

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

EMERSON ROGÉRIO COSTA SANTIAGO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

Recife

2018

EMERSON ROGÉRIO COSTA SANTIAGO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Nutrição.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Profº. Dr. Alcides da Silva Diniz.

Coorientadora: Profª. Drª. Juliana Souza Oliveira.

Recife

2018

Catalogação na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

S235p Santiago, Emerson Rogério Costa.
Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos no sertão de Pernambuco / Emerson Rogério Costa Santiago. – Recife: o autor, 2018.
96 f.; il.; 30 cm.

Orientador: Alcides da Silva Diniz.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Nutrição.
Inclui referências e anexos.

1. Hipertensão. 2. Epidemiologia. 3. Fatores de risco. 4. Adulto. I. Diniz, Alcides da Silva (orientador). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 016)

EMERSON ROGÉRIO COSTA SANTIAGO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA EM ADULTOS NO SERTÃO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Nutrição.

Aprovada em: 01/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Vanessa Sá Leal (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Chaves de Lemos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a. Cláudia Porto Sabino Pinho (Examinadora Externa)
Hospital das Clínicas - UFPE

À Zélia, Milena e Ricardo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Zélia, por todo amor, carinho, dedicação, incentivo e por sempre acreditar no meu potencial.

Aos meus amigos por todo companheirismo e amor. Vocês são presentes que a vida me deu e eu sempre serei grato ao universo por isso.

Ao meu orientador, Alcides Diniz, por toda sabedoria e aprendizado compartilhados. Uma honra enorme ter sido orientado por uma pessoa tão estimada para a ciência da nutrição.

À minha coorientadora, Juliana Oliveira, por me acompanhar desde a graduação, sempre acreditando em mim e me ajudando a crescer em diversos aspectos. Você tem toda a minha admiração e eu sempre serei grato por tudo.

Ao professor Pedro Lira e à professora Vanessa Leal por disponibilizarem o banco de dados por toda ajuda no desenvolvimento deste trabalho.

A todos os professores que me ensinaram por toda a vida. Existe um pedacinho de cada um de vocês em mim.

Aos meus colegas das turmas de graduação e de mestrado por toda convivência e aprendizado compartilhado ao longo dos últimos anos.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui relevante problema de saúde pública, responsável por milhões de mortes por ano no mundo. Apesar disso e frente à necessidade de informações para o delineamento de estratégias de promoção da saúde, pouco se conhece sobre a epidemiologia da doença em regiões distantes dos grandes centros urbanos brasileiros. Diante disso, este trabalho teve como objetivo estimar a prevalência e verificar os aspectos associados à HAS em adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com uma amostra aleatória de adultos de ambos os sexos. Foram considerados hipertensos aqueles que apresentaram pressão arterial sistólica ≥ 140 mm/Hg e/ou diastólica ≥ 90 mm/Hg, além daqueles que relataram estar em tratamento com anti-hipertensivos. Informações demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas e de saúde e nutrição foram coletadas. Foram aplicados os testes do Qui-quadrado de Pearson, Qui-quadrado para tendência e a regressão multivariada de Poisson. No modelo final, foi considerada significância estatística quando $p < 0,05$. A amostra foi composta por 416 indivíduos e a prevalência de HAS foi de 27,4% (IC_{95%} 23,2 – 32,0). No modelo final, foram identificados como preditores independentes da HAS as faixas etárias de 40 a 49 anos (RP 1,24; IC_{95%} 1,12 – 1,36) ($p = 0,000$) e de 50 a 59 anos (RP 1,42; IC_{95%} 1,31 – 1,53) ($p = 0,000$), classe econômica baixa (RP 1,09; IC_{95%} 1,02 – 1,17) ($p = 0,007$), tabagismo (RP 1,11; IC_{95%} 1,02 – 1,22) ($p = 0,023$), excesso de peso pelo índice de massa corporal (RP 1,21; IC_{95%} 1,07 – 1,37) ($p = 0,003$) e adultos com tolerância à glicose diminuída/diabetes mellitus (RP 1,15; IC_{95%} 1,03 – 1,27) ($p = 0,012$). A prevalência de HAS mostrou-se elevada relacionada à fatores de risco importantes, logo, são recomendáveis ações de prevenção e controle no contexto ecológico em questão e para os subgrupos mais vulneráveis.

Palavras-chave: Hipertensão. Epidemiologia. Fatores de Risco. Adulto.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a considerable public health problem responsible for millions of deaths annually throughout the world. Despite this, little is known regarding the epidemiology of the disease in different regions of large urban centers in Brazil. Such information could assist in the design of health promotion strategies. The aim of this research is to estimate the prevalence of SAH and associated factors in adults residing in the semi-arid region of the state of Pernambuco, Brazil. This is a cross-sectional study conducted with a random sample of male and female adults. Individuals with systolic blood pressure ≥ 140 mm/Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mm/Hg as well as those who reported being in treatment with anti-hypertensive medications were classified as having SAH. Demographic, socioeconomic, behavioral, anthropometric, health and nutrition information was collected. Data analysis involved Pearson's chi-squared test, the chi-squared test for trend and Poisson multiple regression. A p-value < 0.05 in the final model was considered indicative of statistical significance. The sample was composed of 416 individuals. The prevalence of SAH was 27.4% (95%CI: 23.2 to 32.0). In the final model, the independent predictors of SAH were age between 40 to 49 years (PR 1,24; CI_{95%} 1,12 – 1,36) (p = 0.000) and age between 50 to 59 years (PR 1,42; CI_{95%} 1,31 – 1,53) (p = 0,000), low economic class (PR 1,09; CI_{95%} 1,02 – 1,17) (p = 0.007), smoking habit (PR 1,11; CI_{95%} 1,02 – 1,22) (p = 0.023), overweight determined by the body mass index (PR 1,21; CI_{95%} 1,07 – 1,37) (p = 0.003) and diabetes mellitus/diminished glucose tolerance (PR 1,15; CI_{95%} 1,03 – 1,27) (p = 0.012). The prevalence of SAH was high and associated with important risk factors. Prevention and control measures in the ecological context in question are recommended.

Keywords: Hypertension. Epidemiology. Risk Factors. Adult.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1	Diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica.....	11
2.2	Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.....	12
2.3	Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica.....	14
2.4	Tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	16
2.5	Enfrentamento da hipertensão como um problema de saúde pública.....	17
2.6	Sertão de Pernambuco: uma breve caracterização do local de estudo.....	19
3	JUSTIFICATIVA.....	20
4	HIPÓTESES.....	21
5	OBJETIVOS.....	22
5.1	Objetivo geral.....	22
5.2	Objetivos específicos.....	22
6	MÉTODOS.....	23
6.1	Desenho de estudo e casuística.....	23
6.2	Processo de amostragem.....	23
6.3	Coleta de dados.....	24
6.3.1	Variáveis de exposição e desfecho.....	24
6.4	Processamento e análise dos dados.....	27
6.5	Aspectos éticos.....	28
7	RESULTADOS.....	29
8	DISCUSSÃO.....	34
9	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO.....	48
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO DOS MORADORES.....	50
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....	52
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA.....	56
	ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR.....	83
	ANEXO F – FORMULÁRIO DE REGISTRO ANTROPOMÉTRICO.....	89
	ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR.....	91
	ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	93

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada pela elevação persistente dos níveis tensionais pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Trata-se de, não apenas um dos maiores fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), como também de uma síndrome com manifestações e características próprias e de etiologia multifatorial, englobando aspectos ambientais, genéticos, hormonais, neurais, renais e vasculares (NOBRE et al., 2013). É a condição mais comumente encontrada na Atenção Primária à Saúde e um quadro que representa grande problema mundial de saúde pública (JAMES et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A HAS é uma doença muito comum e responsável, mundialmente, por aproximadamente 9,4 milhões de mortes por ano (LIM et al., 2012). Mundialmente, o número de pessoas que viviam com hipertensão era de 972 milhões no ano 2000, o que resultava em uma prevalência de aproximadamente 26%, considerando adultos com 20 anos ou mais (KEARNEY et al., 2005; MILLS et al., 2016). Em 2010, a prevalência mundial de hipertensão era de 31,1%, aproximadamente 1,4 bilhões de pessoas, sendo 28,5% nos países desenvolvidos e 31,5% nos países em desenvolvimento. Nesse período, a prevalência de hipertensão sofreu redução de 2,6% nos países desenvolvidos e aumento de 7,7% nos países em desenvolvimento (MILLS et al., 2016). Atualmente, a prevalência mundial da HAS encontra-se menor, se comparada aos dados referentes à 2010, acometendo aproximadamente 1,3 bilhão de indivíduos adultos com idade igual ou acima de 18 anos (ZHOU et al., 2017).

No Brasil, pesquisas realizadas apontam para uma prevalência de HAS em torno de 30%, chegando a atingir 36 milhões de indivíduos adultos (NOBRE et al., 2013; PICON et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Encontra-se mais frequente nas zonas urbanas e nos estados do Sudeste, tendo as regiões Norte e Nordeste as menores prevalências dessa condição (ANDRADE et al., 2015). Tal informação demonstra que, embora tenha havido no país uma diminuição da prevalência de hipertensão nas últimas três décadas – sendo de 36,1% em 1980, 32,9% em 1990 e 28,7% em 2000 – atualmente a mesma continua elevada e chegou a crescer em comparação à década passada (PICON et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS também é comum nos países em desenvolvimento e, nesses lugares, os principais fatores prejudiciais à assistência de qualidade aos indivíduos portadores dessa condição são verbas insuficientes destinadas aos serviços de saúde, além de infraestrutura insuficiente e, em alguns casos, inexperiência dos profissionais (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012; PEREIRA et al., 2009).

Apesar de estar acometendo consideravelmente indivíduos mais jovens (MOURA et al., 2015), a frequência de hipertensão aumenta progressivamente com a idade (CIPULLO et al., 2010), e está relacionada ao padrão alimentar, sobretudo ao alto consumo de alimentos ricos em gordura e sal, além do sedentarismo, uso nocivo de álcool, tabagismo, fatores genéticos e fatores socioeconômicos. Além disso, outras condições clínicas como diabetes, dislipidemia e, sobretudo, a obesidade também são conhecidamente relacionadas à HAS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O elemento-chave para diagnóstico da HAS é a aferição da pressão arterial (PA) e, apesar de ser um método simples, não invasivo e de baixo custo, muitos indivíduos não sabem sobre sua condição de hipertenso (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006), podendo esse desconhecimento chegar a uma frequência, dentre os acometidos, de 25,6% (CIPULLO et al., 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2010), o principal objetivo do tratamento da HAS é a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, reduzindo não só a PA como também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Entretanto, apesar da existência de muitas opções terapêuticas (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006; JAMES et al., 2014), menos da metade dos hipertensos em tratamento têm a PA controlada, o que reitera a importância de mais pesquisas envolvendo o tema (BUBACH; OLIVEIRA, 2011; PIERIN et al., 2011; SOUZA et al., 2014).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica

A SBC recomenda que indivíduos com PA até 120/80 mmHg façam aferição da mesma pelo menos uma vez a cada dois anos e, para aqueles com PA acima de 120/80 mmHg até 140/90 mmHg, a recomendação é aferir pelo menos uma vez por ano. Essa medição pode ser por meio de equipamentos manuais, semiautomáticos ou automáticos, contanto que esses sejam instrumentos validados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) e que tenham a calibração verificada anualmente. Além do mais, o paciente precisa ser preparado antes da aferição, de modo que deva ficar em repouso de 3 a 5 minutos, não esteja com a bexiga cheia, não tenha praticado exercício físico até uma hora antes e nem tenha ingerido álcool, café ou fumado nos últimos 30 minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Segundo a *American Heart Association* (WHELTON et al., 2017), a HAS pode ser diagnosticada em adultos quando a pressão arterial sistólica e/ou diastólica se encontrarem persistentemente ≥ 130 mmHg e ≥ 80 mmHg, respectivamente. Já de acordo com a SBC (2016), a classificação para pessoas a partir dos 18 anos de idade (Quadro 1) considera hipertenso aquele que apresentar persistentemente pressão arterial sistólica e/ou diastólica ≥ 140 mmHg e ≥ 90 mmHg, respectivamente.

Quadro 1. Classificação da PA para indivíduos a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 –139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

Quando for domiciliar, o diagnóstico da HAS deve se basear em pelo menos duas medições da PA por visita, em no mínimo duas visitas. Outra forma de realizar o diagnóstico é por meio da Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA), na qual são feitas várias aferições da PA de forma intermitente durante um período de 24

horas ou mais enquanto o paciente efetua suas atividades habituais durante os períodos de sono e vigília. Isso permite avaliar os níveis tensionais pressóricos em diferentes situações durante todo o dia e é geralmente indicada quando o paciente apresenta PA elevada apenas no consultório médico, fenômeno conhecido como hipertensão do jaleco branco, bem como também para outras situações de acordo com o critério médico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No tocante às pesquisas científicas no Brasil que se propõem a verificar a frequência de HAS, a maioria delas faz a investigação de acordo com os resultados da aferição da PA, sendo essa a forma mais adequada (GALVÃO; SOARES, 2016), e outras adotam o critério da hipertensão autorreferida, que é um indicador validado e considerado apropriado para ser aplicado em pesquisas de base populacional com adultos e idosos, mesmo em populações residentes fora dos grandes centros urbanos (CHRESTANI; SANTOS; LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004; MATIJASEVICH, 2009; SELEM et al., 2013). Contudo, é importante destacar que com esse método de morbidade autorreferida, a prevalência de hipertensão pode ser subestimada devido à influência do nível de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte da população investigada, já que esse tipo de indicador depende que o indivíduo passe por um diagnóstico médico positivo para que seja considerado hipertenso (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

2.2 Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica

As DCV representam as principais causas de mortes no mundo, tendo sido atribuído às mesmas cerca de 32% do total de óbitos em 2013, o que correspondeu a 17 milhões de indivíduos (ABUBAKAR; TILLMANN; BANERJEE, 2015). No Brasil não é diferente, tendo em vista que, mesmo após passar por uma redução nos últimos anos, as DCV também se destacam como uma das principais causadoras de morte e, ao passo que houve redução na mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular, foi observado crescimento na mortalidade por doença cardíaca hipertensiva (MANSUR; FAVARATO, 2012; SCHMIDT et al, 2011). Além disso, sabe-se que 54% dos casos de acidente vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estão relacionados à HAS (LAWES et al, 2008).

Com o intuito de verificar mundialmente como comportou-se a frequência de hipertensão na última década, estudo de revisão sistemática realizado por Mills et al.

(2016) fez uma comparação entre dados de prevalência de hipertensão nos anos de 2000 e 2010. Para a análise referente ao ano 2000 foram utilizados 57 estudos de 45 países diferentes, o que representou 67,8% da população mundial igual ou acima de 20 anos de idade; já na análise pertinente ao ano 2010 foram usados 78 estudos de 70 países, o que abrangeu 79,1% da população mundial também de idade igual ou maior que 20 anos. Foi visto que a prevalência mundial de hipertensão era de 25,9% (intervalo de confiança de 95%, 24,6 - 27,1) nos anos 2000, sendo semelhantes entre homens e mulheres, e de 31,1% (30,0 - 32,2) em 2010, mostrando-se também de forma símila entre os sexos. Nesses dez anos viu-se um aumento de 5,2% na prevalência mundial de HAS. Entretanto, ao considerar apenas países de alta renda, houve, em contrapartida, uma redução de 2,6%, mostrando que esse aumento na frequência da doença em questão foi impulsionado principalmente por países de baixa e média renda.

