_____	1	Sim	2	Não	8	NSA	9	Não	OUTRA																																																																																																																																																																																																																																										

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO, RECIFE 2014

29. O Sr(a) tem constipação intestinal (prisão de ventre, dificuldade ou dor para evacuar)?										QST					
1 Sim		2 Não								CONSTIPAC					
PRESSÃO ARTERIAL / GLICOSE / COLESTEROL / TRIGLICERÍDEOS / MASSA CORPORAL															
30. Na Unidade de Saúde em que o Sr(a) é acompanhado ou consultado, alguma vez já: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Fez exame de colesterol?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	EXAMCOL										
2. Fez exame de triglicérides?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	EXAMTRIG										
3. Fez exame de glicose (apócar no sangue)?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	EXAMGLI										
4. Mediu sua pressão?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	MEDIPA										
5. Mediu seu peso?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	MEDIPESO										
6. Mediu sua altura?	1 Sim	2 Não	8 NSA*	9 Não sabe/não lembra	MEDIALT										
* NSA = Não é acompanhado na USF															
31. Em quantas consultas/visitas ao médico o Sr(a) foi informado(a) que estava com: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Pressão alta?	0 nenhuma	1 1	2 2	3 +2	8 NSA*	9 Não sabe/lembra	CONSPA								
2. Colesterol alterado?	0 nenhuma	1 1	2 2	3 +2	8 NSA*	9 Não sabe/lembra	CONCOL								
3. Triglicérido alto?	0 nenhuma	1 1	2 2	3 +2	8 NSA*	9 Não sabe/lembra	CONSTRIG								
4. Glicose alta no sangue?	0 nenhuma	1 1	2 2	3 +2	8 NSA*	9 Não sabe/lembra	CONSLI								
5. Excesso de peso /obesidade?	0 nenhuma	1 1	2 2	3 +2	8 NSA*	9 Não sabe/lembra	CONSPESO								
* NSA = Não consultou médico / não foi informado(a)															
32. Se sim, o médico recomendou ou receitou dieta, uso de remédios ou atividade física para: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1 Dieta	2 Medicação	3 Ativ. física	4 Nada	8 NSA (não precisou)	HAS									
2. Colesterol alterado	1 Dieta	2 Medicação	3 Ativ. física	4 Nada	8 NSA (não precisou)	COLALT									
3. Triglicérido alto	1 Dieta	2 Medicação	3 Ativ. física	4 Nada	8 NSA (não precisou)	TRIGLIC									
4. Diabetes	1 Dieta	2 Medicação	3 Ativ. física	4 Nada	8 NSA (não precisou)	DIABET									
5. Excesso de peso / obesidade	1 Dieta	2 Medicação	3 Ativ. física	4 Nada	8 NSA (não precisou)	EXCPESO									
33. O Sr(a) está seguindo as recomendações e receitas dadas acima para: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1 Sim	2 Não	8 NSA (não precisou)	SEGUIOPA											
2. Colesterol alto	1 Sim	2 Não	8 NSA (não precisou)	SEGUICOL											
3. Triglicérido alto	1 Sim	2 Não	8 NSA (não precisou)	SEGUIOTRI											
4. Diabetes	1 Sim	2 Não	8 NSA (não precisou)	SEGUIODIA											
5. Excesso de peso / obesidade	1 Sim	2 Não	8 NSA (não precisou)	SEGUIOIBE											
34. Se usa medicação para o seu tratamento, está disponível no SUS (USF, farmácia popular, ou da Família) ?															
1 Sempre	4 Nunca											MEDDISP			
2 Às vezes	8 NSA(não usa medicação)														
3 Raramente	9 Não sabe/ não lembra														
35. O Sr(a) está inscrito (a) para acompanhamento da pressão alta e/ou diabetes no programa HIPERDIA?															
1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem diabetes/hipertensão)	HIPERDIA												

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHO'S, RECIFE 2014

CÂNCER									
36. Algum médico já disse que o Sr(a) tem ou teve câncer?								QST	☐
1 Sim 2 Não								CANCER	☐
37. Se o Sr(a) tem/teve câncer, qual é/foi a localização da doença? Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.								LOCALCA	☐
1 Mama 4 Próstata 9 Não sabe/não lembra 2 Útero 5 Outro _____ 3 Ovário 8 NSA(Não tem/não teve câncer)									☐
38. Se tem ou teve câncer, a USF providenciou o atendimento em um serviço especializado?								DIAGUSF	☐
1 Sim 2 Não 8 NSA (Não tem/não teve câncer)									☐
39. Algum parente seu tem ou teve câncer?								CAPARENT	☐
1 Sim 2 Não 9 Não sabe/não lembra									☐
40. Se sim, qual é o parentesco com o Sr(a)?									
Pai	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAPAI	☐			
Mãe	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAMAE	☐			
Avô materno	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAAVMA1	☐			
Avô materna	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAAVMA2	☐			
Avô paterno	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAAVPA1	☐			
Avô paterna	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAAVPA2	☐			
Tio (a)	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CATIOS	☐			
Irmão/irmã	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAIRMA05	☐			
Outros	1 Sim	2 Não	8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	9 Não sabe	CAOUTROS	☐			
Outros (especificar):									
FUNCIONALIDADE									
41. O (a) Sr(a) tem alguma limitação ou dificuldade para fazer as atividades da vida diária (do dia-a-dia)?								LIMITA	☐
1 Sim 2 Não									
42. Se sim, quais as suas principais limitações ou dificuldades entre estas? (pode marcar mais de uma resposta)									
1.Mal estar geral	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	MALESTAR	☐			
2.Dificuldade de respirar/condição pulmonar	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	DIFRESP	☐			
3.Dificuldade p/ andar, mover memb inferiores	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	DIFANDAR	☐			
4.Dificuldade p/ movimentar memb superiores	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	DIFMOVIM	☐			
5.Problemas de coluna	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	AUDICÃO	☐			
6. Problemas de audição	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	AUDICÃO	☐			
7.Problemas de visão	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	VISÃO	☐			
8.Outras limitações:	1 Sim	2 Não	8 NSA (Não tem limitações)	9 Não sabe	OUTUMIT	☐			
43. Quantas vezes este(a) problema(a) limita(m) suas atividades?								LIMITACAO	☐
1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente 8 NSA(não tem limitações)									

REQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

SAÚDE MENTAL		Q51				
44. O Sr(a) se considera uma pessoa feliz?						
1	Sim, por quê? _____	SIM FELIZ				
2	Não, por quê? _____	NÃO FELIZ				
45. Você recebeu/recebeu tratamento psicológico ou medicamentos (remédio controlado) para doenças nervosas?						
1	Sim	TRAT PSIC				
2	Não					

SE FOR MULHER COM MENOS DE 50 ANOS AGRADECER E ENCERRAR, ASSINALAR 8/98 NAS QUESTÕES ABAIXO
SE FOR HOMEM COM 50 ANOS E MAIS, PASSE PARA A QUESTÃO 60 E ASSINALAR 8/98 NAS QUESTÕES 46 A 68

MULHERES COM 50 ANOS E MAIS					
46. Com que idade a Srª menstruou pela 1ª vez?					
	____ Anos 8 8 NSA (mulher de < 50 anos e homens) 9 9 Não sabe/não lembra	ID MENST			
47. A Srª já esteve grávida?					
1	Sim	2	Não	8	NSA (mulher < 50 anos e homens)
		GRAVIDEZ			
48. Com que idade a Srª engravidou pela primeira vez?					
	____ Anos 8 8 NSA (mulher de < 50 anos e homens) 9 9 Não sabe/não lembra	ID GRAVID			
49. A Srª fez laqueadura (ligou as trompas)?					
1	Sim	2	Não	8	NSA (mulher < 50 anos e homens)
		LAQUEAD			

CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO (MULHER 250 ANOS)					
LEIA PARA A ENTREVISTADA EXAME PREVENTIVO É A COLETA DE MATERIAL NA VAGINA PARA DESCOBRIR Cedo o Câncer de Colo de Útero.					
50. A Sra. alguma vez fez exame preventivo do câncer?					
1	Sim	2	Não	8	NSA (mulher < 50 anos)
				9	Não sabe/não lembra
		PREVENT			
51. Se sim, quando foi a última vez que a Sra. fez o exame preventivo?					
1	Menos de um ano	8	NSA (Não fez exame)		
2	De um a dois anos	9	Não sabe		
3	Mais de dois anos				
		QUANDO FEZ			
ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.					
52. Se não fez, qual o principal motivo de não ter feito o exame preventivo para câncer de colo de útero?					
1	Não acha necessário	4	Outro _____		
2	Nunca foi orientada para fazer o exame	8	NSA (fez o exame)		
3	Teve dificuldade para fazer o exame				
		POQUISREV			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

53. Se fez exame, foi pelo SUS? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 8 NSA (não fez exame)		QST PREVSUS	☐
54. Quando a Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo? ☐ 1 Com menos de 1 mês ☐ 2 Entre 1 mês e menos de 3 meses ☐ 3 Após 3 meses ☐ 4 Nunca recebi (não foi encontrado o resultado) ☐ 5 Nunca foi buscar ☐ 8 NSA (não fez exame/coleta recente) ☐ 9 Não sabe/não lembra		RECEBPREV	☐
55. Após receber o resultado do exame, a Sra. foi encaminhada para fazer algum tipo de tratamento em serviço especializado? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)		RESULTTO	☐
56. Se foi encaminhada, a Sra. fez o tratamento? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)		FEZTTO	☐
57. Se não, qual o principal motivo da Sra. não ter feito tratamento em serviço especializado? ☐ 1 Não conseguiu marcar consulta ☐ 2 Não achou necessário ☐ 3 O tempo de espera para a consulta era muito grande ☐ 4 Outro _____ ☐ 8 NSA (não foi necessário fazer tratamento) ☐ 9 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)		FREQAUTO	☐
AUTOEXAME DE MAMAS			
LEIA PARA A ENTREVISTADA: AUTO-EXAME DE MAMA É UM EXAME EM QUE A MULHER APLICA A SUA PRÓPRIA MAMA, PROCURANDO NÓDULOS OU CARÇOS. 58. A Sra. fez o autoexame de mama? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não		FAZALTEX	☐

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

				QST					
59. Como a Sra. aprendeu a fazer este exame? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.									
1. Com médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde.	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	MEDEXAME	☐	
2. Na televisão, em revistas, jornais	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	TVEXAME	☐	
3. Amiga, parente	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	AMIEEXAME	☐	
4. Outros _____	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	OUTRO	☐	
60. Quantas vezes a Sra. faz o autoexame de mama?									
ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.									
1	Uma vez por mês	6	NSA (Não faz o exame)	FRECAUTO					☐
2	Outra _____	9	Não sabe						
LEIA PARA A ENTREVISTADA: EXAME CLÍNICO DE MAMA É QUANDO UM MÉDICO (A) OU ENFERMEIRO (A) EXAMINA AS MAMAS DAS MULHERES PARA PROCURAR CAROÇOS OU NÓDULOS.									
61. Quando um médico ou enfermeiro (a) fez o exame clínico das suas mamas pela última vez?									
1	Até 1 ano	8	NSA (Não foi examinada)	FRESEXCL					☐
2	Entre 1 e 2 anos	9	Não sabe/não lembra						
3	Mais de 2 anos								
LEIA PARA A ENTREVISTADA: A MAMOGRAFIA É UMA RADIOGRAFIA DAS MAMAS PARA PROCURAR CAROÇOS OU NÓDULOS.									
62. A Sra. fez mamografia alguma vez?									
1	Sim	2	Não	MAMOGRAF					☐
63. Se não, qual o principal motivo da Sra. não ter feito o exame de mamografia?									
1	Não acha necessário	4	Nunca foi solicitado	MOTIVO					☐
2	Nunca foi orientada para fazer exame	5	Outro _____						
3	Tive dificuldade para fazer o exame	8	NSA (fez o exame)						
64. Se sim, quando foi a última vez que a Sra. fez uma mamografia?									
1	Até 1 ano	8	NSA (Não fez exame)	ULTIMAMA					☐
2	Entre 1 e 2 anos	9	Não sabe/não lembra						
3	Mais de 2 anos								
65. Na última vez em que a Sra. fez mamografia, foi pelo SUS?									
1	Sim	2	Não	8	NSA (Não fez mamografia)	MAMOGSUS			☐

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

LEIA PARA A ENTREVISTADA: MENOPAUSA É A PARADA DA MENSTRUÇÃO POR PELO MENOS 12 MESES SEQUENCIAIS.			QST				
66. A Sra. já entrou na menopausa?							
☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 9 Não sabe/ não lembra	MENOPAUSA				
67. Se sim, com que idade a Sra. entrou na menopausa?							
Anos	☐ 8 ☐ 8 NSA (Não está na menopausa)	☐ 9 ☐ 9 Não sabe/não se lembra	IDMENO				
68. se já entrou na menopausa foi natural ou após cirurgia para retirada do útero ou dos dois ovários?							
☐ 1 Natural	☐ 2 Após a cirurgia	☐ 8 NSA (Não está na menopausa)	CAUSAMEN				
LEIA PARA A ENTREVISTADA: OS SINTOMAS DA MENOPAUSA SÃO: ONDAS DE CALOR SEGUIDAS POR ONDAS DE FRIO, SUADORIA, PALPITAÇÕES, NERVOSISMO, ARDÊNCIA OU SEcura NA VAGINA.							
69. A Sra. usou ou usa algum medicamento para os sintomas da menopausa?							
☐ 1 Sim	☐ 8 NSA (Não está na menopausa)		USAMEDI				
☐ 2 Não	☐ 9 Não sabe/ não lembra						
CASO MULHER DE 50 ANOS E MAIS AGRADECER E ENCERRAR A ENTREVISTA E ASSINALAR 8 NAS QUESTÕES ABAIXO.							
HOMENS COM 50 ANOS E MAIS (NESTE BLOCO ASSINALAR NSA PARA AS MULHERES)							
LEIA PARA O ENTREVISTADO: OS EXAMES PARA DESCOBRIR CÂNCER DE PRÓSTATA SÃO: PSA (SANGUE), TOQUE PROSTÁTICO (PELO RETO) E ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA (PELA BARRIGA).							
70. O Sr faz <u>anualmente</u> algum exame preventivo para câncer de próstata?							
☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Não faz o (s) exame (s))	EXCUPROST				
71. Se sim, qual (is)?							
☐ 1 PSA (sangue)		☐ 8 NSA (Não faz os exames)	EXPROSTAT				
☐ 2 Toque prostático		☐ 9 Não sabe/não lembra					
☐ 3 Ultrassonografia próstata							
☐ 4 PSA + Toque prostático							
☐ 5 Ultrassonografia próstata + toque prostático							
☐ 6 PSA + Toque prostático + ultrassonografia próstata							
72. Se não faz, por quê? (pode assinalar mais de uma resposta) e nas demais opções assinalar zero.							
1. Considera desnecessário	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Faz exame)	DESNECES			
2. Dificuldade para realizar pelo SUS	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Faz exame)	SPNOEXAM			
3. O(s) exame(s) é(são) caro(s)	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Faz exame)	EXAMECAR			
4. Não foi solicitado	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Faz exame)	NESPECIA			
5. Outro: _____	☐ 1 Sim	☐ 2 Não	☐ 8 NSA (Faz exame)	OUTPROST			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

CONSUMO ALIMENTAR			
73 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão ?			QST
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 Quase nunca 6 Nunca	FEIJAO ☐	
74 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?			VERDELEGU ☐
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	5 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 4 Quase nunca 6 Nunca		
75 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?			SALADA ☐
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 Quase nunca 6 Nunca		
76 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha sem contar batata, mandioca ou inhame?			LEGDIAS ☐
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 Quase nunca 6 Nunca		
77 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?			CARNE ☐
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 Quase nunca 6 Nunca		
78 Quando o Sr(a) come carne vermelha, o Sr(a) costuma:			CARNEGOR ☐
1 Tirar sempre o excesso de gordura 2 Comer com a gordura 3 Não come carne vermelha com muita gordura			
79 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango/galinha?			FRANGO ☐
1 1 a 2 dias por semana 2 3 a 4 dias por semana 3 5 a 6 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 5 Quase nunca 6 Nunca		