Um outro estudo (ZHOU et al., 2017) considerou, desta vez, indivíduos adultos com idade igual ou acima de 18 anos e obteve dados de 200 países, o que cobriu 97,5% da população mundial em 2015. Foi observado que a hipertensão acometia 1,3 bilhão de pessoas dentro da faixa etária investigada, representando um número menor que o encontrado para o ano de 2010. Além disso, a prevalência da doença encontrava-se de 24,1% (21,4 - 27,1) nos homens e 20,1% (17,8 - 22,5) nas mulheres, sendo que em 2010 era de 31,9% (30,3 – 33,5) e de 30,1% (28,5 – 31,6) nos sexos masculino e feminino, respectivamente. É importante destacar que ao interpretar essa comparação entre os estudos referentes aos anos 2010 e 2015, deve-se considerar que o mais recente abrangeu um número superior de países e, além disso, considerou uma faixa etária dois anos mais ampla (MILLS et al., 2016; ZHOU et al., 2017).

No Brasil, estima-se que tal condição atinja 36 milhões de adultos, o que representa uma prevalência de 32,5%, e que chega a acometer mais de 60% dos idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Segundo dados recentes de pesquisa realizada em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal por inquérito telefônico, a frequência de hipertensão autorreferida em 2016 variou entre 16,9% (14,9 - 18,9) em Palmas e 31,7% (29,0 – 34,5) no Rio de Janeiro. No conjunto das 27 cidades avaliadas, a prevalência foi de 25,7%, sendo de 27,5% em mulheres e 23,6% em homens (BRASIL, 2017).

Ao separar o Brasil em Macrorregiões, verifica-se que a prevalência de hipertensão autorreferida é menor no Norte e Nordeste em relação às demais regiões

do país, atingindo o pico na região Sudeste. Além disso, sabe-se que a frequência dessa condição é maior na zona urbana em comparação com a zona rural (ANDRADE et al., 2015).

Estudo de revisão realizado por Galvão e Soares (2016) demonstrou que a prevalência de HAS variou bastante a depender do local, a maioria dos estudos desse tema e natureza foram realizados na região Centro-Oeste (40%) e Sudeste (30%), e que a maior frequência da doença (47,0%) foi vista na cidade de Ponto dos Volantes – MG.

2.3 Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica

A regulação da PA é algo bastante complexo para o organismo e depende de ações integradas dos sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino, tendo a HAS para sua gênese e manutenção uma etiologia multifatorial, o que envolve principalmente os sistemas supracitados (SANJULIANI, 2002).

A principal característica dos indivíduos hipertensos é a combinação entre o aumento tanto do débito cardíaco quanto da resistência vascular periférica devido sobretudo a um inadequado funcionamento do sistema nervoso simpático na regulação da PA, assim como também a uma desregulação no sistema renina-angiotensina-aldosterona que tem como consequência final o aumento da vasoconstrição arterial e, com isso, elevação da PA (MARTE; SANTOS, 2007; SANJULIANI, 2002).

A literatura científica dispõe de diversas investigações que mostraram determinadas condições associadas significativamente à HAS. Os principais fatores conhecidamente de risco são idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e de álcool, além do sedentarismo, tabagismo e nível de escolaridade (ANDRADE et al., 2015; GALVÃO; SOARES, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Já é conhecido que a prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade, sendo essa condição presente em mais de 60% dos idosos (CIPULLO et al., 2010; GALVÃO; SOARES, 2016; PICON et al., 2013). Entretanto, atualmente, encontra-se consideravelmente prevalente em indivíduos mais jovens (MOURA et al., 2015) e chega a acometer cerca de 18% dos adultos (DIAS et al., 2017).

Diferentemente da idade, em que há um consenso de sua relação linear com a prevalência de hipertensão, o fator sexo ainda se apresenta em alguns estudos como associado, já em outros, tal resultado não se repete. Além disso, quando os resultados indicam associação, algumas investigações mostram que foi com o sexo masculino, outras revelaram maior prevalência de HAS no sexo feminino (GALVÃO; SOARES, 2016; MALTA et al., 2017; SILVEIRA et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O terceiro dentre os principais fatores demográficos que se destacam é a etnia, a qual também nem sempre se apresenta relacionada à hipertensão, sendo que a maioria dos estudos revela que a prevalência dessa condição é maior em indivíduos de raça/cor negra em relação aos brancos e pardos (GALVÃO; SOARES, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Quanto ao aspecto socioeconômico, há uma relação inversa entre escolaridade e prevalência de HAS, no qual quanto menor for o nível de escolaridade/instrução, maior é a frequência da doença (ANDRADE et al., 2015; GALVÃO; SOARES, 2016; MALTA et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os demais elementos a serem explanados são considerados fatores de risco modificáveis. Dentre eles há destaque para a ingestão de sal, já que mundialmente o alto consumo dessa substância é bastante comum, variando em média entre 9 a 12 g/dia. No Brasil, especificamente, esse dado não é diferente e a estimativa de ingestão média de sal equivale a 12 g/dia. Isso mostra que a presença desse elemento na alimentação da população brasileira chega a exceder o dobro da recomendação diária e isso está diretamente associado a eventos cardiovasculares, em especial a HAS (BROWN et al., 2009; SARNO et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Ademais, sabe-se que o consumo elevado e crônico de álcool aumenta a PA, assim como o sedentarismo e tabagismo, sendo a frequência de hipertensão maior entre os indivíduos pertencentes a esses grupos de risco (GALVÃO; SOARES, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nos últimos anos tem-se observado no Brasil um rápido e crescente aumento da prevalência de excesso de peso, o que engloba tanto o sobre peso quanto a obesidade, sendo este fenômeno denominado transição nutricional (SOUZA, 2010). Essa mudança no perfil nutricional da população também é apontada como um dos principais aspectos relacionados ao aumento do número de hipertensos no país, considerando que estudos demonstram essa ligação entre ambas condições clínicas

(AMER; MARCON; SANTANA, 2011; GALVÃO; SOARES, 2016; NASCENTE et al., 2010). Atualmente, no Brasil, aponta-se para uma prevalência de excesso de peso de 53,8%, sendo desses, 18,9% de obesidade (BRASIL, 2017), os quais vêm apresentando crescimento considerável nos últimos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Diante disso, é importante chamar atenção para a relação entre essas duas condições, sobretudo pelo fato de que a perda de peso se configura como uma das principais modificações que são capazes de influenciar para a redução da dos níveis tensionais (WING et al., 2011).

2.4 Tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Com o objetivo de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais, o tratamento da HAS pode englobar, além da abordagem farmacológica com uso de certos medicamentos, também a não farmacológica (JAMES et al., 2014; MANCIA et al., 2013).

O tratamento farmacológico é empregado de acordo com avaliação e critério do médico cardiologista encarregado e se dá por meio do uso de medicamento(s) anti-hipertensivo(s). Com base em alto nível de evidências científicas, as classes e seus respectivos medicamentos que são mais recomendados atualmente são: inibidores da enzima conversora da angiotensina; bloqueadores do receptor de angiotensina; betabloqueadores; bloqueadores do canal de cálcio; e os diuréticos tiazídicos (JAMES et al., 2014).

Apesar de ser fundamental e de extrema importância, estudos brasileiros demonstram que as taxas de adesão ao tratamento farmacológico ainda são baixas, o que ressalta a relevância da implementação de medidas que possam aumentar esses números. Foram encontradas taxas de adesão de 22,5% em Teresina – PI, 28,0% em São José do Rio Preto – SP, 36% em Maringá – PR, 58,7% em Jequié – BA e 59,0% em Londrina – PR (CARVALHO et al., 2012; CAVALARI et al., 2012; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GIROTTI et al., 2013; MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUSA, 2006). Os principais motivos que influenciam para a não adesão ao tratamento relatados pelos pacientes são o fato de não terem sintomas, falta de medicamentos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e efeitos adversos dos medicamentos (MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUSA, 2006). A não adesão também se mostrou associada com a faixa etária que compreende os adultos mais jovens,

indivíduos que trabalham, bem como aqueles com sobrepeso e obesidade (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Já o tratamento não farmacológico, que pode ser aplicado como coadjuvante à abordagem medicamentosa, envolve controle do peso corporal, prática de exercício físico, cessação do tabagismo e do consumo de álcool, controle do estresse e mudança dos hábitos alimentares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No tocante à alimentação, a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) é a mais recomendada para esse público, sendo que a mesma dá prioridade ao consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, além da inclusão de cereais integrais, frango, peixe e oleaginosas, e sugestão da redução no consumo de carnes vermelhas e industrializados. A adoção desse tipo de dieta tem efeitos comprovados na redução da PA e, consequentemente, no controle da doença (APPEL et al., 1997; SACKS et al., 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Como complemento às informações referentes ao aspecto alimentar do tratamento, sugere-se, também, consumo de sal dentro dos níveis recomendados (até 5 g/dia), maior ingestão de alimentos ricos em ômega-3, fibras e vitamina D (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento não medicamentoso da HAS também encara níveis baixos de adesão por parte dos pacientes, sendo a dieta e a prática de exercício físico as ações com maior dificuldade para seguimento. Isso reitera a importância da investigação dos fatores que impedem ou dificultam a adesão a esse tipo de abordagem terapêutica para que, com base nos resultados, ações sejam implementadas para melhorar essa realidade (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009; GIROTTI et al., 2013).

2.5 Enfrentamento da hipertensão como um problema de saúde pública

A HAS é considerada um grande problema mundial de saúde pública, sendo a condição mais comumente encontrada na Atenção Primária à Saúde e responsável por 9,4 milhões de mortes por ano no mundo (JAMES et al., 2014; LIM et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Sendo assim, em 2011 foi lançado pelo governo brasileiro o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no

Brasil, 2011-2022, o qual estabelece e prioriza diversas ações e investimentos necessários para enfrentar o avanço e deter as DCNT, dentre elas a HAS, em um período de 10 anos. Para isso foram definidas diretrizes que abordam instrumentos operacionais a serem utilizados a fim de auxiliarem no alcance dos objetivos estabelecidos, sendo eles ações, estratégias, indicadores, programas, metas, projetos e atividades. Dentre os aspectos abordados, destaca-se o incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, expansão da Atenção Primária à Saúde, distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, combate aos principais fatores de risco para DCV, dentre outras ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Estudo realizado por Malta et al. (2016) mostrou que desde o lançamento do Plano até 2015 foram observados avanços no Brasil em relação à vigilância em saúde, promoção da saúde e cuidado integral, sendo que de modo geral as metas vêm sendo cumpridas. Além disso, vale destacar que a estratégia para redução do teor de sal dos alimentos industrializados atingiu o objetivo de forma que foram firmados termos de compromisso abordando esse aspecto com quase todo o setor produtivo de interesse.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2013 o documento denominado *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases 2013-2020*, no qual foi apresentado uma série de objetivos a serem alcançados pelos países envolvendo as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores de risco. Dentre esses objetivos, destaca-se a redução de 25% na mortalidade por DCVs, além da diminuição em 25% da prevalência de HAS, a depender das circunstâncias nacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Um dos principais aspectos ao qual deve ser dada atenção especial no âmbito da saúde pública é a educação em saúde com indivíduos hipertensos, tendo em vista que se trata de um método comprovadamente eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da doença, sobretudo no tocante à melhoria nos aspectos alimentares, prática de atividade física, redução nos valores dos indicadores antropométricos de obesidade e, consequentemente, controle da PA (OLIVEIRA et al., 2013).

A educação alimentar e nutricional é uma das mais conhecidas vertentes da educação em saúde e geralmente engloba a utilização de estratégias envolvendo metodologias ativas do aprendizado com temas relacionados à alimentação saudável

de forma geral com ênfase na redução do consumo de alimentos de risco para a hipertensão, sendo algo bastante eficaz no tocante ao aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso da doença em questão (ALVAREZ, 2007; MACHADO et al., 2016).

2.6 Sertão de Pernambuco: uma breve caracterização do local de estudo

O Sertão é uma das cinco mesorregiões de Pernambuco, representa 63,7% do território estadual e possui 1.575.033 habitantes, o que corresponde a 17,9% da população do Estado segundo Censo de 2010 (BRASIL, 2010).

A fim de facilitar a articulação e harmonização das ações administrativas governamentais visando dinamizar economicamente os territórios com baixo desenvolvimento, Pernambuco foi dividido em 12 Regiões de Desenvolvimento (RDs), sendo que o Sertão engloba seis delas: Sertão do Araripe com dez municípios; Sertão Central com oito municípios; Sertão de Itaparica com sete municípios; Sertão do Moxotó com sete municípios; Sertão do Pajeú com dezessete municípios; e Sertão do São Francisco com vinte e quatro municípios (BRASIL, 2011; PERNAMBUCO, 2000).

O Sertão pernambucano encontra-se incluso na área geográfica que abrange o semiárido brasileiro definida pelos critérios pluviométricos abaixo de 800 mm, índice de aridez de até 0,5 e risco de seca superior a 60% (BRASIL, 2005). Devido a isso, a região e sua população residente sofre bastante com desastres e crises relacionados aos períodos de estiagem e seca, sendo que isso somado ao inadequado desenvolvimento econômico e social já existente no local pode contribuir para o aumento das prevalências de condições clínicas, sendo a hipertensão e diabetes exemplos dessas, e piora dos aspectos ligados à qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo os relacionados à alimentação (LYRA et al., 2010; MORAES; HUMBERTO; FREITAS, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando a HAS como um sério fator de risco para as DCV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), é importante o conhecimento da prevalência dessa condição na população para que ações programáticas sejam planejadas e implementadas, visando a melhoria nos cuidados oferecidos aos indivíduos acometidos, bem como para atuação com atividades preventivas. Também, há uma carência maior de estudos como este já que, comparados às demais regiões do país, o Norte e Nordeste concentram a realização de um baixo número de investigações sobre a epidemiologia da hipertensão, sendo que não foi encontrado, ainda, na literatura alguma pesquisa abordando a prevalência e fatores associados à essa condição clínica em adultos no Sertão de Pernambuco.

Nos idosos, tal condição é muito presente, mas nos últimos anos a mesma vêm sendo cada vez mais observada em faixas etárias mais jovens. A prevalência da doença em questão em adultos é alta nacionalmente, porém menor na região Nordeste. Entretanto, vale destacar que o Sertão é uma região pouco desenvolvida economicamente, na qual a população de baixa renda se destaca, e considerando a relação inversamente proporcional entre renda e a frequência de hipertensão, é importante conhecer a epidemiologia da mesma no local em questão pois é provável que os resultados se diferenciem tanto do observado nacionalmente quanto do visto para a região Nordeste do país. Com isso, este estudo visa contribuir para a formulação de estratégias preventivas e de controle para tal condição clínica de forma mais direcionada e adequada à realidade do local.

4 HIPÓTESES

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica em adultos do Sertão de Pernambuco é elevada e a mesma encontra-se associada aos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares nessa população.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência e verificar os fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos do Sertão pernambucano.

5.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta do Sertão de Pernambuco;
- Descrever o perfil demográfico, socioeconômico, comportamental, nutricional e bioquímico da população estudada;
- Analisar as associações de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de nutrição e bioquímicos à hipertensão arterial sistêmica na população investigada.

6 MÉTODOS

6.1 Desenho de estudo e casuística

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que permitiu estimar a prevalência de HAS, bem como descrever os fatores associados à mesma, com base em amostra representativa da população.

Este estudo foi derivado de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco” (CAAE: 38878814.9.0000.5208), uma parceria entre o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Os indivíduos elegíveis para o estudo foram os adultos de ambos os sexos moradores dos domicílios sorteados e presentes nos mesmos no momento da chegada dos entrevistadores.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 20 e 59 anos, bem como a capacidade para responder as perguntas dos questionários aplicados.

Os critérios de exclusão foram: indivíduo com membro(s) amputado(s) e com presença de edema e/ou ascite.

6.2 Processo de amostragem

O processo de amostragem se deu por conglomerados. O estado de Pernambuco é subdividido em doze das chamadas Regiões de Desenvolvimento (RD), sendo que seis delas correspondem ao Sertão. Dessas, foram sorteadas três RD e, em seguida, um município para cada, os quais foram: Serra Talhada (RD 4), Custódia (RD 12) e Belém de São Francisco (RD 1). Na etapa subsequente, houve sorteio de cinco setores censitários por município, com distribuição urbano/rural de acordo com dados do Censo de 2010, e por fim, trezentos e cinquenta domicílios aleatórios com o intuito de formar amostra representativa do Sertão pernambucano. Todos os sorteios foram efetuados por meio de listas de números randômicos obtidas com auxílio do subprograma EPITABLE do pacote estatístico Epi Info versão 6.04 [CDC/WHO, Atlanta, GE, USA].

Para cálculo do tamanho amostral, executado *a posteriori*, foram consideradas prevalência de HAS de, aproximadamente, 20% estimada para a região Nordeste do Brasil (ANDRADE et al., 2015), erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, sendo aplicada por último uma ponderação por *deff* (*design effect* = efeito de desenho), considerando que não se trata de uma amostra aleatória simples, mas por conglomerado, no valor de 1,5. No sentido de corrigir eventuais perdas, a amostra final foi acrescida em 10%, totalizando um mínimo de 410 indivíduos.

6.3 Coleta de dados

A equipe realizou a coleta dos dados entre os meses de julho e setembro de 2015, tendo sido composta por coordenador, supervisor, técnico em estatística e informática, apoio administrativo, digitadores e pesquisadores de campo. Antes do início, houve um treinamento com carga horária de 40 horas, o qual envolveu toda a equipe e se deu com a utilização dos instrumentos de coleta de dados nas dependências do Departamento de Nutrição, Campus Recife da UFPE. Em seguida foi feito estudo piloto com 30 famílias em município não sorteado para a pesquisa, tendo a finalidade de testar o instrumento de coleta e colocar em prática a logística do trabalho de campo a fim de verificar sua exequibilidade. Os formulários e questionários utilizados para a coleta dos dados da pesquisa encontram-se na seção ANEXOS (A-G).

O acompanhamento das atividades de campo foi realizado antes e durante a pesquisa pelo supervisor através de visitas aos municípios e por meio de reuniões com a equipe envolvida.

6.3.1 Variáveis de exposição e desfecho

A aferição da pressão arterial foi realizada utilizando-se de tensiômetro de coluna de mercúrio (Modelo mesa-Glicomed-CE-0483), sendo em duplicata, e ao final foi feita a média aritmética com os resultados. Seguiram-se os procedimentos de preparação dos indivíduos para aferição da PA recomendados pela SBC (2016): repouso prévio de, pelo menos, cinco minutos em ambiente calmo; certificação de que o indivíduo não estava com a bexiga cheia, não tinha praticado exercício físico nos sessenta minutos anteriores, não tinha ingerido bebida alcoólica, café ou alimentos na

última hora e que não tinha fumado nos últimos trinta minutos; além da certificação de que o indivíduo no momento da aferição se encontrava sentado, de pernas não cruzadas, pés apoiados no chão e braço na altura do coração. A classificação para diagnóstico da hipertensão utilizada foi a preconizada na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016): Hipertensão arterial, quando PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 . Além disso, foram considerados hipertensos aqueles que declararam estarem em tratamento com medicamentos anti-hipertensivos.

As variáveis demográficas e socioeconômicas analisadas, bem como suas respectivas categorizações, foram: sexo (masculino e feminino); idade: (20-29, 30-49, 40-49 e 50-59 anos); cor da pele (branca e parda/preta); escolaridade (nunca frequentou escola, ensino fundamental, ensino médio/ensino superior); local de moradia (urbano e rural); e situação laboral (trabalha e não trabalha). Além disso, a variável classe econômica foi coletada e categorizada conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2012) em alta e média (A1, A2, B1, B2, C1, C2) e baixa (D, E).

Em relação aos aspectos comportamentais, foram coletados e analisados: hábito de consumo de álcool (consome e não consome) nos últimos trinta dias à data de coleta; tabagismo ativo (fumante/ex-fumante e nunca fumou); tabagismo passivo (sim e não), ou seja, indivíduos que não fumam ativamente, mas que ficam frequentemente em contato com fumaça de cigarro de outras pessoas em casa, no trabalho ou na escola/faculdade; e sal de adição na comida após preparo (nunca, às vezes/quase sempre). Também foi incluso o nível de atividade física, avaliado mediante questionário internacional de atividade física (IPAQ) (ANEXO D), validado no Brasil (MATSUDO et al., 2012), sendo categorizado neste estudo em sedentários/insuficientemente ativos e ativos/muito ativos.

Os dados de altura, massa corporal e CC foram aferidos em duplicata com posterior realização de média aritmética com os resultados. Para altura e CC, quando havia diferença superior a 0,5 cm entre as duas aferições, uma terceira era realizada e o resultado entrava no cálculo da média aritmética junto às demais. Os indivíduos tiveram suas massas corporais avaliadas estando descalços e com o mínimo de vestimentas, em balança digital (Modelo TANITA – BF-683 w / UM028 3601), com capacidade de 150kg e escala de 100 gramas. A altura foi aferida utilizando-se de estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda) – milimetrado, com precisão de até 1mm em

toda a sua extensão. Os adultos em questão foram colocados em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira. A CC foi obtida por meio de uma fita flexível e inelástica, sendo aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). A leitura foi feita entre uma expiração e uma inspiração.

Quanto ao perfil de saúde e nutrição foram alocados: índice de massa corporal (IMC) (sem excesso de peso, quando $< 25 \text{ kg/m}^2$; com excesso de peso, quando $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) (OMS, 2000); circunferência da cintura (CC) (normal, quando $< 80 \text{ cm}$ para mulheres e $< 94 \text{ cm}$ para homens; aumentada, quando $\geq 80 \text{ cm}$ para mulheres e $\geq 94 \text{ cm}$ para homens) (OMS, 2000); razão cintura-estatura (normal, quando $< 0,52$ para homens e $< 0,53$ para mulheres; aumentada, quando $\geq 0,52$ para homens e $\geq 0,53$ para mulheres) (RODRIGUES; BALDO; MILL, 2010).

Quanto a verificação da situação de SAN, foi aplicada a escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA), a qual é composta por 15 perguntas, no caso de domicílios com algum morador menor de 18 anos, ou 8 perguntas, quando as famílias são compostas apenas por maiores de 18 anos (Quadro 3) (PÉREZ-ESCAMILLA et al, 2004). No presente estudo, essa variável foi categorizada em Segurança Alimentar e Nutricional, Insegurança Alimentar e Nutricional leve/moderada e Insegurança alimentar e Nutricional grave.

Quadro 3. Classificação e pontos de corte da EBIA

Classificação	Pontos de corte para domicílios com pelo menos um morador com menos de 18 anos de idade	Pontos de corte para domicílios sem moradores com menos de 18 anos de idade
Segurança alimentar	0	0
Insegurança alimentar leve	1-5	1-3
Insegurança alimentar moderada	6-10	4-6

Insegurança alimentar grave	11-15	7-8
--------------------------------	-------	-----

As amostras de sangue foram coletadas estando os indivíduos em jejum de 10 horas e as análises para determinação da glicemia de jejum, triglicerídeos e colesterol total foram realizadas utilizando-se do equipamento ACCUTREND GCT [ROCHE DIAGNÓSTICA, BRASIL], de leitura imediata, após punção venosa.

Compuseram o perfil bioquímico: glicemia de jejum (normal, quando < 100 mg/dL; tolerância à glicose diminuída e diabetes mellitus [DM], quando ≥ 100 mg/dL ou quando o indivíduo fazia uso de medicamento hipoglicemiante) (MILECH et al., 2016) triglicerídeos (normal, quando < 150 mg/dL; alto, quando ≥ 150 mg/dL) e colesterol total (normal, quando < 190 mg/dL; alto, quando ≥ 190 mg/dL) (FALUDI et al., 2017).

6.4 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados em dupla entrada no software Epi Info, versão 6.04, com posterior utilização do módulo Validate para checar a consistência e a validação da digitação. Para o processamento dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos SPSS, versão 13.0 e Stata versão 14.0.

Para as análises, as variáveis explanatórias foram agrupadas em quatro níveis hierarquicamente ordenados: 1) fatores biológicos; 2) fatores demográficos e socioeconômicos; 3) fatores comportamentais e 4) fatores bioquímicos e do estado nutricional, sendo esse último o nível mais proximal do modelo. Partindo-se, então, de um modelo conceitual de determinação da HAS, assume-se que os fatores predisponentes à mesma podem implicar em diferentes níveis hierárquicos de determinação.

A fim de verificar associações entre as variáveis explanatórias e a de desfecho, a estatística univariada foi aplicada por meio dos testes do qui-quadrado de Pearson ou do qui-quadrado para tendência. As associações com valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Os resultados da análise univariada foram expressos pelos percentuais e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) e para os da análise

multivariada por meio das razões de prevalência e seus respectivos IC_{95%}. No modelo final foi considerada significância estatística quando $p < 0,05$.

6.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE, Parecer No. 897.655 e CAAE: 38878814.9.0000.5208 (ANEXO H). Participaram da pesquisa todos os indivíduos que após as devidas explicações sobre os objetivos do estudo e procedimentos a serem realizados, bem como os riscos e benefícios, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

7 RESULTADOS

A amostra final foi composta por 416 adultos, com mediana de idade e intervalo interquartílico de 35,0 anos (28,0 – 48,0). A maioria da amostra era do sexo feminino (64,9%, IC_{95%} 60,1 – 69,5), houve predomínio de indivíduos de cor da pele preta/parda (78,4%, IC_{95%} 74,0 – 82,2) e de moradores da zona urbana (57,9%, IC_{95%} 53,0 – 62,7) (dados não apresentados em tabela).

Observou-se, ainda, que 19,7% (IC_{95%} 16,1 – 23,9) da amostra referiram o hábito de consumir bebidas alcoólicas, 23,3% (IC_{95%} 19,4 – 27,7) fumavam ativamente, 16,3% (IC_{95%} 13,0 – 20,3) fumavam de forma passiva e que havia predominância de indivíduos sedentários ou pouco ativos (71,5%, IC_{95%} 65,6 – 76,9). Além disso, 10,1% (IC_{95%} 7,5 – 13,5) da amostra relataram o hábito de às vezes ou quase sempre adicionar sal nos alimentos após preparo (dados não apresentados em tabela).

A prevalência de excesso de peso no Sertão pernambucano, identificada através do IMC, é de 62,9% (IC_{95%} 57,9 – 67,7), além de 67,0% (IC_{95%} 62,1 – 71,5) da amostra que se encontrava com CC elevada e 41,8% (IC_{95%} 37,1 – 46,7) que estavam em segurança alimentar e nutricional. O perfil bioquímico evidenciou prevalência de hipercolesterolemia e hipotrigliceridemia de 56,4% (IC_{95%} 49,9 – 62,8) e 59,3% (IC_{95%} 52,8 – 65,6), respectivamente. Além disso, 18,3% (IC_{95%} 13,6 – 23,7) se encontravam com tolerância à glicose diminuída/diabetes mellitus (dados não apresentados em tabela).

Foi evidenciada prevalência de HAS de 27,4% (IC_{95%} 23,2 – 32,0) (n = 114) no Sertão de Pernambuco e sua distribuição, de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas, pode ser observada na Tabela 1. Foi verificado que a prevalência de hipertensão se mostrou crescente, tanto com o aumento da idade, quanto com a diminuição do nível de escolaridade, além de maior prevalência da doença em indivíduos de classe econômica baixa, esses com significância estatística. Quanto às variáveis comportamentais (Tabela 2), verificou-se proporção maior de hipertensos no grupo que fumava ativamente/ex-fumante, assim como no grupo de fumantes passivos. Já em relação ao perfil de saúde e nutrição (Tabela 3), a hipertensão esteve associada, através do IMC, com o excesso de peso e com a RCEst aumentada. No último grupo de variáveis analisadas, as bioquímicas, houve associação com a tolerância à glicose diminuída/DM e com o CT alto (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição da hipertensão arterial sistêmica segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em adultos do Sertão de Pernambuco. Brasil, 2015

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	n	%	IC_{95%}	p - valor‡
Sexo				
Masculino	44	30,1	22,8 – 38,3	
Feminino	70	25,9	20,8 – 31,6	
Idade (anos)				
20 – 29	13	10,6	05,7 – 17,4	0,000§
30 – 39	20	15,9	10,0 – 23,4	
40 – 49	25	36,8	25,4 – 49,3	
50 – 59	56	56,6	46,2 – 66,5	
Cor da pele				
Branca	26	28,9	19,8 – 39,4	0,721
Parda e preta	88	27,0	22,3 – 32,2	
Escolaridade				
Nunca frequentou escola	66	44,6	36,4 – 53,0	0,000§
Ensino fundamental	32	19,5	13,7 – 26,4	
Ensino médio/superior	16	15,4	09,1 – 23,8	
Situação laboral				
Trabalha	45	23,9	18,0 – 30,7	0,150
Não trabalha	69	30,3	24,4 – 36,7	
Local de moradia				
Zona urbana	65	27,0	21,5 – 33,0	0,816
Zona rural	49	28,0	21,5 – 35,3	
Classe econômica				
Alta e média*	45	20,5	15,3 – 26,4	0,001
Baixa†	69	35,2	28,5 – 42,3	

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%; * classes A1, A2, B1, B2, C1 e C2; † classes D e E; ‡ Teste do Qui-quadrado de Pearson; § Teste do Qui-quadrado para Tendência.