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

80 Quando o Sr(a) come frango/galinha, o Sr(a) costuma: 1 Tirar sempre a pele antes do cozimento 2 Comer com a pele 3 Não come pedaços de frango com pele		QST FRANPELE
81 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de frutas natural? 1 1 a 2 dias por semana 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 2 3 a 4 dias por semana 5 Quase nunca 3 5 a 6 dias por semana 6 Nunca		SUCOFRUT
82 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas ? 1 1 a 2 dias por semana 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 2 3 a 4 dias por semana 5 Quase nunca 3 5 a 6 dias por semana 6 Nunca		COMEFRUT
83 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial? 1 1 a 2 dias por semana 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 2 3 a 4 dias por semana 5 Quase nunca 3 5 a 6 dias por semana 6 Nunca		TOMAREFRI
84 Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia ? 1 1 4 4 9 Não sabe 2 2 5 5 3 3 6 6 ou mais		COPOSDIA
85 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite ? (não vale soja) 1 1 a 2 dias por semana 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo) 2 3 a 4 dias por semana 5 Quase nunca 3 5 a 6 dias por semana 6 Nunca		TOMALEIT
86 Quando o Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar ? 1 Integral 9 Não sabe 2 Desnatado ou semidesnatado 3 Os dois tipos 8 NSA (não toma leite)		TIPOLEIT

PEQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

		QST							
87 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? <table border="0"> <tr> <td>1 1 a 2 dias por semana</td> <td>4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</td> </tr> <tr> <td>2 3 a 4 dias por semana</td> <td>5 Quase nunca</td> </tr> <tr> <td>3 5 a 6 dias por semana</td> <td>6 Nunca</td> </tr> </table>		1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca	3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca	COMEDOCE	
1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)								
2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca								
3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca								
88 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? <table border="0"> <tr> <td>1 1 a 2 dias por semana</td> <td>4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</td> </tr> <tr> <td>2 3 a 4 dias por semana</td> <td>5 Quase nunca</td> </tr> <tr> <td>3 5 a 6 dias por semana</td> <td>6 Nunca</td> </tr> </table>		1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca	3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca	TROCALMOÇ	
1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)								
2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca								
3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca								
89 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? <table border="0"> <tr> <td>1 1 a 2 dias por semana</td> <td>4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</td> </tr> <tr> <td>2 3 a 4 dias por semana</td> <td>5 Quase nunca</td> </tr> <tr> <td>3 5 a 6 dias por semana</td> <td>6 Nunca</td> </tr> </table>		1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca	3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca	TROCAJANT	
1 1 a 2 dias por semana	4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)								
2 3 a 4 dias por semana	5 Quase nunca								
3 5 a 6 dias por semana	6 Nunca								
90 Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é? <table border="0"> <tr> <td>1 Muito alto</td> <td>4 Baixo</td> </tr> <tr> <td>2 Alto</td> <td>5 Muito baixo</td> </tr> <tr> <td>3 Adequado</td> <td>9 Não sabe</td> </tr> </table>		1 Muito alto	4 Baixo	2 Alto	5 Muito baixo	3 Adequado	9 Não sabe	CONSAL	
1 Muito alto	4 Baixo								
2 Alto	5 Muito baixo								
3 Adequado	9 Não sabe								
91 Quantos copos de água costuma tomar por dia? <table border="0"> <tr> <td>1 1 a 4 copos</td> <td>3 8 copos e mais</td> </tr> <tr> <td>2 5 a 7 copos</td> <td>9 Não sabe</td> </tr> </table>		1 1 a 4 copos	3 8 copos e mais	2 5 a 7 copos	9 Não sabe	AGUA			
1 1 a 4 copos	3 8 copos e mais								
2 5 a 7 copos	9 Não sabe								

PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

FORMULÁRIO 8

REGISTRO ANTROPOMÉTRICO – PRESSÃO ARTERIAL

DATA: ____/____/____		COELHOS I		COELHOS II		ACS: _____		ENTREVISTADOR: _____		QUESTIONÁRIO						
ENDEREÇO: _____										PONTO DE REFERÊNCIA: _____						
TODOS										ADULTOS (20 ANOS E MAIS - HOMENS E MULHERES)						
Nº de Ordem	NOME COMPLETO	IDADE	SEXO	PESO (gr)		ALTURA (cm)		CINTURA (cm)		PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)						
				1	2	1	2	1	2	MÁX 1	MÍN 1	MÁX 2	MÍN 2	MÁX 3	MÍN 3	
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																

Anexo B – Manual do Entrevistador

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO-UFPE
FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO - FACEPE

PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS
NA COMUNIDADE DOS COELHOS

MANUAL DO ENTREVISTADOR

ELABORAÇÃO: EQUIPE TÉCNICA

RECIFE - 2014

SUMÁRIO

Item	Especificação	Pág.
1.	Introdução.....	3
2.	Equipe de Trabalho	3
3.	Aspectos Éticos da Pesquisa	6
4.	Instruções Gerais	8
5.	Formulários	9
	5.1. Identificação	9
	5.2. Form. 1. Registro dos Moradores do Domicílio	9
	5.3. Form. 2. Registro do Domicílio e Aspectos da Renda.....	9
	5.4. Form. 3. Registro da Criança..(menor de 36).....	9
	5.5. Form. 4. Registro do Adolescente.....(10 a 19 anos).....	10
	5.6. Form. 5. Registro da Mulher	10
	5.7. Form. 6. Registro de Adultos (20 anos e mais).....	10
	5.8. Form. 7. Registro de Consumo.....	10
	5.9. Form. 8. Registro Antropométrico	10
	5.10. Form. 9. Registro Clínico-Laboratorial.....	10
		

Este manual é seu companheiro de campo, consulte-o sempre que tiver dúvidas

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste manual é fornecer orientação básica à equipe da: "PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS-2014", na condução dos trabalhos de campo e no preenchimento dos formulários.

Com esse manual, todos os entrevistadores seguirão um critério único para as definições dos termos e preenchimento dos formulários. Todas as vezes que tiver dúvida a respeito de quaisquer das questões dos formulários, o mesmo deve ser consultado.

A negligência das observações e orientações aqui definidas pode modificar conceitos e operações, afetando os resultados, portanto comprometendo a qualidade do estudo, invalidando-o.

Este manual é composto de dois blocos: o primeiro inclui as orientações sobre os aspectos gerais do estudo (Instruções Gerais), o segundo, versa sobre as orientações específicas para preenchimento dos formulários (Instruções Específicas).

2. EQUIPE DE TRABALHO

A estrutura organizacional da equipe da Pesquisa está assim definida:

- Coordenador geral
- Coordenador de campo
- Supervisor de campo
- Entrevistadores
- Antropometrista

Cada membro da equipe terá atribuições que estão destacadas a seguir.

- **Coordenador Geral.**
 - a. coordenar a realização do estudo nas etapas de planejamento, execução até a conclusão do relatório;
 - b. participar da elaboração dos instrumentos a serem utilizados no estudo;
 - c. buscar parcerias necessárias para a realização do estudo;
 - d. divulgar a realização do estudo junto às instâncias gestoras dos municípios.
 - e. acompanhar a equipe durante o estudo piloto;
 - f. compatibilizar as despesas com o orçamento disponível;
 - g. definir o pagamento das diárias à equipe de campo e consultores.
- **Atribuições do Coordenador de Campo.**
 - a. coordenar a pesquisa em campo;
 - b. selecionar e treinar a equipe de entrevistadores;
 - c. acompanhar o desempenho da equipe de campo;
 - d. assistir à equipe em suas dúvidas;
 - e. convocar e realizar reuniões com a equipe de campo;
 - f. desenvolver atividades de validação das entrevistas.