Tabela 2. Distribuição da hipertensão arterial sistêmica segundo variáveis comportamentais em adultos do Sertão de Pernambuco. Brasil, 2015

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	n	%	IC _{95%}	p – valor [§]
Consumo de álcool*				
Consome	26	31,7	21,9 – 42,9	0,330
Não consome	88	26,3	21,8 – 31,5	
Tabagismo ativo				
Fumante e ex-fumante	54	55,7	45,2 – 65,8	0,000
Nunca fumou	60	18,8	14,8 – 23,6	
Tabagismo passivo[†]				
Sim	32	47,1	34,8 – 59,6	0,000
Não	82	23,6	19,3 – 28,4	
Nível de atividade física[‡]				
Sedentário ou pouco ativo	61	32,4	25,8 – 39,6	0,078
Ativo ou muito ativo	33	44,0	32,5 – 55,9	
Sal de adição na comida				
Nunca	106	28,3	23,9 – 33,3	0,200
Às vezes ou quase sempre	8	19,0	08,6 – 34,1	

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%; * Considerou-se os últimos trinta dias à data de coleta; [†] indivíduos que não fumam ativamente mas que ficam frequentemente em contato com fumaça de cigarro de outras pessoas em casa, no trabalho ou na escola/faculdade; [‡]classificado por meio do questionário internacional de atividade física (IPAQ); [§] Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3. Distribuição da hipertensão arterial sistêmica segundo variáveis de saúde e nutrição em adultos do Sertão de Pernambuco. Brasil, 2015

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	n	%	IC_{95%}	p – valor**
IMC				
Sem excesso de peso*	29	19,9	13,7 – 27,3	
Com excesso de peso†	76	30,6	25,0 – 36,8	
CC				
Normal‡	29	21,8	15,1 – 29,8	
Aumentada§	81	30,0	24,6 – 35,8	
RCEst				
Normal	17	17,0	10,2 – 25,8	
Aumentada¶	87	29,8	24,6 – 35,4	
Condição de SAN#				
SAN	35	34,0	24,9 – 44,0	
IAN leve	33	23,7	16,9 – 31,7	
IAN moderada e grave	46	26,4	20,1 – 33,6	

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%; IMC - índice de massa corporal; CC - circunferência da cintura; RCEst - razão cintura-estatura; SAN - segurança alimentar e nutricional; IAN - insegurança alimentar e nutricional; * IMC < 25,0 kg/m²; † IMC ≥ 25,0 kg/m²; ‡ < 80 cm para mulheres e < 94 cm para homens; § ≥ 80 cm para mulheres e ≥ 94 cm para homens; || < 0,52 para homens e < 0,53 para mulheres; ¶ ≥ 0,52 para homens e ≥ 0,53 para mulheres; # classificada por meio da escala brasileira de segurança alimentar e nutricional. ** Teste do Qui-quadrado de Pearson; †† Teste do Qui-quadrado para Tendência.

Tabela 4. Distribuição da hipertensão arterial sistêmica segundo variáveis bioquímicas em adultos do Sertão de Pernambuco. Brasil, 2015

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	n	%	IC_{95%}	p – valor#
Glicemia de jejum				
Normal*	56	28,4	22,2 – 35,3	
Tolerância à glicose diminuída e DM†	30	68,2	52,4 – 81,4	
Triglicerídeos				
Normal‡	32	32,7	23,5 – 42,9	
Alto§	54	37,8	29,8 – 46,2	
Colesterol total				
Normal	27	25,7	17,7 – 35,2	
Alto¶	59	43,4	34,9 – 52,1	

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%; DM - diabetes mellitus; * < 100 mg/dL; † ≥ 100 mg/dL ou quando há uso de medicamento hipoglicemiante; ‡ < 150 mg/dL; § ≥ 150 mg/dL; || < 190 mg/dL; ¶ ≥ 190 mg/dL; # Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Após ajustes estatísticos realizados conforme modelo hierárquico previamente estabelecido, as variáveis explanatórias que permaneceram significativamente associadas à hipertensão foram idade, classe econômica, tabagismo ativo, IMC e glicemia de jejum (Tabela 5).

Tabela 5. Razões de prevalência brutas e ajustadas da hipertensão arterial sistêmica segundo variáveis explanatórias em adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil, 2015

Variáveis	Hipertensão Arterial Sistêmica				
	Análise bruta		Análise ajustada		
	RP	IC _{95%}	RP	IC _{95%}	p – valor [§]
Idade (anos)					
20 – 29	1,00		1,00		
30 – 39	1,05	0,97 – 1,13	1,05	0,97 – 1,13	0,214
40 – 49	1,24	1,12 – 1,36	1,24	1,12 – 1,36	0,000
50 – 59	1,42	1,31 – 1,53	1,42	1,31 – 1,53	0,000
Classe Econômica*					
Alta e média	1,00		1,00		
Baixa	1,12	1,05 – 1,20	1,09	1,02 – 1,17	0,007
Tabagismo ativo†					
Nunca fumou	1,00		1,00		
Fumante/ex-fumante	1,31	1,22 – 1,41	1,11	1,02 – 1,22	0,023
IMC‡					
Sem excesso de peso	1,00		1,00		
Com excesso de peso	1,09	1,02 – 1,17	1,21	1,07 – 1,37	0,003
Glicemia de jejum‡					
Normal	1,00		1,00		
Tolerância à glicose diminuída e DM	1,31	1,19 – 1,44	1,15	1,03 – 1,27	0,012

RP - Razão de prevalência; IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%; IMC - índice de massa corporal; DM - diabetes mellitus; RP 1,00 - referência; *ajustada pela idade, escolaridade e situação laboral; †ajustado pela idade, escolaridade, situação laboral, classe econômica, tabagismo passivo, e nível de atividade física; ‡ajustado pela idade, escolaridade, situação laboral, classe econômica, tabagismo passivo, e nível de atividade física, IMC, CC, RCEst, glicemia de jejum e colesterol total; § Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

8 DISCUSSÃO

Embora a HAS seja uma doença mais comum entre idosos, a mesma tem acometido parcela considerável dos adultos, atingindo, no Brasil, mais de 30 milhões de indivíduos dessa faixa etária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), o que aumenta a necessidade de se trabalhar mais o agravo em questão também nessa população.

A prevalência de HAS em adultos do Sertão de PE, embora ligeiramente menor que a estimativa nacional de cerca de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), mostrou-se, ainda assim, elevada, reforçando-se ainda mais como um grave problema de saúde pública. Trata-se de um resultado esperado, tendo em vista, sobretudo, o baixo desenvolvimento social e econômico da mesorregião e sua possível relação com a alta prevalência de DCNT (LYRA et al., 2010).

No Nordeste, segundo estudo de Andrade et al. (2015), a prevalência de hipertensão autorreferida em adultos é de 19,4% (IC_{95%}: 18,4 – 20,5), sendo um resultado aquém do demonstrado no presente estudo. Tal disparidade pode ser explicada por uma das limitações do método de morbidade autorreferida utilizado no trabalho de Andrade et al. (2015) que, apesar de já validado para estudos de base populacional, pode subestimar os resultados de prevalência (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Isso é possível devido à influência do nível de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte da população investigada, tendo em vista que há nesse método uma certa dependência de que os indivíduos passem por prévio diagnóstico médico da doença (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A maior vulnerabilidade para a HAS com a progressão da faixa etária, observada na presente casuística, tem sido relatada na literatura especializada, já havendo consenso no tocante à relação direta e linear entre PA e idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Essa relação se dá, especialmente, devido ao processo de arteriosclerose, cujo enrijecimento das paredes arteriais levariam ao aumento da resistência vascular periférica, causando elevação natural dos níveis tensionais, sendo que isso reflete as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento (MCENIERY; WILKINSON; AVOLIO, 2007).

Além disso, a associação entre classe econômica e HAS demonstrada na presente pesquisa sustenta a conjectura de que os indivíduos de baixa classe econômica seriam mais vulneráveis ao desenvolvimento da doença (LENG et al.,

2015). Ademais, vale salientar que, embora a associação com o baixo nível de escolaridade tenha perdido significância estatística no modelo multivariado, o mesmo pode representar um fator de risco mais evidente que a renda, especificamente (LENG et al., 2015). Diante disso, ressalta-se a importância de um maior monitoramento e cuidado com esses grupos mais vulneráveis.

O grupo de fumantes e ex-fumantes também se mostrou associado à uma maior prevalência de hipertensão, assim como em outros estudos brasileiros de base populacional, como mostra o estudo de revisão de Passos et al. (2006). Trata-se de um resultado consistente com as evidências científicas em nível experimental que indicam que o tabagismo pode causar hipertensão, sobretudo devido à vasoconstricção causada pelas substâncias presentes no cigarro, e outras doenças cardiovasculares (TALUKDER et al., 2010). Estima-se que na década de 2000, 11% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo foram atribuídas ao tabagismo (EZZATI et al., 2005), sendo esse um importante fator de risco a ser trabalhado em programas e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Outro importante aspecto relacionado à hipertensão é a composição corporal, especialmente no que concerne à distribuição da adiposidade, estando claro que o aumento do tecido adiposo visceral está diretamente associado à uma maior incidência da doença (CHANDRA et al., 2014). Uma das limitações do presente estudo é a não avaliação da distribuição da gordura corporal por meio de métodos de maior acurácia, como a quantificação do tecido adiposo visceral ou subcutâneo por tomografia computadorizada (PINHO et al., 2017), por exemplo, o queria bastante difícil em estudos populacionais como este. Entretanto, pesquisas apontam que indicadores como IMC e CC são boas ferramentas a serem utilizadas em estudos populacionais e que acréscimos nessas medidas representam aumento do risco de desenvolver hipertensão (BOMBELLI et al., 2011; PINHO et al., 2017; SHIHAB et al., 2012).

Assim, a associação positiva entre excesso de peso, avaliado através do IMC, e a HAS no Sertão pernambucano chama atenção para a necessidade de uma maior e mais efetiva participação da educação alimentar e nutricional nas políticas e ações de promoção da saúde, bem como um maior estímulo à prática de atividade física. Estratégias dessa natureza teriam maior efetividade no processo de transição nutricional que afetou o país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003) e que culminou em um crescimento de 26,3% do excesso de peso entre 2006 e 2016, segundo inquérito

telefônico realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2017). Além disso, evidências sugerem que a perda de peso em indivíduos com excesso de peso é capaz de auxiliar na redução dos níveis tensionais (WING et al., 2011).

Ademais, a concomitância entre HAS, tolerância à glicose diminuída e/ou o diabetes mellitus reforça as evidências científicas que apontam a estreita ligação entre essas condições clínicas, as quais frequentemente se desenvolvem juntas e, muitas vezes, pelas mesmas vias metabólicas (CHEUNG; LI, 2012). Uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, 2003 e 2008 verificou, nesse período no Brasil, um crescimento de 1,7% para 2,8% do coeficiente de prevalência padronizado por sexo e faixa etária para o diabetes mellitus associado à hipertensão, especialmente no Nordeste e Centro-oeste do país (DE FREITAS; GARCIA, 2012). Tais informações apontam ainda mais para o grande problema que essas condições representam, especialmente em regiões como o Nordeste e mesorregiões como o Sertão.

A ausência de associação entre HAS e consumo de álcool, nível de atividade física sedentário ou pouco ativo e o uso de sal de adição nos alimentos se mostrou um resultado inesperado, considerando que esses são fatores de risco tradicionalmente descritos para a doença em questão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Tal paradoxo poderia ser atribuído ao efeito de causalidade reversa, o qual consiste na repercussão da doença sobre algumas mudanças comportamentais positivas por parte dos indivíduos, considerando que muitos deles já estavam cientes de sua condição de hipertenso no momento da coleta de dados.

A recomendação da SBC (2016) para o diagnóstico da HAS é a aferição da PA pelo menos uma vez em dias distintos, sendo que para que o diagnóstico seja confirmado, o resultado deve ser indicativo da condição em questão nesses dois momentos. No presente estudo houve aferição da PA em duplicata, mas não no mesmo dia, e isso pode configurar uma das principais limitações da presente casuística.

Além disso, o delineamento transversal, o qual não permite inferir causalidade, uma vez que as informações sobre exposição e desfecho são coletadas no mesmo momento, também configura uma importante limitação. Contudo, é importante destacar a contribuição relevante em termos de conhecimento sobre a realidade epidemiológica da doença em questão na população investigada. Segundo Vianna e Segall-Corrêa (2008), iniciativas como a do presente estudo se fazem importantes e

necessárias para obtenção de informações inéditas que podem ser utilizadas para comparações regionais, nacionais e internacionais, além de que, investigações desagregadas permitem conhecer melhor aspectos, peculiaridades e fatores de risco localizados que poderiam passar despercebidos em análises em unidades territoriais mais abrangentes, contribuindo, assim, para uma complementação na distribuição cartográfica da doença.

9 CONCLUSÃO

A prevalência de HAS se mostrou elevada e associada à fatores importantes como o avançar da idade, baixa classe econômica, tabagismo ativo, excesso de peso e tolerância à glicose diminuída e/ou diabetes mellitus. O contínuo monitoramento das DCNT, especialmente a hipertensão, diabetes mellitus e obesidade, investigando seus aspectos associados, é fundamental para o planejamento e contínua melhoria dos programas e ações de saúde pública de forma geral, bem como para o delineamento de estratégias específicas para a região estudada e para os subgrupos de maior vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

ABUBAKAR, I. I.; TILLMANN, T.; BANERJEE, A. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171, 2015.

ALVAREZ, Tatiana Souza. Impacto de um programa de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. 2007. AMER, Nadia Mohamed; MARCON, Sonia Silva; SANTANA, Rosangela Getirana.

Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n. 1, p. 47-53, 2011. ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

APPEL, Lawrence J. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. **New England Journal of Medicine**, v. 336, n. 16, p. 1117-1124, 1997. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Brasil. 2012. [acesso em out 2017]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; DE BARROS CARVALHO, Maria Dalva; PELLOSO, Sandra Marisa. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 27, 2009.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S181-S191, 2003.

BLOCH, Katia Vergetti; RODRIGUES, Claudia Soares; FISZMAN, Roberto. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial-uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 2, p. 134-43, 2006.

BOMBELLI, Michele et al. Impact of body mass index and waist circumference on the long-term risk of diabetes mellitus, hypertension, and cardiac organ damage. **Hypertension**, p. HYPERTENSIONAHA. 111.175125, 2011. BRASIL. Censo IBGE 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 2015.

BRASIL. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 1-66, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 2011.

_____. **Nova Delimitação do Semi-Árido Brasileiro**. Ministério da Integração Nacional, Brasília, 2005.

_____. Regiões Integradas de Desenvolvimento. Ministério da Integração Nacional. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/regioes_integradas_rides>. Acesso em: nov 2017.

_____. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. 2017. [acesso em maio 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>.

BROWN, Ian J. et al. Salt intakes around the world: implications for public health. **International journal of epidemiology**, v. 38, n. 3, p. 791-813, 2009. BUBACH, Susana; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo. Associação entre o controle da pressão arterial e o estado nutricional em hipertensos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 3, p. 415-419, 2011.

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, 2012.

CAVALARI, Eliana et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CHANDRA, Alvin et al. The relationship of body mass and fat distribution with incident hypertension: observations from the Dallas Heart Study. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 64, n. 10, p. 997-1002, 2014.

CHEUNG, Bernard MY; LI, Chao. Diabetes and hypertension: is there a common metabolic pathway?. **Current atherosclerosis reports**, v. 14, n. 2, p. 160-166, 2012.

CHRESTANI, Maria Aurora Dropa; DOS SANTOS, Iná da Silva; MATIJASEVICH, Alícia M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional Self-reported hypertension: validation in a representative cross-sectional survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2395-2406, 2009.

CIPULLO, José Paulo 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.

DE CASTRO SELEM, Soraya Sant'Ana et al. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013.

DE FORNÉS, Nélida Schmid et al. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 12-18, 2002.

DE SOUZA, Elton Bicalho. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 5, n. 13, p. 49-53, 2017.

DEMONER, Márcia Simonia; DE PAULA RAMOS, Edivan Rodrigo; RAMOS PEREIRA, Eliane. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2012.

DIAS, Orlene Veloso et al. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AUTORREFERIDA: ESTUDO POPULACIONAL. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

DO PLANO, Grupo Técnico de Monitoramento et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016.

EZZATI, Majid et al. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. **Circulation**, v. 112, n. 4, p. 489-497, 2005.

FALUDI, André Arpad et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose–2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, p. 1-76, 2017.

FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; GARCIA, Leila Posenato. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 07-19, 2012.

GALVÃO, Raphael Reis Silva; SOARES, Daniela Arruda. PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS: UMA REVISÃO NA LITERATURA BRASILEIRA. **Revista de APS**, v. 19, n. 1, 2016.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013.

IBRAHIM, M. Mohsen; DAMASCENO, Albertino. Hypertension in developing countries. **The Lancet**, v. 380, n. 9841, p. 611-619, 2012.

JAMES, Paul A. et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **Jama**, v. 311, n. 5, p. 507-520, 2014.

KEARNEY, Patricia M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **The Lancet**, v. 365, n. 9455, p. 217-223, 2005.

LAWES, Carlene MM et al. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. **The Lancet**, v. 371, n. 9623, p. 1513-1518, 2008.

LENG, Bing et al. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. **Journal of hypertension**, v. 33, n. 2, p. 221-229, 2015.

LIM, Stephen S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004.

LYRA, Ruy et al. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n. 6, p. 560-6, 2010.

MACHADO, Juliana Costa et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MANCIA, Giuseppe et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, v. 34, p. 2159-2219, 2013.

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

MARTE, Ana Paula; SANTOS, Raul Dias. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 4, p. 252-7, 2007.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão-Jequié/BA. **Saúde e Comunicação**, v. 2, n. 1, 2006.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, p. 05-18, 2001.

MCENIERY, Carmel M.; WILKINSON, Ian B.; AVOLIO, Albert P. Age, hypertension and arterial function. **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology**, v. 34, n. 7, p. 665-671, 2007.

MILECH, Adolfo et al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016). **São Paulo: AC Farmacêutica**, 2016.

MILLS, Katherine T. et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441-450, 2016.

MORAES, S. A. DE; HUMBERTO, J. S. M.; FREITAS, I. C. M. DE. Estado nutricional e fatores sociodemográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2006: projeto OBEDIARP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 662-676, 2011.

MOURA, Ionara Holanda de et al. Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. 2015.

NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 4, p. 502-9, 2010.

NOBRE, Fernando et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 46, n. 3, p. 256-272, 2013.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. 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, Marta et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of hypertension**, v. 27, n. 5, p. 963-975, 2009.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **The Journal of nutrition**, v. 134, n. 8, p. 1923-1928, 2004.

PERNAMBUCO. Base de Dados do Estado. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco. Recife, 2000. Disponível em:

<http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=798&Cod=1>. Acesso em: nov 2017.

PICON, Rafael V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American journal of hypertension**, v. 26, n. 4, p. 541-548, 2013.

_____. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLOS one**, v. 7, n. 10, p. e48255, 2012.

PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1389-1400, 2011.

PINHO, Cláudia Porto Sabino et al. Effects of weight loss on adipose visceral and subcutaneous tissue in overweight adults. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 4, p. 1252-1258, 2018.

_____. et al. Predictive models for estimating visceral fat: The contribution from anthropometric parameters. **PloS one**, v. 12, n. 7, p. e0178958, 2017.

RODRIGUES, Sérgio Lamêgo; BALDO, Marcelo Perim; MILL, José Geraldo. Associação entre a razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 186-191, 2010.

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

SANJULIANI, Antonio Felipe. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ**, v. 15, n. 4, 2002.

SARNO, Flávio 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, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SHIHAB, Hasan M. et al. Body mass index and risk of incident hypertension over the life course: the Johns Hopkins Precursors Study. **Circulation**, p. CIRCULATIONAHA. 112.117333, 2012.

SILVEIRA, Janaína da et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 107, n. 3, 2016.

SOUZA, C. S. et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2014.

TALUKDER, MA Hassan et al. Chronic cigarette smoking causes hypertension, increased oxidative stress, impaired NO bioavailability, endothelial dysfunction, and cardiac remodeling in mice. **American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology**, v. 300, n. 1, p. H388-H396, 2010.

VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo et al. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, 2008.

WHELTON, Paul K. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 19, p. e127-e248, 2018.

WING, Rena R. et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. **Diabetes care**, p. DC_102415, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series. n.894. Geneva, 2000.

..... A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. 2013.

..... Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013.

ZHOU, Bin et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19· 1 million participants. **Lancet (London, England)**, v. 389, n. 10064, p. 37, 2017.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO – 2015

DEPTº NUTRIÇÃO/ DEPTº MATERNO INFANTIL – UFPE/ IMIP/ SES

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq

FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO - FACEPE

IDENTIFICAÇÃO

1.	Nº do Questionário	
2.	Município _____	
3.	Setor Censitário	
4.	Situação:	<input type="checkbox"/> 1 Urbano <input type="checkbox"/> 2 Rural
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?	
	<input type="checkbox"/> 1 menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 3 mais de 5 anos	
(SE A RESPOSTA FOI “1” OU “2”, SABER A PROCEDÊNCIA):		
6.	Procedência	
	<input type="checkbox"/> 1 do mesmo município (área urbana) <input type="checkbox"/> 2 do mesmo município (área rural) <input type="checkbox"/> 3 de outro município (área urbana) <input type="checkbox"/> 4 de outro município (área rural) <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)	
Endereço <hr/>		
Ponto de referência <hr/>		
Telefone		
Nome do entrevistado <hr/>		

Data da entrevista	____ / ____ / 2015	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table>					2	0	1	5	
				2	0	1	5				
Entrevistador											
Supervisor de campo					Total de formulários F						

RECIFE / 2015

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

Nº de Ordem	QUESTI ONÁRI O	NOME	Condição na Família	Nº de Ordem da Mãe	Nº de Ordem do Pai	Sex o 1 - M 2 - F	Data de Nascimento			Idad e (em anos com pleto s)	Raç a/C or	Reli gião	Grau de Instru ção (>6 anos)	Cond iç ão de Trab alho
							Di a	M ês	An o					
(1)	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	(2)	xx	xx	x	xx	xx	xx	xx	(3)	(4)	(5)	(6)	
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
(1) 01 deve ser o chefe da família, mesmo que não seja o entrevis tado		(2) 1- Chefe 2- Cônjuge 3- Filho 4- Enteado 5- Outro Parente 6- Agregado		(3) 1- Branca 2- Negra 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena		(4) (para > de 15 anos) 1- Católica 2- Evangélica 3- Espírita 4- Testemunha de Jeová		(5) 1- Nunca frequentou/F1 Incompleto 2- F1 Completo/F2 Incompleto 3- F2 Completo/EM Incompleto 4- EM Completo 5- Superior Incompleto			(6) 01- Não Trabalha 02- Desempregado 03- Empregado com Carteira 04- Empregado sem Carteira 05- Autônomo (Urbano ou Rural Produtor) 06- Biscateiro/Ambulante/Esporádico			

	7- Emp. Doméstico		5- Umbanda, candomblé, etc 6-Outra 7- Sem religião	6- Superior Completo ou mais 7- Não Sabe 8- Menor de 6 anos	07- Aposentado/Pensionista/Benefício 08- Estudante Trabalhando 09- Estudante-Não trabalha 10- Não Sabe 11- < 6 anos
--	----------------------	--	--	--	--

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1	TOTAL DE PESSOAS:		<input type="text"/> / <input type="text"/>		NPES	<input type="text"/> / <input type="text"/>
2	TIPO DE MORADIA:		<input type="text"/> 1 Casa <input type="text"/> 2 Apartamento <input type="text"/> 3 Quarto/Cômodo	<input type="text"/> 4 Outr o:		
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:		<input type="text"/> 1 Própria, já paga <input type="text"/> 2 Própria, em aquisição <input type="text"/> 3 Cedida <input type="text"/> 4 Alugada	<input type="text"/> 5 Própria, doada pelo governo <input type="text"/> 6 Mora de favor/emprestada: <input type="text"/> 7 Invadid a <input type="text"/> 8 Outro		REGIME
4	PAREDES:		<input type="text"/> 1 Alvenaria/Tijolo <input type="text"/> 2 Taipa <input type="text"/> 3 Tijolo +Taipa	<input type="text"/> 4 Tijolo + Outros <input type="text"/> 5 Madeira/Lata/plástico/papelão <input type="text"/> 6 Outro		PAREDE
5	PISO:		<input type="text"/> 1 Cerâmica/ Lajota/Taco <input type="text"/> 2 Madeira <input type="text"/> 3 Cimento	<input type="text"/> 4 Terra (barro) <input type="text"/> 5 Cemento + Cerâmica <input type="text"/> 6 Outro :		PISO
6	COBERTURA:		<input type="text"/> 1 Laje de concreto <input type="text"/> 2 Telha de barro	<input type="text"/> 3 Telha de amianto (Tipo Brasilit) <input type="text"/> 4 Outro :		TETO
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:					

1	Com canalização interna	2	Com canalização até o quintal	3	Sem canalização	AGUA1	
7.1 FONTE DE ABASTECIMENTO							
1	Rede geral	5	Vizinho/parente	ÁGUA 2			
2	Poço /Nascente/Cacimba	6	Outro _____				
3	Chafariz						
4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento						
8 TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:							
1	Fervida	4	Sem tratamento	TRATA			
2	Filtrada	5	Mineral				
3	Coada	6	Outro: _____				
9 DESTINO DOS DEJETOS:							
1	Rede geral	6	Não Sabe	DEJETOS			
2	Fossa com tampa						
3	Fossa rudimentar (sem tampa)						
4	Cursos d'água						
5	Outro: _____						
10 DESTINO DO LIXO:							
1	Coletado	3	Queimado	5	Caçamba	LIXO	
2	Enterrado	4	Terreno baldio	6	Outro: _____		
11	CÓMODO S:	Tot al		Servindo de dormitório		CMDTOT AL	
Número de Lugares para dormir _____ (Cama/colchão de casal = 2 lugares)							
NCAMAS							

12	BANHEIRO: SE SIM, QUEM USA:							BANHEIRO												
	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> <td>1</td> <td>A família</td> <td>8</td> <td>NSA (Não tem banheiro)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> <td>2</td> <td>Coletivo</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	Sim	1	A família	8	NSA (Não tem banheiro)	2	Não	2	Coletivo								
1	Sim	1	A família	8	NSA (Não tem banheiro)															
2	Não	2	Coletivo																	
	12.1 QUANTOS BANHEIROS DE USO DA FAMÍLIA?		0	1	2	3	4	ou mais	BANHO											
13	ELETRICIDAD	1	Sim, registro individual	2	Sim, registro coletivo	3	Não tem	LUZ												
14	COMPUTADOR TELEFONE CELULAR TELEFONE FIXO MOTO ANTENA PARABÓLICA MÁQUINA DE LAVAR VÍDEO/ DVD GELADEIRA FREEZER FOGÃO À GÁS/ ELÉTRICO				1	Tem	2	Não tem	COMPUT											
15					1	Tem	2	Não tem	TELCEL											
16					1	Tem	2	Não tem	TELFIXO											
17					1	Tem	2	Não tem	MOTO											
18					1	Tem	2	Não tem	ANTENA											
19					1	Tem	2	Não tem	MAQLAV											
20					1	Tem	2	Não tem	VDVD											
21					1	Tem	2	Não tem	GELAD											
22					1	Tem	2	Não tem	FREEZ											
23					1	Tem	2	Não tem	FOGAO											
24	EMPREGADA MENSALISTA							QUANTIDADE												
25	CARRO							0 ou mais ou mais ou mais ou mais	EMPM											
26	RÁDIO/SOM								CARRO											
27	TELEVISÃO - CORES								RADIO											
28	RENDA FAMILIAR MENSAL: Recebimentos no mês anterior ao da Pesquisa								TVCOR											

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA

BLOCO A – SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

<p>1. QUAL A SUA OCUPAÇÃO ATUAL?</p> <p style="text-align: right;">(especificar)</p>	OCUP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<p>2. O (A) SR.(A) TEM ALGUMA ATIVIDADE DE TRABALHO EM QUE FICA EM CONTATO OU RESPIRA FUMAÇAS OU FUMOS OU POEIRA, INCLUINDO FUMAÇA DE CIGARROS E ATÉ DE SEU PRÓPRIO CIGARRO, SE FOR O CASO?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não (3) Não trabalha </p>							
<p>3. COM QUE TIPO DE FUMAÇAS/ FUMOS/ POEIRA, O(A) SR.(A) TEM CONTATO?</p> <p><i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i></p>							
<p>1. Fumaça de cigarro</p> <p>2. Fumaças metálicas (ex: trabalho/queima de soldagem)</p> <p>3. Outras fumaças</p> <p>4. Poeira (não considerar poeira domiciliar)</p> <p>5. Poluição de automóveis</p>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 8	<p>NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</p>	TIPOF <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 8		TIPOFM <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 8		TIPOFO <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 8		TIPOEIRA <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 8		TIPOAUTO <input type="text"/>

BLOCO B – EXPOSIÇÃO SOLAR

<p>4. O(A) SR.(A) FICA EXPOSTO AO SOL, <u>POR PELO MENOS 30 MINUTOS</u>, PELAS SEGUINTE ATIVIDADES?</p> <p><i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i></p> <p>a. Lazer / Atividade Física</p> <p>b. Trabalho</p> <p>c. Locomoção</p> <p>d. Atividades do lar (jardinagem, lavagem de carro, de roupa, etc)</p>	LAZERSOL <input type="text"/> TRABSOL <input type="text"/> LOCOSOL <input type="text"/> LARSOL <input type="text"/>
---	--

5. QUANDO O(A) SR.(A) ESTÁ EXPOSTO AO SOL, POR M AIS DE 30 MINUTOS, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) USA PROTETOR SOLAR?

1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca
2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)

PROTETOR

--

6. QUANDO O(A) SR.(A) ESTÁ EXPOSTO AO SOL, POR M AIS DE 30 MINUTOS, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) USA CHAPÉU COM ABAS, BONÉ OU VISEIRA?

1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca
2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)

CHAPEU

--

BLOCO C – ATIVIDADE FÍSICA

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

 Dia(s) na semana

 0 Nenhum (Passe para a questão 9 e assinale **888** na questão 8)

CAMILHA

8. NOS DIAS EM QUE O (a) SR. (a) CAMINHA, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, QUANTO TEMPO NO TOTAL O (a) SR.(a) GASTA CAMINHANDO?

 Hora
s

 Minutos

 8 | 8 | 8

Não caminha

HORACAM

Para responder as perguntas, de 9 a 18, pense que:

ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de **ALGUM** esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) **respirar UM POUCO** mais forte do que o normal e o **coração bater UM POUCO** mais rápido.

ALGUNS EXEMPLOS DE ATIVIDADES MODERADAS SÃO: PEDALAR LEVE NA BICICLETA, NADAR, DANÇAR, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA LEVE, JOGAR VÓLEI RECREATIVO, CARREGAR PESOS LEVES, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS NA CASA OU NO QUINTAL, COMO VARRER, ASPIRAR, CUIDAR DO JARDIM OU TRABALHOS COMO SOLDAR, OPERAR MÁQUINAS, EMPILHAR CAIXAS ETC.

9. O(A) SR.(a) FAZ ATIVIDADES MODERADAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, NO TRABALHO, POR DIVERTIMENTO, POR ESPORTE, COMO FORMA DE EXERCÍCIO, COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES DENTRO DE CASA, NO QUINTAL OU QUALQUER OUTRA ATIVIDADE QUE AUMENTE MODERADAMENTE A SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO?