Manual do Entrevistador

- **Atribuições do Supervisor de Campo**
 - a. colaborar com a coordenação em suas atribuições;
 - b. alocar a equipe de trabalho na área;
 - c. receber formulários e proceder revisão junto ao entrevistador;
 - d. numerar e controlar entrada e saída de formulários;
 - e. desenvolver atividades de validação das entrevistas.
- **Atribuições dos Entrevistadores**
 - a. visitar os domicílios e explicar os objetivos da pesquisa;
 - b. Realizar a entrevista com a pessoa responsável seguindo a orientação pertinente ao formulário em questão;
 - c. observar e seguir as normas contidas no manual de instruções;
 - d. seguir as orientações e definições da coordenação de campo;
 - e. codificar e revisar os questionários.
 - f. os entrevistadores não estão autorizados a realizar investigação ou outro dado que não aqueles explicitamente previstos na pesquisa.
 - g. entregar o formulário 8 antropometria e formulário 9 laboratorial, devidamente preenchido e completo.
 - h. Distribuir os folhetos educativos com as famílias depois da entrevista.
- **Atribuições dos antropometristas**
 - a. visitar todos os domicílios já pesquisados pelos (entrevistadores)
 - b. observar e seguir as normas contidas no manual de instruções
 - c. anotar as medidas aferidas do corpo humano em diferentes idades em número bem legível
 - d. Receber o formulário 8 (antropometria) devidamente preenchido pelo entrevistador.
 - e. Ficar responsável pelos equipamentos de trabalho, estadiômetro, balança, infantômetro, trena antropométrica e aparelho de pressão arterial digital. Mantendo no final do trabalho limpo.

3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

- O entrevistador deverá apresentar-se ao informante de forma amigável, explicar o objetivo da pesquisa e citar as instituições responsáveis pela mesma (Departamento de Nutrição da UFPE, Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP e Fundação de Amparo à Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE).
- Solicitar ao informante sua permissão para realizar a entrevista. Sempre usar expressões positivas como “sua casa foi contemplada para fazer parte do estudo” “gostaria de conversar com a senhora por alguns minutos” ou “gostaria de fazer-lhe algumas perguntas”. Dessa forma é mais difícil receber recusa. Apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para assinatura do mesmo;
- Assegurar ao informante o sigilo sobre as informações fornecidas e sua utilização exclusivamente voltada para a finalidade do estudo;
- Tentar sempre falar a sós com o entrevistado, sem que haja outros membros da família ou amigos junto ao mesmo;

Manual do Entrevistador

- Evite emitir qualquer juízo sobre os entrevistados como manifestar surpresa diante de certas respostas que toquem a sensibilidade do entrevistado ou “achar engraçada” alguma resposta por mais absurda que possa lhe parecer;
- Procure não comentar entrevistas ou mostrar questionários preenchidos aos outros entrevistadores ou aos supervisores diante de pessoa alheia à pesquisa;
- Não se fazer acompanhar por pessoas estranhas ao quadro da pesquisa por ocasião da realização das entrevistas;
- Não induzir respostas; as perguntas devem ser formuladas da maneira exata como estão escritas no formulário; caso o entrevistado não entenda o seu conteúdo, o entrevistador deve explicá-las, sem contudo levar o entrevistado a responder o que ele (entrevistador) gostaria de ouvir como resposta. Em alguns casos, as alternativas deverão ser lidas para o entrevistado;
- Nunca discuta religião, política ou futebol;
- O entrevistador, no momento em que é selecionado e aceita participar desse trabalho, assume um compromisso profissional, por conseguinte, um comportamento ético na condução das tarefas que lhe são atribuídas;
- Dirija-se aos entrevistados sempre demonstrando calma, em tom de voz audível e pausadamente. Durante a entrevista, evite conversas paralelas entre os integrantes da equipe, brincadeiras ou gargalhadas.
- Ter equilíbrio emocional para vivenciar as mais variadas situações que decorrem do contato com pessoas de diferentes níveis sociais e de diferentes personalidades;
- Tentar convencer o entrevistado a colaborar com o estudo, sem, contudo tomar atitude impositiva e agressiva. Se as pessoas não se mostrarem receptivas, explicar mais detalhadamente o processo, enfatizar a importância de contar com a sua colaboração e o anonimato do estudo.
- Evite criticar atitudes ou comportamentos de seu colega de equipe em público. Opte por discutir eventuais divergências em momentos nos quais não haja a presença de outras pessoas.
- Durante a coleta de dados, você estará compartilhando da intimidade de uma casa de família. Evite comportamentos que possam ser percebidos como invasores ou indelicados.
- Evite fazer comentários que não estejam relacionados com a pesquisa como: “você tem a casa mais bonita da comunidade”.
- Quando for necessário ler as explicações sobre as perguntas em questões nos formulários.

4. INSTRUÇÕES GERAIS

OS QUESTIONÁRIOS DEVEM SER NUMERADOS PREVIAMENTE PELO SUPERVISOR DE CAMPO E A NUMERAÇÃO DEVERÁ SER REPETIDA EM TODOS OS FORMULÁRIOS QUE O COMPÕEM.

- Sempre que encontrar a palavra "outro", especificar. Os códigos 8 ou 88 não se aplica "NSA", em geral os códigos 9 ou 99, referem-se à resposta "Não sabe".
- As instruções em letras maiúsculas nos formulários, não devem ser repassadas para os entrevistados, pois servem apenas para orientar o entrevistador;
- Por uma questão metodológica, para garantir o controle de qualidade das informações, será efetuada checagem dos formulários preenchidos pelos entrevistadores em uma amostra de 10% dos mesmos;
- O entrevistador não deve fazer codificação, nem cálculos matemáticos em campo; estas atividades serão realizadas em momento posterior, quando os questionários forem revisados pelos entrevistadores;
- Utilize lápis grafite com ponta bem feita e borracha para preencher os formulários. Atente para a escrita correta dos números e palavras. Use números e letras legíveis, bem desenhados. Isso facilitará a entrada de dados e reduzirá a ocorrência de erros durante a digitação. A marcação das respostas nos cadernos sempre deverá ser feita assinalando-se "X" sobre o número correspondente à opção de resposta.
- Para os registros numéricos, faça os lançamentos nos campos a eles destinados, utilizando um algarismo em cada quadricula de forma bem centralizada. Exemplo:

2

6

anos

0

8

Meses
- Escreva os algarismos de forma bem legível, evitando que possam ser confundidos por quem for digitá-los. Atenção especial aos números que podem ser facilmente confundidos como: 1 e 7 / 4 e 9 / 0 e 6
- Sempre que houver dúvidas, escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o coordenador decidir no final do dia;
- Quando uma resposta for pouco confiável, anotar, mas fazer uma observação sobre a má qualidade da resposta;
- Nunca deixar respostas em branco, observar a aplicação dos códigos especiais. O entrevistador deverá procurar o supervisor de campo caso surjam dúvidas.

5. FORMULÁRIOS

5.1. Folha de Rosto – IDENTIFICAÇÃO:

1. Número do questionário- este campo será preenchido pelo supervisor ou coordenador de campo;
 2. Número do prontuário- anotar de acordo com o cartão de cadastro da família na USF.
 3. Assinalar de acordo com a resposta
 4. Assinalar de acordo com a resposta
- ❖ Registrar o endereço completo da residência do entrevistado, incluindo pontos de referência, de forma a facilitar a localização do domicílio pelas equipes de antropometria. Quando houver, anotar o número do (s) celulares e telefone fixo.
 - ❖ Nome do entrevistado – escrever o nome completo da pessoa a ser entrevistada;
 - ❖ Data da entrevista – anotar o dia e o mês;
 - ❖ Entrevistador – Assinar nome completo e anotar o código indicado pela coordenação.
 - ❖ Supervisor de campo – escrever o nome e anotar o código do supervisor de campo;
 - ❖ Total de formulários – deixar para anotar no final o total dos formulários que usou para uma mesma família.