 1 Sim

 2 Não (Passe para a questão 12 e assinale **8** na questão 10 e **888** na questão 11)

ATIVMODE

10. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM, O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES MODERADAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?

 Dias na semana

 0 Nenhum

 8 NSA (Não faz atividade moderada)

DIASMODE

11. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) FAZ ESSAS ATIVIDADES MODERADAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, QUANTO TEMPO AO TODO O (A) SR. (A) GASTA FAZENDO ESSAS ATIVIDADES?

 Hora
s

 Minutos

 8 | 8 | 8

NSA (Não faz atividade moderada)

HORAMODE

ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um **GRANDE** esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) **respirar MUITO mais forte** do que o normal e o **coração bater MUITO mais rápido**.

ALGUNS EXEMPLOS DE ATIVIDADE VIGOROSA SÃO: CORRER, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA, JOGAR FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO NA BICICLETA, JOGAR BASQUETE, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS PESADOS NA CASA, NO QUINTAL, CARREGAR GRANDES PESOS OU TRABALHOS COMO USAR ENXADA, BRITADEIRA, MARRETA, MACHADO, FOICE, SERROTE, PICARETA, ALAVANCA, ETC.

12. O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES VIGOROSAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, NO TRABALHO, POR DIVERTIMENTO, POR ESPORTE, COMO FORMA DE EXERCÍCIO, COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES DENTRO DE CASA, NO QUINTAL OU QUALQUER OUTRA ATIVIDADE QUE AUMENTE **MUITO SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO?**

1 Sim 2 Não (Passe para a questão 15 e assinale **8** e na questão 13 e

ATIVIGOR

--

13. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM, O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES VIGOROSAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS?

--

Dia(s) na semana

--

0 Nenhum

--

8 NSA (Não faz atividade vigorosa)

DIASVIGOR

--

14. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) FAZ ATIVIDADES VIGOROSAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, QUANTO TEMPO AO TODO O (A) SR. (A) GASTA FAZENDO ESSAS ATIVIDADES?

--

Horas

--	--

Minutos

8	8	8
---	---	---

NSA (Não faz atividade vigorosa)

HORAVIGOR

--	--	--

- ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES – 15 E 16 – SÃO SOBRE O TEMPO QUE O SR(A) FICA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA.

- ISTO INCLUI O TEMPO DE ESTUDO, TRABALHO, DESCANSO, FAZENDO LIÇÃO DE CASA, VISITANDO UM AMIGO, DE LEITURA, TELEVISÃO, COMPUTADOR, VIDEO GAME.

- NÃO INCLUI O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO (e comendo?)

15. EM MÉDIA, QUANTO TEMPO O SR.(A) GASTA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA DE SEMANA?

--

Horas

--	--

Minutos

MISENTD

--	--	--

16. EM MÉDIA, QUANTO TEMPO O SR.(A) GASTA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA DE FINAL DE SEMANA?

	<input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos	MISENTFD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
17. TEM ACADEMIA DA CIDADE (OU DA SAÚDE) PRÓXIMO À SUA CASA? (1)		ACADEMIA <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
18. ACHA IMPORTANTE TER? (1) Sim (2) Não		ACADIMP <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
19. COM QUE FREQUÊNCIA O SR(A) E/OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA FREQUENTA A ACADEMIA DA CIDADE (OU DA SAÚDE)?						
<input type="checkbox"/> 1	Uma vez na semana	<input type="checkbox"/> 2	Duas vezes na semana	<input type="checkbox"/> 3	Três ou mais vezes na semana	FREQADEM <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8	Não frequenta/ não tem academia)	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/ não lembra			

BLOCO D – SAÚDE BUCAL

20. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ FOI AO(À) DENTISTA?			DENTIULT <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> 1	Menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> 4	Mais de 2 anos			
<input type="checkbox"/> 2	6 meses a < 1 ano	<input type="checkbox"/> 8	Nunca foi ao dentista			
<input type="checkbox"/> 3	1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/ não lembra			
20.a. O(A) SR.(a) USA PRÓTESE>						
<input type="checkbox"/> 1	Sim, total	<input type="checkbox"/> 2	Sem, parcial	<input type="checkbox"/> 3	Não	USAPRO <input type="text"/>
21. VOCÊ ESCOVA OS DENTES ANTES DE DORMIR?						
<input type="checkbox"/> 1	Sim, todos os dias	<input type="checkbox"/> 2	Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> 3	Não	ESCOVAD <input type="text"/>

BLOCO E – HÁBITOS ALIMENTARES

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS HÁBITOS ALIMENTARES. PARA RESPONDER, POR FAVOR, PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO. LEMBRE-SE DE TODAS AS REFEIÇÕES - CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR E LANCHES, QUE O (A) SR.(A) FAZ EM CASA OU FORA DE CASA.

22. O(A) SR.(A) COSTUMA COLOCAR SAL NO PRATO DE COMIDA?

Entrevistador: Leia as alternativas e assinale apenas uma resposta

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Nunca coloco sal no prato de | <input type="checkbox"/> 3 | Coloco quase sempre mesmo sem |
| <input type="checkbox"/> 2 | Provo e coloco se estiver sem sal | | |

SALPRATO

23. COM QUE FREQUÊNCIA, O (A) SR (A) COSTUMA LER NOS RÓTULOS DOS

Prazo de validade:

- | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sempre | <input type="checkbox"/> 2 | Às | <input type="checkbox"/> 3 | Raramente | <input type="checkbox"/> 4 | Nunca |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|

PRAZOVALID

Os ingredientes:

- | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sempre | <input type="checkbox"/> 2 | Às | <input type="checkbox"/> 3 | Raramente | <input type="checkbox"/> 4 | Nunca |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|

INGREDIENT

O valor nutricional:

- | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sempre | <input type="checkbox"/> 2 | Às | <input type="checkbox"/> 3 | Raramente | <input type="checkbox"/> 4 | Nunca |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|

VALORNUTRI

O modo de conservação:

- | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sempre | <input type="checkbox"/> 2 | Às | <input type="checkbox"/> 3 | Raramente | <input type="checkbox"/> 4 | Nunca |
|----------------------------|--------|----------------------------|----|----------------------------|-----------|----------------------------|-------|

CONSERVA

24. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO **ALMOÇO POR SANDUÍCHES, SALGADOS, PIZZA OU OUTROS**

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | 1 a 2 dias na semana | <input type="checkbox"/> 2 | 3 a 4 dias / semana | <input type="checkbox"/> 3 | 5 a 6 dias na semana |
| <input type="checkbox"/> 4 | Todos os dias (inc. sábado | <input type="checkbox"/> 5 | Quase nunca | <input type="checkbox"/> 6 | Nunca |

TROCALM

25. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO **JANTAR POR SANDUÍCHES, salgados, pizza ou outros lanches?**

- | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------|----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | 1 a 2 dias na semana | <input type="checkbox"/> 2 | 3 a 4 dias / | <input type="checkbox"/> 3 | 5 a 6 dias na semana |
| <input type="checkbox"/> 4 | Todos os dias (inc. sábado e | <input type="checkbox"/> 5 | ~~~~~ | <input type="checkbox"/> 6 | Nunca |
| domingo) | | | | | |

TROCAJAN

BLOCO F – TABAGISMO

26. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?

- | | | | | | |
|----------------------------|-----|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sim | <input type="checkbox"/> 2 | Não (passe para a questão 31) | <input type="checkbox"/> 3 | Ex-fumante (passe para a questão 29) |
|----------------------------|-----|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|

FUMAHOJE

27. A PARTIR DE QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR HABITUALMENTE?

- | | | | | |
|------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| _____ Anos | <input type="checkbox"/> 88 | NSA (nunca fumou) | <input type="checkbox"/> 99 | Ex-fumante (passe para a questão 33) |
|------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|

FUMAHOJE

28. EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA:											
<i>Entrevistador: Preencher com a quantidade referida pelo (a) entrevistado (a); se a resposta for “maço”, converter para quantidade de cigarros: 1 maço = 20 cigarros</i>											
<i>Colocar a resposta referente ao hábito do entrevistado, se este fuma diariamente, colocar o número de cigarros por dia, se são alguns por semana, colocar o número de cigarros por semana, e se são alguns por mês, colocar o número de cigarros por mês,</i>											
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	Cigarros por dia	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 8	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 8	(Ex ou não fuma)	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 9	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 9	Não sabe/Variável				
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	Cigarros por semana										
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	Cigarros por mês										
29. DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU?											
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	anos	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	meses	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 0	Ainda fuma	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 8	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 10px; text-align: center;" type="text"/> 8	NSA (Nunca fumou)
30. O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR PORQUE TINHA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI CAUSADO OU QUE PIOROU POR CAUSA DO CIGARRO? <i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i>											
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Ainda fuma	<input type="checkbox"/>	NSA (Nunca fumou)				
31. O(A) SR.(A) FICA EM CONTATO COM A FUMAÇA DO CIGARRO DE OUTRAS PESSOAS EM SUA CASA, TRABALHO OU ESCOLA?											
CASA	<input type="checkbox"/>	1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não					
TRABALHO	<input type="checkbox"/>	1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não					
ESCOLA	<input type="checkbox"/>	1	Sim	<input type="checkbox"/>	2	Não					

BLOCO G – ÁLCOOL

<p>32. O SR(A) COSTUMA CONSUMIR BEBIDA ALCOOLICA?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Parou de beber <input type="checkbox"/> 8 Não quis informar <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 4 Nunca bebeu </p>	<p>SEBEBE</p>
<p>33. DURANTE OS <u>ÚLTIMOS 30 DIAS</u>, EM QUANTOS DIAS, POR SEMANA OU POR MÊS,</p> <p>APROXIMADAMENTE, O(A) SR.(A) CONSUMIU BEBIDAS ALCOÓLICAS?</p> <p> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dias por semana <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Dias por mês <input type="checkbox"/> 0 / <input type="checkbox"/> 0 (não consumiu bebida) </p>	<p>BEBESEM</p> <p>BEBEMES</p>
<p>(se NÃO BEBEU nos últimos 30 dias ou não quis informar, passar para a questão 37.</p>	
<p>Nesta entrevista, consideramos como dose de bebida alcoólica: uma lata de cerveja, uma taça de vinho, um drinque ou coquetel ou uma dose de cachaça ou uísque (LEIA ESSE TEXTO). Sendo assim:</p>	
<p>34. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) BEBEU, QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, O (A) SR. (A) INGERIU POR DIA?</p> <p> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Doses por dia <input type="checkbox"/> 9 / <input type="checkbox"/> 9 Não sabe </p>	<p>DOSEDIA</p>
<p>35. (só para homens) Nos últimos 30 dias, o SR chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</p>	
<p> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (mulher) </p>	<p>VEZ30H5</p>

35a. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

<input type="text"/> <input type="text"/>	Dias	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	Nenhum	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	(mulher)
---	------	------------------------	------------------------	--------	------------------------	------------------------	----------

DIASH5

<input type="text"/> <input type="text"/>

36. (só para mulheres) Nos últimos 30 dias, a **SRA** chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	<input type="text"/> 8	(homem)
------------------------	-----	------------------------	-----	------------------------	---------

VEZ30M4

<input type="text"/> <input type="text"/>

36a. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dias	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	Nenhum	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	(homem)
--	------	------------------------	------------------------	--------	------------------------	------------------------	---------

DIASM4

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--

BLOCO H – SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA

37. DE UM MODO GERAL, EM COMPARAÇÃO COM PESSOAS DA SUA IDADE, COMO O(A) SR.(A) CONSIDERA O SEU PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE?

Entrevistador: leia as alternativas.

<input type="text"/> 1	Excelente	<input type="text"/> 2	Muito Bom	<input type="text"/> 3	Bom
<input type="text"/> 4	Regular	<input type="text"/> 5	Ruim		

ESTSAU

<input type="text"/>

38. ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM OU TEVE ALGUMAS DAS SEGUINTE DOENÇAS?

Entrevistador: leia as alternativas.

1. Doença da coluna ou costas
2. Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/Gota
3. Tendinite/LER (Lesão de esforço repetitivo)
4. Ataque do coração/Infarto
5. Angina ou doença das coronárias
6. Insuficiência cardíaca/Coração grande
7. Derrame
8. Hipertensão Arterial
9. Outras queixas cardíacas (arritmia, sopro)

<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	COLUNA
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	ARTRITE
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	TENDINITE
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	INFARTO
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	ANGINA
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	INSUFCAR
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	DERRAME
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	HÁ
<input type="text"/> 1	Sim	<input type="text"/> 2	Não	QUEIXCARD

10. Depressão	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DEPRE	<input type="checkbox"/>
11. Enfisema	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ENFISEMA	<input type="checkbox"/>
12. Bronquite crônica	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	BRONQUITE	<input type="checkbox"/>
13. Asma	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ASMA	<input type="checkbox"/>
14. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	RENAL	<input type="checkbox"/>
15. Cirrose do fígado	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	CIRROSE	<input type="checkbox"/>
16. Hepatite	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	HEPATITE	<input type="checkbox"/>
17. Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TUBERC	<input type="checkbox"/>
18. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	PROSTATA	<input type="checkbox"/>
19. Hanseníase	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	HANS	<input type="checkbox"/>
20. AIDS	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	AIDS	<input type="checkbox"/>
21. Outra (especifique) _____	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	OUT	<input type="checkbox"/>

BLOCO I – PRESSÃO ARTERIAL

39. ALGUM MÉDICO OU ENFERMEIRA OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ MEDIU SUA PRESSÃO?

1 Sim

2 Não

Não sabe/ não lembra

MEDIUPRESSA
O

(Se Não ou NS/NL, passe para a questão 49 – BLOCO J)

40. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE MEDIU A SUA PRESSÃO?

Entrevistador: leia somente se necessário

1 Há até 6 meses

3 Há mais de 1 ano até 2 anos

5 Há + de 5 anos

2 Há + de 6 meses até 1 ano

4 Há + de 2 anos até 5 anos

9 Não sabe/lembra

ULTMEDPA

41. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA?

1 Sim

2 Não

Não sabe/lembra

TEMHAS

(Se NÃO ou NS/N, passar para a questão 49 – BLOCO J)

42. EM QUANTAS CONSULTAS OU VISITAS AO/DO MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, O (A) SR. (A) FOI COMUNICADO(A) QUE SUA PRESSÃO ESTAVA ALTA?

Entrevistador: leia as alternativas.