FORMULÁRIO 1 – REGISTRO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

- | | |
|---------------|--|
| (1) e (2) | Caso o número de moradores seja superior a 10, anexar outro Formulário 1 e completar os nomes dos residentes, modificando a numeração (Ex: 11,12 13...) Só anotar na relação de nomes as pessoas que realmente são moradoras – VIVEM NA CASA, (dorme e se alimenta) excluindo, portanto, aquelas que apenas visitam a família ou trabalha remunerada como empregado (a). |
| (3) | Perguntar quem é o chefe do domicílio e anotar de acordo com a resposta dada. Apenas para crianças menor de 3 anos; anotar o número de ordem que a mãe da criança ocupa no domicílio – de acordo com a coluna (1). |
| (4),(5)e(6) | Assinalar com um X conforme códigos abaixo. |
| (7),(8) e (9) | Solicitar um documento que confirme a data de nascimento (cartão da criança, registro de nascimento ou identidade). |
| (10) | Perguntar a idade de cada membro da família. Anotar para todos a idades em anos completos, a criança < 1 ano (anotar os meses). (Ex. 06 m) |

Manual do Entrevistador

- (11), (12), (13) e (14) Assinalar um X conforme indicado para criança < de 3 anos, adolescente de 10 a 19 anos, mulheres de 10 a 49 anos e adulto com idade 20 anos e mais.
- (15) Assinalar o código conforme tabela de grau de instrução (ABEP)
- (16) Apenas para os moradores 10 anos e mais. Considerar a condição de trabalho do último mês anterior ao da pesquisa.
Código 00 Não trabalha
- Código 01 Desempregado que tem condição e idade para tal, porém não está trabalhando (à procura de emprego ou na intenção de procurar).
- Código 02 Aposentado
- Código 03 Pensionista
- Código 04 Benefício
- Código 05 Autônomo – aquele que tem lugar fixo (comércio, loja, etc) trabalha diariamente e se supõe um salário mensal ± fixo.
- Código 06 Empregado – operário, funcionário público, (recebe salário).
- Código 07 Trabalho esporádico com irregularidade mensal ou diária.
- Código 08 Biscateiro/Ambulante – diariamente exerce alguma atividade com remuneração bastante variada em geral reduzida. Não dispõe de um local fixo, nem paga imposto.
- Código 09 Criança/estudante (trabalhando)
- Código 10 Criança/estudante (não trabalhando)
- Código 88 Crianças menores de 10 anos

FORMULÁRIO 2 – REGISTRO DO DOMICÍLIO E ASPECTOS DA RENDA

- (1) a (5) Anotar um X nas respostas dadas pelos entrevistados se for outro especificar
- (6) Abastecimento de água:
- Com canalização interna – quando a família dispõe de água encanada dentro de casa.
- Sem canalização interna – quando a família não dispõe de água encanada dentro de casa, só dispondo, no máximo de uma torneira no terreno da casa.
Se houver dois ou mais tratamentos da água, assinalar “Outro” e especificar.
- (7) Assinale com X na resposta dada
- (8) e (9) Se a resposta for NÃO na questão 9, assinalar 8 (NSA)
- (10) Destino dos dejetos
1. Rede Geral – quando dejetos e águas servidas vão para canalização na rua.
2. Fossa com tampa – sanitário com descarga e canalização para reservatório, podendo ser este individual ou coletivo.
3. Fossa Rudimentar – fossa sem tampa (casinha ou buraco negro).
4. Cursos d’água – lago, rio, escoaouro, vala, etc.

Manual do Entrevistador

- (11) Assinalar de acordo com a resposta. Se houver 2 ou mais destinos para o lixo, assinalar "Outro" e especificar.
- (12)(13) Considerar cômodo apenas sala quarto, cozinha e banheiro, outro especificar
- (14) a (22) Anotar conforme a resposta: **PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS (ABEP)**
- É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.
- Para aparelhos domésticos em geral devemos:
- Considerar os seguintes casos
- "Bem" alugado em caráter permanente
 - "Bem" emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
 - "Bem" quebrado há menos de 6 meses
- Não considerar os seguintes casos
- "Bem" emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
 - "Bem" quebrado há mais de 6 meses
 - "Bem" alugado em caráter eventual
 - "Bem" de propriedade de empregados ou pensionistas
- Televisores**
- Considerar apenas os televisores em cores.
- Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.
- Rádio**
- Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.
- Banheiro**
- O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte (s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.
- Automóvel**
- Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.
- Empregado doméstico**
- Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os

Manual do Entrevistador

mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videoassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer..... 0pt
 Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer..... 4pts
 Possui geladeira de duas portas e não possui freezer..... 6pts
 Possui geladeira de duas portas e freezer..... 6pts
 Possui freezer, mas não geladeira (caso raro, mas aceitável)..... 2pts

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org 4 Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2012 – IBOPE

- (23) Assinalar se a pessoa entrevistada tem acesso a internet
- (24) Considerar comprovado quando apresentar o cartão de inscrição no programa (PBF)
- (25) Assinalar X se recebeu no mês anterior (PBF)
- (26) O que fez do dinheiro recebido do (PBF). (considerar até 3 respostas).

FORMULÁRIO 3 – REGISTRO DA CRIANÇA

- Questões (1 a 57)** Anotar o nome da criança, o número do questionário, o número de ordem da criança e da mãe, ou do responsável, de acordo com o formulário 1.
- (1) e (2)** Assinalar com um X em uma única resposta, se tiver outro especificar
- (3 a 5)** **Pré-Natal** – devem ser respondidas por todas mães/responsáveis pelas crianças (mãe biológica, adotiva e outra especificar) assinalar de acordo com a resposta.

Manual do Entrevistador

(6) a (11)	Só preencher as informações vistas no cartão do pré-natal
(12) a (19)	Considerar também as informações da mãe/responsável
(20) a (22)	Assinalar com um X onde tiver outro, especificar.
(23)	Anotar o número informado pela mãe/responsável
(24)	Assinalar com um X
(25)	Anotar o número informado pela mãe/responsável
(26) a (33)	Assinalar com um X onde tiver outro, especificar
(34) (36)	Anotar as doses das vacinas e o desenvolvimento de acordo com o cartão/caderneta
(37) a (39)	Assinalar com um X, e especificar quando indicado.
(40) e (41)	Anotar o número acordo com a respostas da mãe/responsável
(42) a (50)	Assinalar com um X outro, especificar
(51)	Anotar o número de acordo com a resposta da mãe/responsável
(52) a (57)	Assinalar com um X outro, especificar

CONSUMO ALIMENTAR

Crianças menores de 5 anos:

(58) a (61)	Assinalar com um X onde tiver outro, especificar
(62)	Anotar a idade em meses e dias de acordo com a resposta da mãe
(63) a (65)	Assinalar com um X onde tiver outro, especificar
(66)	Anotar a idade em dias, meses e anos de acordo com a resposta da mãe
(67) a (70)	Assinalar com um X onde tiver outro, especificar
(71)	Assinalar com um X a frequência correspondente a cada alimento ou grupo alimentar

FORMULÁRIO 4 – REGISTRO DO ADOLESCENTE

Questões	Estas perguntas estão relacionadas ao tempo que você
(01) a (42)	Gasta fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluem as atividades que faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das atividades em casa ou no jardim.

Manual do Entrevistador

Para responder as questões lembrar que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (ficar ofegante).
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Questões	PARA RESPONDER AS PERGUNTAS A SEGUIR, PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES QUE VOCÊ REALIZA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTINUOS DE CADA VEZ.
(1)(3)(5)	Anotar a respostas com o número de dias respondido pelo entrevistado (a)
(02)(4)(6)(7)(8)	Anotar o tempo respondido pelo entrevistado (a), colocando os números em horas e minutos. Por Ex. 1.hora e 30 minutos.
(9)a(12), (15)e(18)	Assinalar com um X de acordo com a resposta do entrevistado(a)
(13)(14), (16)(17) (19) e (20)	Anotar o tempo respondido pelo entrevistado (a), colocando os números em horas.
(21)a(26)e(28)a30)	Assinalar com um X e se tiver outro especificar
(27)	Se Sim, anotar o motivo
(31)	Anotar o número de vezes respondido pelo entrevistado (a)
(32) e (33)	Assinalar com um X de acordo com a resposta do entrevistado (a)
(34) e (35)	Anotar o número de acordo com a respostas do entrevistado(a)
(36) a (38)	Assinalar com um X de acordo com a resposta do entrevistado (a)
(39) e (40)	Anotar o número de vezes respondido pelo entrevistado (a)
(41) e (42)	Assinalar com um X de acordo com a resposta do entrevistado (a)

FORMULÁRIO 5 – REGISTRO DA MULHER

Observação: Apenas para mulheres entre 10 e 49 ANOS, pós MENARCA, (1ª menstruação). Se não, passe para o formulário 4 (adolescente) ou 6 (adulto).

(1) Anotar a idade em anos que menstruou pela 1ª vez

(2) Assinalar com X a resposta da entrevistado

(3) Anotar a idade em anos que engravidou pela 1ª

(4) Anotar o número de vezes que ficou grávida. Todas as quadriculas abaixo da pergunta devem ser preenchidas com o número referido pela mulher, caso não haja referência a alguma das situações citadas, registrar 00 e caso não saiba informar, 99.

A soma de gravidez atual + abortos + nascidos mortos + nascidos vivos, corresponde ao nº de vezes que a mulher engravidou.

A diferença de nascidos vivos menos mortos após o nascimento, corresponde ao nº de vivos atualmente.

Definições:

Nascido vivo - produto da concepção do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Nascido morto - óbito ocorrido antes da expulsão ou extração completa do corpo materno, de um produto da concepção que tenha alcançado 28 semanas completas ou mais de gestação.

Aborto - morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno, que tenha alcançado menos de 28 semanas de gestação.

(5) Se está grávida (idade gestacional) colocar o número

(6) Assinalar com um X no atendimento

(7) Anotar o número quando iniciou o pré-natal

(8) Assinalar com um X se tem cartão

(9) Anotar pelo cartão o número de doses de vacinas

Manual do Entrevistador

- (10) Anotar o número de quantas consultas
- (11) a (14) Anotar com um X o método
- LAQUEADURA igual a LIGAÇÃO DE TROMPAS
- (15) a (31) Assinalar com um X as questões de 15 a 31 e outro especificar
- EXAME PREVENTIVO= coleta de material para detecção precoce de câncer de colo de útero
- AUTO-EXAME DA MAMA= em que a mulher apalpa a sua própria mama, procurando nódulos ou caroços
- EXAME CLÍNICO DA MAMA= é quando o médico ou enfermeiro examina as mamas das mulheres para procurar caroços ou nódulos.
- MAMMOGRAFIA= é uma radiografia das mamas para procurar caroços ou nódulos (indicado para mulheres acima de 40 anos)
- MENOPAUSA= é a parada da menstruação por pelo menos 12 meses seguidos.
- (32) Anotar a idade em a entrevistada ficou na menopausa
- (33) e (34) Assinalar com um X as respostas.

FORMULÁRIO 6– REGISTRO DE ADULTOS (20 ANOS E MAIS)

- OBSERVAÇÃO** (Questões de 1 a 71) – entrevistar, individualmente, cada adulto que tenha 20 anos e mais, morador do domicílio. No cabeçalho anotar o nome completo, o número de ordem que ocupa no Formulário 1 e o número do questionário.
- (1) Anotar a ocupação informada pelo entrevistado (a). Códigos de ocupações – 1991 – Dados do IBGE. Em anexo.
- (2) a (6) Assinalar com um X as respostas do entrevistado
- (7) a (12) Bloco Atividade física (Ipaq curto) –
- Para responder essas questões lembre que:
- Atividades físicas VIGOROSAS são Aquelas que precisam de um grande esforço físico que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (ficar ofegante).
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.
- Ler as alternativas para o entrevistado.
- (13) e (14) As questões 13 e 14 são sobre o tempo que o indivíduo permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV.
- Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

Manual do Entrevistador

- Anotar o número respondido pelo (a) entrevistado (a).
- (15) a (18) Assinalar comum X e se tiver outro especificar
- (19) a (26) Anotar ou indicar o número respondido pelo (a) entrevistado (a)
- (27) a (41)
- A Unidade de Saúde da Familiar (USF)= consiste numa unidade multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnico em enfermagem e administrativos), com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e devem estar integradas em rede com as outras unidades funcionais de saúde.
- Programa Farmácia Popular do Brasil= chamado "Aqui Tem Farmácia Popular", mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias com o objetivo de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo ou nenhum custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção - distribuição - varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico.
- Programa Hiperdia= instituído em 2001 com a criação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo portaria GM/MS 235 em 20 de fevereiro de 2001, com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Atividades da Vida Diária (AVD) = atividades realizadas para o dia-a-dia; podem ser didaticamente subdivididas em:
- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) = são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa a desempenhá-las.
→ Comer, Banho, CUIDADOS PESSOAIS (Vestir-se, Ir ao banheiro, Andar (com ou sem ajuda), MOBILIDADE (Passar da cama para a cadeira, Mover-se na cama), CONTINÊNCIA (Urinária e Fecal)
- Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) = são as relacionadas à participação da pessoa em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade.
→ Preparar a comida, realizar serviço doméstico, lavar e cuidar do vestuário,
DENTRO DE CASA Trabalhos manuais Manuseio da medicação Manuseio do manuseio de telefone de dinheiro, fazer compras (alimentos, roupas), usar os meios de transporte
FORA DE CASA Deslocar-se (ir ao médico, compromissos sociais e religiosos)
- Assinalar com um X e se tiver outro especificar
- (42) Para cada problema referido pelo entrevistado anotar o nome do Serviço utilizado, a cidade onde o mesmo está situado e a distância do domicílio. Deste modo, serão

Manual do Entrevistador

	selecionados os Serviços de Saúde para avaliação de sua estrutura e processo (Formulário 10).
	Colocar o nome do serviço: HOSPITAL, UPAs, USF, explicando em que Bairro estar, anotar horas e minutos e quantos ao meio de transporte, já estar numerado abaixo e outro especificar.
(43)	Anotar o máximo possível de palavras, tanto para resposta sim quanto para resposta não sobre FELICIDADE
(44)	SRQ-20: realizado apenas em pessoas com idade de 15 a 65 anos; as perguntas do questionário não podem ser interpretadas ou explicadas.
	OBS: Não realizar o questionário com pessoas acompanhadas pelo CAPS
	Esta questão pergunta se nas últimas quatro semanas a entrevistada sentiu algum dos vinte sintomas listados. As perguntas foram desenvolvidas pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde e não devem ser alteradas ou puladas. A sequência das perguntas deve ser respeitada. É preciso que você leia a introdução à pergunta e então a questão 1).
	Espera a entrevistada responder e marque a resposta dela na coluna da direita. Então continue e leia a questão 2) e assim por diante. Se a entrevistada responder SIM à questão 17, você deve alertar à sua supervisora. A entrevistada tem que responder ou "sim" ou "não". Muitas vezes elas ficam em dúvida. Neste caso a entrevistadora deverá perguntar se mais para sim ou para não.
Observações	LER todas as perguntas de 01 a 20 para o entrevistado
(45)	Só para as mulheres acima de 50 anos, perguntar das questões: 45 a 68
(46)	Anotar a resposta do entrevistado em número
(47)	Assinalar com um X e se tiver outro especificar
(48)	Anotar a resposta da entrevistada em número
(49)	Assinalar com um X e se tiver outro especificar
Observações	Só para os homens acima de 50 anos, perguntar das questões: 69 a 71
(49) a (71)	Sintomas da menopausa: ondas de calor seguidas por ondas de frio, sudorese (suadeira), palpitações (batedeira), nervosismo, sensação de ardência (ou secura) na vagina.
	Os exames para avaliar a próstata anualmente são 3: PSA (examinado no SANGUE), Toque prostático (realizado por médico pelo reto) Ultrassonografia da próstata (realizada comumente pela barriga).
	Assinalar com um X e se tiver outro especificar

FORMULÁRIO 7- CONSUMO ALIMENTAR

- Assinalar com um X os alimentos consumidos citados da frequência. Não interferir nas respostas, podendo apenas, ajudar o/a entrevistado(a) em algumas situações lendo a lista.
- Unidade: referir o nº de alimentos (1 banana maçã, 2 laranjas, 1 biscoito Maria, etc) e o peso correspondente à unidade;
- Medida caseira: referir a medida (colher de sopa, de chá, xícara, copo, etc) e a quantidade utilizada (2 c.sopa, 1 c.chá)
- Total (g/ml): resultado da multiplicação da unidade ou peso da medida pelo nº de vezes que determinado alimento foi consumido

FORMULÁRIO 8 – REGISTRO ANTROPOMÉTRICO DA FAMÍLIA

Caberá à equipe de Antropometria preencher os dados e realizar as seguintes medidas: peso e altura de toda a família, pressão arterial, circunferência de cintura e de braço de adultos (acima de 20 anos), após a aplicação dos formulários nos domicílios. O antropometrista receberá do entrevistador o formulário 8 devidamente preenchido indicando as pessoas da famílias contempladas. Todas as medidas de antropometria deverão ser anotadas com uma casa decimal.