1
2

Uma consulta/visita
Duas consultas/visitas

3
8

Três ou mais

NS

9

Não sabe/lembra

CONSUHAS

--

(Se responde 1, passe para a questão 49 – BLOCO J)

43. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE DISSE QUE O(A) SR.(A) DEVERIA:

Mudar alimentação (diminuir o sal)

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

MENORSAL

--

Fazer atividade física

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

FAZERAF

--

Usar medicação

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

RECREMED

--

44. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO

Orientação alimentar

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

SEGUESAL

--

Fazer atividade física

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

SEGUEAF

--

Usar medicação

1
1
1

Sim

2
2
2

Nã

8
8
8

NSA (Não tem PA)

SEGUEMED

--

45. COMO NORMALMENTE O (A) SR(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

1
2
3

Unidade de saúde do SUS
Farmácia popular (Programa
Farmácia convencional

8
9

Não tem pressão alta

Não Sabe/ Não quis

CONSRPA

--

46. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVICO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA

Entrevistador: Leia as alternativas. (NSA): Não usa ou está tomando e medicação)

1. Para de tomar o remédio

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

PARAREM

--

2. Compra, mesmo com dificuldades

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

COMPRA

--

3. Pede a amigos/parentes que

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

PEDEAMIGO

--

4. Pede ao médico para mudar a

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

MUDARECEITA

--

5. Nunca falta

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

NAOFALTA

--

6. Outros

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA

OUTROREM

--

47. PORQUE NÃO ESTÁ TOMANDO O REMÉDIO PRESCRITO PARA CONTROLE DA PRESSÃO?

Ent: Não leia as alternativas (Pode ter mais de uma resposta) (NSA): Não usa ou está tomando e medicação)

1. Médico não renovou receita

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDNREN

--

2. Médico mandou parar

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDPARAR

--

3. Ficou curado

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDCURAR

--

4. Acabou o remédio

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDCABO

--

5. É muito caro

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDCARO

--

6. Remédio fez mal

1
1
1
1
1
1

Sim

2
2
2
2
2
2

Não

8
8
8
8
8
8

NSA /está

MEDMAL

--

6. Outro (_____)	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA /está	OUTROMED	<input type="checkbox"/>
48. O (A) SR. (A) FREQUENTA ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? (PROGRAMA HIPERDIA) PARA ACOMPANHAMENTO DA PRESSÃO?					
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem pressão alta)	INSCRHAS	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		

BLOCO J – COLESTEROL/TRIGLICERIDES

49. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) FEZ EXAME DE SANGUE PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/lembra	EXAMECOL	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	--	----------	--------------------------

Se Não ou não sabe/lembra, passe para a questão 51)

50. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) SR. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

Entrevistador: leia as alternativas

<input type="checkbox"/> 1 = ou - de 6 meses	<input type="checkbox"/> 2 + de 6 meses até 1 ano	<input type="checkbox"/> 3 + de 1 ano até 2 anos		
<input type="checkbox"/> 4 + de 2 anos até 5 anos	<input type="checkbox"/> 5 + de 5 anos		<input type="checkbox"/> 9 NS/NL	ULTCOL

51. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU NUTRICIONISTA JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO?

COLESTEROL	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não fez exame	<input type="checkbox"/> 9 NS/NL	ALTOCOL	<input type="checkbox"/>
TRIGLICERÍDEO	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não fez exame	<input type="checkbox"/> 9 NS/NL	ALTOGLI	<input type="checkbox"/>

(se Não ou não sabe/não lembra, passar para a questão 60 – BLOCO K)

52. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM O COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU:

Mudanças na alimentação	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem col./trig. alto)	ALCOLTRI	<input type="checkbox"/>
Atividade física	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem col./trig. alto)	AFCOLTRI	<input type="checkbox"/>
Remédio para colesterol	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem col alto)	REMCOL	<input type="checkbox"/>
Remédio para triglicerídeo	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem trig alto)	REMTRIG	<input type="checkbox"/>

53. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional		
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem alteração/sem orientação)	ALIORIENQ	

54. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional		
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem alteração/sem orientação)	AFORIENQ	

55. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?*Entrevistador: Leia as alternativas.*

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	MUALICOL	
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	AFCOLES	
Remédio para colesterol	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMCOL	
Remédio para triglicerídeo	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMTRIG	

56. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O COLESTEROL?

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro		
2	Farmácia popular (Programa Governo) Federal	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)		
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder	CONSRCOL	

57. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O TRIGLICERÍDEO?

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro		
2	Farmácia popular (Programa Governo) Federal	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)		
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder	CONSRTRI	

58. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC., O(A) SR.(A):*Entrevistador: Leia as alternativas.*

1. Pára de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PARAREMCT	
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	COMPRACT	
3. Pede a amigos/parentes que comprem	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PEDEAMICT	
4. Pede ao médico para mudar a receita	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	MUDARECT	
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	NAOFALTACT	

6. Outros	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não usa)	OUTROREMCT	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------------	--------------------------------	--	------------	--------------------------

59. SE O SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO O(S) REMÉDIO PRESCRITOS PARA O CONTROLE DO COLESTEROL/TRICLICERÍDEO ATUALMENTE, POR QUE O(A) SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO?

Entrevistador: Leia as alternativas, pode ter mais de uma resposta.

1. Médico não renovou receita	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	MEDNRECC	<input type="checkbox"/>
2. Médico mandou parar	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	MEDPARARC	<input type="checkbox"/>
3. Porque ficou curado	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	CURAC	<input type="checkbox"/>
4. Acabou o remédio	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	ACABAREMC	<input type="checkbox"/>
5. É muito caro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	CAROC	<input type="checkbox"/>
6. Remédio fez mal	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	REMEDMALC	<input type="checkbox"/>
7. Outro (especifique):	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não prescrito/toma)	OUTROC	<input type="checkbox"/>

BLOCO K – DIABETES

60. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) FEZ EXAME PARA MEDIR O AÇÚCAR NO SANGUE (GLICEMIA) OUDIAGNOSTICAR DIABETES?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra	EXAMEDIAB	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

(Se Não ou NS/NL, passe para a questão 62)

61. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) SR. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU DIABETES?

Entrevistador: leia as alternativas

<input type="checkbox"/> 1	= ou - de 6 meses	<input type="checkbox"/> 2	+ de 6 meses até 1 ano	<input type="checkbox"/> 3	+ de 1 ano até 2 anos	ULTDIAB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	+ de 2 anos até 5 anos	<input type="checkbox"/> 5	+ de 5 anos	<input type="checkbox"/> 9	NS/NL		

62. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame/Não sabe/Não lembra	TEMEDIAB	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------------------------	----------	--------------------------

(Se NÃO ou NS/NL, passar para a questão 72 - BLOCO L)

63. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES (A), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU?

Mudanças na alimentação	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DIEDIAB	<input type="checkbox"/>
Atividade física	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	AFDIAB	<input type="checkbox"/>
Remédio/Insulina	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	INSUDIAB	<input type="checkbox"/>

64. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

<input type="checkbox"/> 1	Educador físico	<input type="checkbox"/> 3	Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 5	Nutricionista. e outro profissional	ORALIDIAB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Médico	<input type="checkbox"/> 4	Outro profissional	<input type="checkbox"/> 8	Não teve orientação		

65. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

<input type="checkbox"/> 1	Educador físico	<input type="checkbox"/> 3	Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 5	Nutricionista. e outro profissional	ORAFDIAB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Médico	<input type="checkbox"/> 4	Outro profissional	<input type="checkbox"/> 8	Não teve orientação		

66. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?

Entrevistador: leia as alternativas.

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação	SEGALIDIA	<input type="checkbox"/>
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação	SEGAFDIA	<input type="checkbox"/>
Remédio / Insulina	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação	SEGREDIA	<input type="checkbox"/>

67. POR QUE NÃO ESTÁ SEGUINDO AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1. Os alimentos da dieta são caros	1	Sim	2	Não	8	(segue/não tem orient.)	ALIDIACAR	<input type="checkbox"/>
2. Não gosta de adoçante	1	Sim	2	Não	8	(segue/não tem orient.)	ADOCRUIM	<input type="checkbox"/>
3. Sente muita fome	1	Sim	2	Não	8	(segue/não tem orient.)	DIABFOME	<input type="checkbox"/>
4. A comida não é saborosa	1	Sim	2	Não	8	(segue/não tem orient.)	ALDIARUIM	<input type="checkbox"/>
5. Outro (especifique):	1	Sim	2	Não	8	(segue/não tem orient.)	DIEDIAOUT	<input type="checkbox"/>

68. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A DIABETES?

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro	<input type="checkbox"/>
2	Farmácia popular (Programa Governo) Federal	8	Não prescrito/Não toma	<input type="checkbox"/>
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder	CMEDDIAB

69. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC., O(A) SR.(A):

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. Pára de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PAREDIAB	<input type="checkbox"/>
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	COMPRDI	<input type="checkbox"/>
3. Pede a amigos/parentes que comprem	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PEDREDI	<input type="checkbox"/>
4. Pede ao médico para mudar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PEDREMU	<input type="checkbox"/>
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	REMDIANF	<input type="checkbox"/>
6. Outros	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	REMDIAOU	<input type="checkbox"/>

70. SE O SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO O(S) REMÉDIO PRESCRITOS PARA O CONTROLE DO DIABETES ATUALMENTE, POR QUE O(A) SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO?

Entrevistador: Leia as alternativas, pode ter mais de uma resposta.

1. Médico não renovou receita	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	MNRRDIA	<input type="checkbox"/>
2. Médico mandou parar	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	MMPRDIA	<input type="checkbox"/>
3. Porque ficou curado	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	CURADIA	<input type="checkbox"/>
4. Acabou o remédio	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	ACREDIA	<input type="checkbox"/>
5. É muito caro	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	CARREDIA	<input type="checkbox"/>
6. Remédio fez mal	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	MALREDIA	<input type="checkbox"/>
7. Outro (especifique):	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	OUTREDIA	<input type="checkbox"/>

71. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DA DIABETES EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? (PROGRAMA HIPERDIA)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	HIPERDIAB	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	----------	------------------	--------------------------

BLOCO L – EXCESSO DE PESO

72. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) TEVE SEU PESO E ALTURA VERIFICADOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	FOIPESO	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	----------------	--------------------------

Se Não ou NS/NL, passe para a questão 74)

73. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) SR. (A) TEVE SEU PESO E ALTURA VERIFICADOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE?

Entrevistador: leia as alternativas

<input type="checkbox"/> 1	= ou - de 6 meses	<input type="checkbox"/> 2	+ de 6 meses até 1 ano	<input type="checkbox"/> 3	+ de 1 ano até 2 anos		
<input type="checkbox"/> 4	+ de 2 anos até 5 anos	<input type="checkbox"/> 5	+ de 5 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	QUANPESO	<input type="checkbox"/>

74. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Não sabe/não lembra	TEMPESO	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	---------------------	----------------	--------------------------

(Se Não ou Não sabe lembra, passar para a questão 81 – BLOCO M)

75. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU?

Mudanças na alimentação	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra	ALIPESO	<input type="checkbox"/>
Atividade física	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra	AFPESO	<input type="checkbox"/>
Uso de Medicação	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra	REMPESO	<input type="checkbox"/>

76. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

<input type="checkbox"/> 1	Educador físico	<input type="checkbox"/> 3	Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 5	Nutricionista. e outro profissional	ORIALPESO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Médico	<input type="checkbox"/> 4	Outro profissional	<input type="checkbox"/> 8	Sem orientação		

77. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

<input type="checkbox"/> 1	Educador físico	<input type="checkbox"/> 3	Enfermeiro	<input type="checkbox"/> 5	Nutricionista e outro profissional	ORIAFPESO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Médico	<input type="checkbox"/> 4	Outro profissional	<input type="checkbox"/> 8	Sem orientação		

78. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?

Entrevistador: leia as alternativas.

Mudanças na alimentação	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Sem orientação	SEGALIPES	<input type="checkbox"/>
Atividade física	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Sem orientação	SEGAFPES	<input type="checkbox"/>
Uso de medicação	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	Sem orientação	SEPREPES	<input type="checkbox"/>

79. POR QUE NÃO ESTÁ SEGUINDO AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1. Os alimentos da dieta são caros	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	NSA/Sem orientação	ALCAPESO	<input type="checkbox"/>
2. Não gosta de adoçante	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	NSA/Sem orientação	ADOCPESO	<input type="checkbox"/>
3. Sente muita fome	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	NSA/Sem orientação	FOMEPES	<input type="checkbox"/>
4. A comida não é saborosa	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	NSA/Sem orientação	SABOPES	<input type="checkbox"/>
5. Outro (especifique):	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	NSA/Sem orientação	NOUTPES	<input type="checkbox"/>

80. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DO EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe, não lembra	INSSEPES	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	----------------------	-----------------	--------------------------

BLOCO L – CÂNCER

81. ALGUM MÉDICO JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM OU JÁ TEVE CÂNCER?

1 Sim

2 Não

9 Não sabe/não lembra

TEVECAN

Se Não ou NS/NL, passe para a questão 85

82. QUAL ERA A LOCALIZAÇÃO DESTE CÂNCER NA ÉPOCA DO DIAGNÓSTICO?

<input type="checkbox"/> 1	Mama	<input type="checkbox"/> 5	Tireóide
<input type="checkbox"/> 2	Útero	<input type="checkbox"/> 6	Esôfago, Estomago, Intestino
<input type="checkbox"/> 3	Ovário	<input type="checkbox"/> 7	Pâncreas, Fígado
<input type="checkbox"/> 4	Próstata	<input type="checkbox"/> 8	Leucemia

<input type="checkbox"/> 9	Pele
<input type="checkbox"/> 10	Cabeça/pescoço
<input type="checkbox"/> 11	Outro

CANCER1

CANCER2

83. QUAL É / ERA A SUA IDADE QUANDO DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM/TINHA (ESTE) CÂNCER?

1 Anos

8 Não tem/teve

CANIDAD

84. O(A) SR.(A) FEZ/ FAZ TRATAMENTO PARA ESTE CÂNCER?

1 Sim

2 Não

9 Não tem/teve

TRATCAN

85. ALGUM PARENTE TÊM OU JÁ TEVE CÂNCER?

1. Pai
2. Mãe
3. Avô materno
4. Avó materna
5. Avô paterno
6. Avó paterna
7. Tio (a)
8. Irmão/irmã
9. Outros:

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAPAI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAMAE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAVOM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAVAM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAVOP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAVAP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CATIAO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAIRMO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	CAOUTRO	<input type="checkbox"/>

BLOCO N – CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA E USO DE HORMÔNIOS**(Apenas para mulheres com 50 anos ou mais. Mulheres < passar para a questão 105)****86- COM QUE IDADE MENSTRUOU PELA 1º VEZ?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Anos

99

Não sabe/não lembra

IDMENRC

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

87- A SR^a JÁ ESTEVE GRÁVIDA?

1

Sim

2

Não

ESTGRV

<input type="text"/>

*(SE A RESPOSTA FOR NÃO PASSAR PARA A QUESTÃO 90)***88- COM QUE IDADE ENGRAVIDOU A PRIMEIRA VEZ?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

anos

8

8
8

Não sabe/não lembra

IDADGRV

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

89- QUANTAS VEZES ENGRAVIDOU?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

VEZES (CONTAR COM A GRAVIDEZ ATUAL)

XGRAVI
D

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gravidez atual

Abortos (< 28 semanas de gestação)

Nascidos mortos (≥ 28 semanas de gestação)

Nascidos vivos

Mortos após o nascimento

Vivos atualmente

Nascidos de parto normal

Nascidos de parto cesáreo

GRAV	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ABORTOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NASCIMORTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NASCVIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MORTAPOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIVOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PNORMAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PCESAREO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

90- A SRA., ALGUMA VEZ, FEZ EXAME PREVENTIVO? (para prevenção de câncer de colo)

1 Sim

2 Não

3 Não sabe

PREVENT

Se NÂO ou Não sabe, passar para a questão 93

91- QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO?

Entrevistador: Leia se necessário.