EQUIPAMENTOS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Este instrutivo tem por objetivo apresentar os equipamentos e os procedimentos a serem utilizados Na pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais na comunidade dos Coelho em Recife”, para aferição de: peso, estatura/comprimento, cintura e pressão arterial de toda a família entrevistada e residente na comunidade. Será abordado apenas o funcionamento básico dos equipamentos, em particular os procedimentos de relevância para o inquérito.

1-AFERIÇÃO DE PESO

- a. A fonte de energia da balança é exclusivamente pilhas AA. Para economia da bateria, a balança desliga automaticamente depois de certo tempo, caso não seja realizadas mais pesagens.
- b. A carga máxima é de 200 Kg.
- c. Sempre no final do expediente, será necessária fazer a limpeza da balança utilizando somente pano úmido.

Técnica de aferição

- a. Se a balança estiver com e com a chave acionada, basta uma leve pressão sobre a plataforma para ativá-la. Alguns segundos depois, o visor deverá indicar 0.00 kg. Caso não esteja acionada, ligar a chave localizada ao lado da balança.
- b. Colocar as pilhas na primeira vez ou na troca de pilhas.
- c. Pedir a pessoa que antes de subir na plataforma, retire o calçado, peças de vestimenta, objetos dos bolsos (carteira, celular, cinto, relógio...) que possam influir significativamente na pesagem.
- d. Verifique se a pessoa não está se apoiando contra a parede ou outro suporte.
- e. Solicite que a pessoa suba na balança, com os dois pés apoiados na plataforma.
- f. No caso de pessoas com dificuldade locomotoras oferecer ajuda para subir e descer da balança.
- g. Uma vez na plataforma, a pessoa deve ficar ereta e com os braços estendidos ao longo do corpo e o olhar na linha do horizonte.
- h. Com a pessoa devidamente posicionada na plataforma, aguarde o valor da pesagem se fixar no visor da balança para, em seguida, registrar o resultado no local apropriado.
- i. Caso haja indicação de erro durante a pesagem (verifique se a balança estar mal apoiada, ou a pessoa ter pisado fora do espaço apropriado, etc.) solicite que a pessoa desça da plataforma.
- j. Caso haja erro devido ao fato da pessoa ter mais de 200 kg, se a balança não tiver mais 150 kg não repita a operação, pois poderá haver dano para o equipamento. Neste caso, faça uma observação (pessoa com peso superior a 200 kg).
- k. Para criança menores de dois anos de idade
Utilize a função mãe-bebê da balança. Inicialmente faça os procedimentos de pesagem da mãe. Ainda com o peso registrado no visor, aperte a tecla mãe-bebê para ativar a função. Deverá aparecer no visor o símbolo 0.00 com a indicação TARE. Nesse momento a criança deverá ser colocada nos braços da mãe. Após 3 segundos, aparecerá o valor do peso da criança. Registre no local apropriado. Após o término da pesagem da criança, a função mãe-bebê deverá ser desativada (apertando novamente a tecla)

Manual do Entrevistador

OBS: Observe que, se a teca mãe-bebê for pressionada por mais de três segundos, a balança muda a medida de peso (QUILOS para LIBRAS). Pra retornar a escala pressione a teca por mais de três segundos.

2- AFERIÇÃO DE ESTATURA/COMPRIMENTO

Apresentação do equipamento

- a. Será utilizada o estadiômetro (antropômetro) portátil Alturaexata , com varias funções, para todas as medidas e idades.
- b. O equipamento deve estar apoiado em uma superfície firme, plana e seca. Segure a haste móvel e solicite a pessoa para subir.

Técnica das medidas:

- a. Ao medir a estatura, da pessoa ou criança maior de dois anos deve estar descalça, com mínimo de roupas, sem boné ou similares ou enfeites na cabeça. Se possível desfaça qualquer tipo de penteado (sem constrangimento para a pessoa)
- b. A pessoa deve ficar em pé com as pernas e pés paralelas, na posição de sentido. Pedir para encostar os calcanhares, panturrilhas, nádegas, costa e a parte posterior da cabeça na no equipamento.
- c. Posicionar corretamente a cabeça do indivíduo no plano de Frankfurt: uma linha imaginária horizontal do canal auditivo externo até a órbita inferior do olho.
- d. Deslizar o cursor delicadamente, fixando-o contra a cabeça do examinado, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- e. Quando a pessoa/criança maior de dois anos, não for capaz de encostar todos os pontos simultaneamente no antropômetro, deve-se garantir que sejam posicionados de maneira a encostar as nádegas e calcanhar ou a cabeça.
- f. A criança de dois a cinco anos para medir requer atenção redobrada. É a medida que, para ser registrada de forma precisa, exige colaboração da mãe e criança.
- g. Pedir a mãe ou responsável para manter, a criança na posição adequada: cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento. O pescoço deve ficar reto, o queixo não deve ficar encostado no peito, os joelhos pressionados levemente, os braços estendidos para baixo.
- h. O pesquisador deve realizar a leitura no nível de seus olhos, agachando-se no caso da pessoa medir menos de 1 metro de altura. Quando a pessoa tiver altura maior do que o pesquisador, (ele deve subir em um banco).
- i. Quanto a criança menor de dois anos (bebê), o auxílio da mãe é muito importante para manter a calma e ficar junto do filho. Geralmente a criança fica agitada quando deitamos e seguramos.

Manual do Entrevistador

- j. Abra o estadiômetro numa superfície plana, no centro do equipamento, peça para mãe segurar no torác e a cabeça/bebê. O pesquisador segura levemente nos joelhos e pés, ajustando ao equipamento e fazendo a leitura.

OBS. É importante que o pesquisador responsável pela aferição da estatura/comprimento conte com um auxiliar.

3-CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA:

Definição: Medida de circunferência realizada sobre o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

- O entrevistado deverá estar em pé, descalço, com a blusa/camisa levantada, os braços flexionados e cruzados a frente do tórax, pés afastados, abdômen relaxado e respirando normalmente.
- Apalpar até localizar a 10^a costela, e fazer um risco com a caneta. Localizar a crista ilíaca, que é a parte mais alta do osso ilíaco, marcar o ponto.
- Posicionar a parte inicial da fita de ponto médio da projeção da décima costela e a parte final na marcação da crista ilíaca.
- Passe a fita ao redor do corpo do entrevistado na altura do ponto médio, ajuste-a e verifique se a fita está sem dobra e encaixe no orifício indicado registre a o valor.

Equipamento:

- ☐ Fita Inelástica.

Indivíduo:

- ☐ Região da cintura livre de roupas.
- ☐ Indivíduo ereto.
- ☐ Pés afastados um do outro.
- ☐ Peso distribuído em ambos os pés.
- ☐ Abdômen relaxado.

Ponto Médio

Definição: Distância da última costela e a crista ilíaca dividida por dois.

Técnica:

- ☐ Localizar e marcar a última costela, para isso o indivíduo deve inspirar profundamente.
- ☐ Localizar e marcar a crista ilíaca.
- ☐ Medir a distância entre os dois pontos anatômicos.
- ☐ Calcular e marcar o ponto médio.

Manual do Entrevistador

Técnica:

- ▣ Posicionamento da fita;
- ▣ Sobre o ponto médio;
- ▣ Fita deve estar paralela ao solo;
- ▣ Evitar —abraçar— o indivíduo durante o posicionamento da **fita**;
- ▣ A fita deve estar ajustada ao redor da cintura, sem enrugar a pele ou comprimir os tecidos **subcutâneos**;
- ▣ Realizar a leitura no final da respiração (expiração normal);
- ▣ Registrar a medida;
- ▣ Repetir o processo para obtenção de uma segunda medida.

4-AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Apresentação do aparelho de pressão arterial: será utilizado um aparelho automático com monitor MICROLIFE para medição de pressão arterial para a verificação da pressão arterial.

É fácil de usar e efetua medições com resultados de excelente confiabilidade. O seu grande mostrador torna mais fácil a visualização do estado operacional e da pressão da braçadeira durante uma medição. Tanto pode usar pilhas AA,1,5v como pode usar adaptador AC. Quando não estiver em uso prolongado, deve retirar as pilhas. Quando o aparelho estiver ligado à corrente, a energia proveniente das pilhas não é consumida. Introduzir o tubo da braçadeira na abertura existente ao lado do aparelho.

OBS: Este aparelho contém componentes eletrônicos sensíveis (microcomputador). Não deve colocá-lo na proximidade de campos elétricos fortes (EX: telefones, fornos microondas, etc)

Técnicas da medida

- a. Não deve se alimentar, fumar ou fazer qualquer tipo de esforço antes de realizar uma medição. Todos estes fatores poderão influenciar o resultado da medição, tente descansar, sentar, aprox. cinco minutos.
- b. Retire qualquer peça de vestuário que possa estar justa na parte superior do braço.
- c. Coloque a braçadeira no braço, certificando-se de que o tubo fica virado na direção do antebraço. Caso não seja possível, pode colocá-la no direito. Não se esqueça de que as medições futuras devem ser efetuadas no mesmo braço.
- d. Mantenha a braçadeira no braço, assegurando-se de que o seu bordo inferior fica a aprox. dois a três cm acima do cotovelo e que a saída do tubo de borracha está virada para o lado interno do braço.
- e. Qualquer esforço por parte da pessoa para apoiar o braço, pode resultar num aumento da pressão arterial. Procure uma posição confortável e descontraída, evitando contrair os músculos do braço durante a medição.

Manual do Entrevistador

- f. É muito importante selecionar a braçadeira adequada, em função da circunferência do braço. Nesta pesquisa, está disponível para uso em indivíduos com circunferência de braço de 22-32 cm e 32-42 cm (braçadeira extra). Manguitos mais longos e largos são necessários em pacientes obesos, para não haver superestimação da pressão arterial.
- g. Serão realizadas duas medidas, com intervalo de um minuto entre elas.
- h. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg entre elas, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando-se a média das duas últimas medidas como a pressão arterial do indivíduo 37

Procedimentos de acordo com o último valor encontrado da Pressão arterial:

- entregar a todos o resultado da última medição anotado -

Se $\geq 130 \times 85$ mmHg, encaminhar para serviço de ambulatório.

Se $\geq 180 \times 110$ mmHg, encaminhar para serviço de urgência.

5.10. Formulário 9 – REGISTRO CLÍNICO-LABORATORIAL

- ❖ Deverá ser preenchido pelo entrevistador de acordo com o Formulário 1, questões de 2 a 6. Assinalar com "X" na coluna de elegíveis.
- ❖ Preencher a ficha de controle clínico-laboratorial e entregar às pessoas da família indicadas para realização de exames e ECG.
- ❖ As crianças, < de 5 anos e as mulheres até 24 anos farão exame no próprio domicílio a qualquer hora do dia, não sendo necessário jejum. As mulheres a partir de 25 anos e os homens maiores de 25 anos farão exames no dia seguinte ao da entrevista, sendo necessário jejum de 12 horas.

FORMULÁRIO 9 – REGISTRO CLÍNICO-LABORATORIAL

Será realizado pela equipe de Laboratório, nas pessoas residentes assinaladas no Formulário 1, de acordo com a seguinte orientação:

1. Crianças de seis meses a < 5 anos (sub-amostra de 50%) e todas as mulheres de 10 a 49 anos – farão hemoglobina e retinol sérico, não havendo necessidade de estarem em jejum (a qualquer hora do dia);
2. Todas as mulheres de 20 anos e mais – farão exames de hemoglobina, glicose, triglicerídeos e colesterol (sangue)
3. Todos os homens de 20 anos e mais - farão exames glicose, triglicerídeos e colesterol (sangue); será verificada a pressão arterial.

PARA ESTES OS GRUPOS 2 E 3 HÁ NECESSIDADE DE JEJUM PARA A COLETA.

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PESQUISA "SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS"

Instituição: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Prezado (a) morador da Comunidade dos Coelhos,

Conforme explicado no folheto que lhe foi entregue pelo Agente de Saúde, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa, para conhecimento da situação de saúde, de alimentação, de hábitos do dia-a-dia, de exercícios físicos, de moradia e dos serviços de saúde que são oferecidos às pessoas que moram nesta Comunidade. Desta forma, poderemos saber também quais são as doenças mais comuns e as facilidades ou dificuldades de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) da sua área.

Sendo assim, precisamos fazer algumas perguntas sobre estes assuntos, sobre a sua família e a sua casa. É um dos objetivos desta pesquisa medir e pesar todos os moradores, medir a cintura, o braço e aferir a pressão arterial dos adultos com 20 anos e mais. Em crianças de seis meses até três anos de idade e suas mães serão feitos exames para verificar se estão com anemia, com inflamação ou com falta de vitamina A não sendo necessário jejum. Nos adultos de 20 anos e mais, que forem sorteados, serão feitas as dosagens de glicose, colesterol e triglicerídeos com jejum de 12 horas. Os exames serão marcados para um dos dias seguintes após a visita.

Os benefícios desta pesquisa são, entre outros, o conhecimento das suas medidas que serão entregues logo após a medição e, sempre que necessário, as pessoas serão encaminhadas para a USF da comunidade. Os exames de sangue serão coletados e analisados por laboratório contratado (LAPAC). Os resultados serão entregues diretamente às enfermeiras responsáveis pelas USF da área e as pessoas que tiverem exames alterados serão encaminhadas com mais rapidez para consulta médica pelas mesmas.

Após a coleta de sangue para os exames, pode aparecer uma mancha roxa (hematoma) no local da penetração da agulha. Mas, não se preocupe; isso pode ser resolvido com aplicação de compressa de água gelada. Será necessário colher 5ml de sangue por pessoa para os exames.

Caso o senhor (a) aceite participar da pesquisa e não queira responder algumas questões ou até se não aceitar participar, não tem problema; o (a) senhor (a) pode recusar ou desistir de continuar participando a qualquer momento. As informações que o (a) senhor (a) der e os exames realizados serão usados apenas para análise na pesquisa e quando forem publicados, a sua identidade não será revelada. Se o (a) senhor (a) concordar em responder as perguntas e fazer os exames, caso seja sorteado, por favor, assine o consentimento abaixo em duas vias, das quais uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra será guardada junto com o questionário que contém as suas informações.

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e declaro que recebi e compreendi as informações acima.

Estou ciente de que:

1. Minha participação na pesquisa é livre;
2. Não receberei nenhum valor financeiro por participar;
3. Minha participação não terá nenhuma despesa para mim;
4. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento ou não querer participar do estudo;
5. Não serei identificado e as informações sobre a minha privacidade serão confidenciais;
6. Receberei resposta a qualquer pergunta, esclarecimento ou dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros sobre a pesquisa, através do telefone (81) 2122-4781 (Ana Cristina e Anete).

Nome completo do morador: _____ Data _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG nº _____ Órgão exp. _____

Assinatura (ou polegar direito) do morador ou responsável

Assinatura do entrevistador de campo responsável



Anexo D - Declaração de Aprovação do Comitê de ética

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3201 - 12 intitulado **"Saúde, nutrição e serviços assistências numa população favelada do Recife; um estudo de "Baseline"**. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Malaquias Batista Filho** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 10 de outubro de 2012

Recife, 11 de outubro de 2012


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei 9851 de 06/11/97
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei 5013 de 14/05/94
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86239 de 30/07/82
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - 66600
CNPJ 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

Anexo E - Questionário Biodemográfico Segundo Critério De Classificação Econômica (ABEP, 2014)



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Renda média bruta familiar no mês em R\$ por classe das 9 RM's

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	11.037
Classe B1	6.006
Classe B2	3.118
Classe C1	1.865
Classe C2	1.277
Classe DE	895

Fonte: LSE 2012 Ibope Média