1 Nos últimos 12 meses
 2 Entre 1 e 2 anos

3 Mais de 2 anos

8 Não teve relações
 9 Não sabe/lembra

QUANPREV

92- NA ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO, A SRA. USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

1 Sim

2 Não

3 Não sabe/não lembra

PREVSUS

93- ALGUMA VEZ FEZ EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA?

1 Sim

2 Não

9 Não sabe/lembra

CAMAMA

Se NÂO (2) ou Não sabe/lembra, passar para a questão 102.

94- SE FEZ EXAME DE PREVENÇÃO CÂNCER DE MAMA, QUAIS O(S) MÉTODO(S) UTILIZADO? (LEIA AS OPÇÕES)

Autoexame (exame que a mulher apalpa a sua própria mama, procurando nódulos ou caroço)

1 Sim 2 Não 9 Não sabe/lembra EXAUTO

Exame clínico (exame no qual o médico ou enfermeiro apalpa as mamas pra procurar algum possível problema)

1 Sim 2 Não 9 Não sabe/lembra EXCLINI

Ultrasound da mama (exame no**qual o médico aplica um gel sobre a****mama e observa as imagens numa tela)** 1

Sim

 2

Não

 9

Não sabe/lembra

EXULTRA**Mamografia (exame de raio-x ou chapa****das mamas para detectar algum possível****problema)** 1

Sim

 2

Não

 9

Não sabe/lembra

EXMAMO**95- COM QUE FREQUÊNCIA EM GERAL A SRA. FAZ O AUTO - EXAME DE MAMA?** 1

Pelo menos 1 vez por mês

 2

Mais de 1mês até 3 meses

 3

Mais de 3 meses até 6 meses

 4

Mais de 6 meses

 5

Variável

 6

Só uma vez

 8

Não faz/fez

 9

Não sabe

FREQEXAM**96. QUANDO UM MÉDICO OU ENFERMEIRO FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS PELA ÚLTIMA VEZ?** 1

Há até 1 ano

 2

Mais de 1 até 2 anos

 3

Mais de 2 anos até 4 anos

 4

Mais de 4 anos até 6 anos

 5

Mais de 6 anos até 10 anos

 6

Mais de 10 anos

 8

NSA (Não fez exame)

 9

Não sabe

ULTEXMAMA**97- NA ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO OU ENFERMEIRO FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS, A SENHORA ESTAVA SENDO ATENDIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?** 1

Sim

 2

Não

 8

Não fez o exame

EXCLIMAMA**98. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ UM ULTRASSOM DE MAMAS?** 1

Há até 1 ano

 5

Mais de 6 anos até 10 anos

2	Mais de 1 até 2 anos	6	Mais de 10 anos
3	Mais de 2 anos até 4 anos	8	Não fez exame
4	Mais de 4 anos até 6 anos	9	Não sabe/não lembra

ULTEXSONO

99. NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ ULTRASSOM DE MAMAS, USOU O SISTEMA, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

1	Sim	2	Não	8	Não fez o exame	SONOSUS <input type="checkbox"/>
---	-----	---	-----	---	-----------------	----------------------------------

100. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ UMA MAMOGRAFIA?

1	Menos de 1 ano	5	Mais de 6 até 10 anos
2	De 1 a 2 anos	6	Mais de 10 anos
3	De 2 a 4 anos	8	Não fez exame
4	De 4 a 6 anos	9	Não sabe

ULTIMAMO

101. NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ A MAMOGRAFIA, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

1	Sim	2	Não	8	Não fez o exame	MAMOSUS <input type="checkbox"/>
---	-----	---	-----	---	-----------------	----------------------------------

102. A SR^a FEZ LAQUEADURA (ligou as trompas)?

1	Sim	2	Não	8	Não sabe	LAQUEA <input type="checkbox"/>
---	-----	---	-----	---	----------	---------------------------------

103. A SRA. JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÚTERO E OVÁRIOS?

1	Sim	2	Não	CIRURGIA <input type="checkbox"/>
---	-----	---	-----	-----------------------------------

104- SE FEZ ESSE TIPO DE CIRURGIA, A SRA. RETIROU

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td>Só útero</td></tr> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td>Útero e 1 ovário</td></tr> </table>	1	Só útero	2	Útero e 1 ovário	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td>Útero e 2 ovários</td></tr> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td>Só 1 ovário</td></tr> </table>	3	Útero e 2 ovários	4	Só 1 ovário	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td>2 ovários</td></tr> <tr><td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td><td>Não fez cirurgia</td></tr> </table>	5	2 ovários	8	Não fez cirurgia
1	Só útero													
2	Útero e 1 ovário													
3	Útero e 2 ovários													
4	Só 1 ovário													
5	2 ovários													
8	Não fez cirurgia													
		RETIROU <input type="checkbox"/>												

(Apenas para mulheres com 50 anos ou mais. Mulheres < 50 passar para a questão 113)

LEIA PARA A ENTREVISTADA:

MENOPAUSA É A PARADA DA MENSTRUAÇÃO POR PELO MENOS 12 MESES SEGUIDOS.

105. A SENHORA JÁ ENTROU NA MENOPAUSA?

<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não sabe/não lembra	MENOP <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------

Se NÂO, ou NÂO SABE, passar para a questão 113

106. COM QUE IDADE A SENHORA ENTROU NA MENOPAUSA?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anos	<input type="checkbox"/> 99 Não sabe/não lembra	IDMENRC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	---

107. SE JÁ ENTROU NA MENOPAUSA, FOI NATURAL OU APÓS CIRURGIA PARA RETIRADA DO ÚTERO OU DOS OVÁRIOS?

<input type="checkbox"/> 1 Natural	<input type="checkbox"/> 2 Após cirurgia	<input type="checkbox"/> 8 Não está na menopausa	MENOP <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--	--	--------------------------------

OS SINTOMAS DA MENOPAUSA SÃO: ONDAS DE CALOR SEGUIDAS POR ONDAS DE FRIO, SUADEIRA, PALPITAÇÕES, NERVOSISMO, ARDÊNCIA OU SECURA NA VAGINA.

ALGUMAS VEZES, OS MÉDICOS RECEITAM MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS. ESSES MEDICAMENTOS, CHAMADOS DE HORMÔNIOS DE REPOSIÇÃO, PODEM SER USADOS EM FORMA DE GEL PARA PASSAR NO CORPO, EM FORMA DE ADESIVO OU EM FORMA DE COMPRIMIDOS OU CREMES VAGINAIS:

108. A SENHORA USA OU JÁ USOU ALGUM MEDICAMENTO DESTE TIPO?

<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 8 Não entrou na menopausa	USHORMO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	

BLOCO O – CÂNCER DE PRÓSTATA (Apenas para homens maiores de 50 anos)

109. O SENHOR TEM QUEIXAS OU PROBLEMAS URINÁRIOS (URINA COM DIFICULDADE, URINA MUITAS VEZES NO DIA, URINA COM SANGUE, URINA DE FORMA INCOMPLETA)?

1 Sim

2 Não

8 NSA (Entrevistado é

URINAPROBL

110. O SENHOR FAZ ANUALMENTE ALGUM EXAME PARA AVALIAR A SITUAÇÃO DA PRÓSTATA?

1 Sim

2 Não

8 NSA (Não conhece

EXCLIPROST

111. SE SIM, QUAL(IS)?

1 PSA

5 USG + TOQUE

2 TOQUE PROST.

6 PSA + USG

3 PSA + TOQUE

7 PSA + TOQUE + USG

4 USG

8 NSA

9 Não sabe/ não lembra

EXPROQUAL

112. SE NÃO, POR QUE? (ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1. Considera desnecessário

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

CDESNECES

2. Dificuldade para realizar pelo SUS

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

CSPNAOEXAM

3. O(s) exame(s) é(são) caro(s)

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

CEXAMECARO

4. Não existe especialista no local

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

CNESPECIALIS

5. Não foi solicitado

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

CEXNAOSOL

6. Outro (especifique):

1 Sim 2 Não 8 Faz exame 9 Não sabe

COUTRPROST

BLOCO P – CONDIÇÃO FUNCIONAL

113. O (A) SR(A) TEM ALGUMA LIMITAÇÃO OU DIFICULDADE PARA FAZER AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (DO DIA A DIA)?

1 Sim

2 Não

3 Não Sabe/lembra

INCAPAZ

(Se Não, passe para a questão 115)

114. QUAL OU QUAIS AS SUAS PRINCIPAIS LIMITAÇÕES OU DIFICULDADES?

1. Cansaço, mal estar geral
2. Depressão, ansiedade ou
3. Dor de cabeça/enxaqueca
4. Dificuldade de respirar/condição
5. Dificuldade p/ andar, mover
6. Dificuldade p/ movimentar braço,
7. Fraturas ou lesões nas juntas ou
8. Problemas de audição
9. Problemas de coluna
10. Problemas de visão
11. Outras limitações (especifique):

<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	CANSACO
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	DEPREANSIED
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	ENXAQUECA
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	DIFRESPIRAR
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	DIFANDAR
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	DIFMOVE
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	FRATURA
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	AUDICAO
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	COLUNA
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	VISAO
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não	OUTLIMITA

QUAL É OU SERIA O SERVIÇO MAIS PRÓXIMO QUE O (A) SR(A) UTILIZA OU UTILIZARIA QUANDO TEM OU SE TIVER UM DOS SEGUINTESS PROBLEMAS OU, SE PRECISAR FAZER PREVENÇÃO?

115	116	117	118	119
PROBLEMA/ PREVENÇÃO	SERVIÇO 1. USF 2. UPA 3. POLICLÍNICA 4. HOSPITAL PÚBLICO 5. CLÍNICA PRIVADA 6. HOSPITAL PRIVADO	CIDADE 1. RESIDENCIAL 2. CIDADE PRÓXIMA 3. CAPITAL	MEIO DE TRANSPORTE 1. A pé/bicicleta 2. Animal 3. Carro/ônibus/moto 4. Outros 9. Não sabe	JÁ UTILIZA O SERVIÇO? 1. Sim 2. Não
1. PRESSÃO ALTA				
2. DIABETES				
3. CÂNCER DE COLO OU MAMA				
4. PROBLEMA DO CORAÇÃO				
5. EXCESSO DE PESO				
6. COLESTEROL/TRIGLICERIDEO ELEVADOS				
7. PROBLEMA DE PRÓSTATA				

8. PROBLEMA RENAL				
9. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS				

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (ADULTO)

(OBS: Excluir gestantes e lactantes)

Manteiga															
Maionese															
Maionese light															
Azeite															
AÇÚCARES/GULOSEIMAS	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
Açúcar															
Achocolatado															
Balas e doces															
Mel/ Rapadura															
Pudim/ Manjar/ Sorvetes/ Chocolate															
MISCELÂNEAS	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
Salgadinhos de pacote (industrializ.)															
Salgadinho de forno															
Coxinha/Empada/Risole/Pastel															
Pizza/ Sanduíche/McDonalds															
Ketchup/mostarda															
Biscoito tipo maisena e Maria															
Biscoito com recheio ou amanteigado															
Bolo simples caseiro															
Misturas para bolo (bolo de padaria)															
Bolo com cobertura e tortas															
Macarrão instantâneo (mijojo)															
Barras de cereal															
Cereais matinais açucarados															
BEBIDAS	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A

ANEXO F – FORMULÁRIO DE REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

DATA: _____ **MUNICÍPIO:** _____ **SITUAÇÃO:** _____ **SETOR:** _____ **ENTREVISTADOR:** _____ **QUESTIONÁRIO:** _____

ENDEREÇO DO DOMICÍLIO:

ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR

QUEST					
-------	--	--	--	--	--

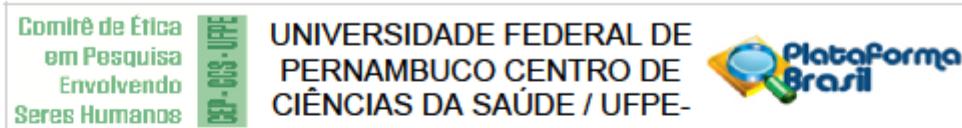
1. Quantas refeições por dia são feitas na casa? Refeições principais () Lanches ()	REF	LAN		
2. Aonde o Sr(a) compra a maior parte dos alimentos da família? (1) Supermercado (2) Mercadinho (3) Quitanda/ venda (4) Feira/ mercado livre (5) Taberna/ bar/ bodega/ boteco (6) Outro:				
COMPRAA				
3. Como a família consegue os alimentos para seu consumo? (1) Compra (2) Produção própria (3) Recebe doações (4) Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz				
COMOCOM				
4. Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o Sr(a) diria que é: Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/ não respondeu				
QUALALM				
5. Em sua opinião, quais tipos de alimentos faltam para que a alimentação da sua família seja melhor? <i>Marcar até 3 opções</i>				
FALTALI1				
FALTALI2				
FALTALI3				

ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?		MENOR18		
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?		SAN1		
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		SAN2		
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		SAN3		
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.		SAN4		
Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código (2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA.				
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?		SAN5		
6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?		SAN6		
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?		SAN7		

8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?	SAN8			
CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA				
9. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN9			
10. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?	SAN10			
11. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN11			
12. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	SAN12			
13. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN13			
14. (<18 ^a) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	SAN14			

A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EB.					
		(1) Sim	(2) Não	(9) Não sabe	
1	Faltou dinheiro para a comida				
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado/ feira/ armazém/ venda				VARIE
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				DIFIC
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				TEMPO
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				PRODUC
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				DIVID
7	Faltou água para cozinhar				AGUAC
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				SEMGAS
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				DOENTE
10	Estou/ estamos em dieta especial				DIETA
11	Outro:				OUTROM

ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - UFPE



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS AFETADOS PELA SECA NO SERTÃO

Pesquisador: Vanessa Sá Leal

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38878814.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.655

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do pesquisador principal que é Prof.^a do CAV/UFPE. Será avaliado se os domicílios do sertão de Pernambuco apresentam elevado percentual de insegurança alimentar e nutricional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional no sertão do estado de Pernambuco.

Objetivo Secundário:

- Classificar os municípios sorteados para a pesquisa em sua situação de insegurança alimentar e nutricional;- Identificar a prevalência de insegurança alimentar em seus diferentes níveis nos domicílios do sertão;- Verificar a associação da insegurança alimentar a fatores socioeconômicos, alimentares, de produção agrícola e de participação em programas sociais; - Investigar as percepções e representações sociais de residentes do sertão sobre as dificuldades, alternativas e perspectivas de convivência com o semiárido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem descritos no projeto da plataforma e no TCLE.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: *“Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados”*. Que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP; 50670-90, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, dislipidemias), história e sequelas de infartos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais e seus fatores associados, no Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você será submetido(a) a uma avaliação do estado nutricional, com verificação de peso, altura, medidas de cintura, quadril, braço e dobras cutâneas, aferição da pressão arterial e de 10ml coleta de sangue.

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das suas medidas corporais e a coleta de sangue. Os

questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inapropriado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, a mesma poderá ocasionar uma possível sensação de dor e todos os cuidados serão tomados para evitar infecção no local da picada. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento.

Os benefícios imediatos que você poderá esperar com a sua participação é o esclarecimento sobre sua situação de saúde, com os resultados do peso corporal, glicemia, colesterol e triglicerídeos. E caso necessário, encaminhamento para o acompanhamento clínico de eventuais problemas de saúde identificados.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. A divulgação dos resultados será do conjunto dos participantes, e não dos dados individuais. Esses resultados servirão para auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador

(Nome completo do pesquisador e CPF)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados*”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: