



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA
MESTRADO EM NEUROLOGIA

LETÍCIA CASADO COSTA

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO ADULTA DE 18 CAPITAIS BRASILEIRAS:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR**

Rio de Janeiro
2010

LETÍCIA CASADO COSTA

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO ADULTA DE 18 CAPITAIS BRASILEIRAS:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler.

Rio de Janeiro
2010

616.8
C837p

Costa, Letícia Casado,
Prevalência de fatores de risco para doenças não transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras: um inquérito domiciliar. / Letícia Casado Costa - Rio de Janeiro, 2010.

83 f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Mestrado em Neurologia, 2010.

1. Doença Crônica. 2. Doenças não transmissíveis. 3. Prevalência. 4. Fatores de Risco. 5. Estudos Transversais. I. Thuler, Luiz Claudio Santos. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

LETÍCIA CASADO COSTA

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO ADULTA DE 18 CAPITAIS BRASILEIRAS:
UM INQUÉRITO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurologia, área de concentração Neurociências.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profa. Dra. Maria Tereza Serrano Barbosa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profa. Dra. Vera Luiza da Costa e Silva
Área de Controle de Doenças Não Transmissíveis da OMS

À minha filha Luísa, que sempre entendeu e perdoou minhas ausências, além de me estimular a prosseguir nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luiz Claudio Santos Thuler, pela oportunidade, confiança e pelos ensinamentos inesquecíveis.

À amiga e mestra Vera Luiza da Costa e Silva por ter me dado a oportunidade e ter ensinado a importância da prevenção dos fatores de risco para a Saúde Pública.

À amiga Valeska Figueiredo pela confiança de sempre e pelo incentivo na realização desse mestrado.

Ao amigo José Lozana pelos ensinamentos e pelo incentivo na realização deste mestrado.

À Mirian Carvalho, Luis Felipe Martins, Elaine Masson e Beatriz Jardim, pela ajuda na confecção e análise do banco de dados.

Aos amigos Sergio Carvalho e Antonio Negrão pela seriedade, essencial para a realização deste trabalho, na condução dos muitos “campos” que realizamos juntos.

Ao secretário do Programa de Pós-Graduação em Neurologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIRIO, Luiz Eduardo, por sua competência, cooperação e paciência.

Aos meus novos amigos do Programa de Pós-Graduação em Neurologia da UNIRIO pela troca e aprendizado.

À professora Regina Alvarenga pelo estímulo e ensinamentos.

À equipe do Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica da Coordenação de Educação do INCA que me incentivou e esteve ao meu lado durante a elaboração desta dissertação.

À equipe da Conprev do INCA, pelo incentivo na realização deste mestrado.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com gestos, palavras ou intenções para a realização deste trabalho.

Finalmente, à minha família e aos meus amigos que souberam compreender o tempo que deixei de estar com eles para me dedicar a este trabalho.

RESUMO

Introdução: No Brasil, devido às mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população, as doenças infecciosas vêm cedendo lugar às crônico-degenerativas, o que tem ocasionado um aumento significativo na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). O Brasil se divide em cinco macro regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste) que possuem grande heterogeneidade demográfica, social e econômica, que se reflete em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade pelas DCNTs, exigindo ações de Saúde Pública que sejam adequadas às realidades locais. Somente por meio de inquéritos de saúde é possível obter dados consistentes que reflitam essas realidades, permitindo a construção de indicadores das condições de saúde de uma determinada população, assim como dos fatores de risco e dos determinantes sociais do processo saúde/doença. Por outro lado, a morbidade e mortalidade pelas DCNTs podem ser reduzidas ao se eliminar o impacto dos comportamentos de alto risco (por exemplo, tabagismo, alimentação inadequada, alcoolismo ou inatividade física).

Métodos: Foi realizado um inquérito domiciliar, entre junho de 2002 a outubro de 2005, em amostra representativa de 18 das 27 capitais dos Estados brasileiros, com a seguinte distribuição: Região Norte: Manaus, Belém e Palmas; Região Nordeste: São Luis, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Aracaju; Região Sudeste: Vitória, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo; Região Sul: Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre; Região Centro-Oeste: Campo Grande e Brasília. Dos 13.885 domicílios selecionados, realizou-se a pesquisa em 89,1%. Foram entrevistadas 19.252 pessoas (90,6% dos elegíveis) de 25 e mais anos de idade.

Resultados: As prevalências dos fatores de risco para DCNTs foram elevadas na população estudada, sendo o sobrepeso ou obesidade identificados a partir do Índice de Massa Corporal os de maior frequência (48,1%; IC 95% 46,6-49,6). Pessoas irregularmente ativas fisicamente ou sedentárias totalizaram 39,7% (IC 95% 38,0-41,5). Consumo de cigarros foi identificado em 20,8% (IC 95% 19,8-21,9) da população estudada. Consumo de álcool de risco esteve presente em 7,8% (IC 95% 7,2-8,5) dos entrevistados. Os que referiram hipertensão arterial em duas consultas representaram 25,2% (IC 95% 24,1-26,4) e os que referiram diabetes totalizaram 8% (IC 95% 7,1-8,9) da amostra. A presença de hipercolesterolemia foi de 23,6% (IC 95% 22,4-24,8) na população. A ausência de fatores de risco foi observada em

apenas 8,5% (IC 95% 7,7-9,3) da população estudada. Conclui-se que a alta prevalência (91,5%; IC 95% 90,7-92,4) de exposição a pelo menos um dos fatores de risco estudados evidencia que as ações em saúde devem ser multifatoriais.

Palavras-chave: Fatores de risco. Doenças Não Transmissíveis. Prevalência. Estudos transversais. Brasil.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, due to changes in demographic, epidemiologic and nutritional profiles of the population, infectious diseases have been taken over by degenerative and chronic diseases, which have contributed to a significant increase in the prevalence of non-contagious chronic diseases. Brazil is divided in five macro-regions (North, Northeast, Southeast, South and Middle West) characterized by high demographic, social and economical heterogeneity, which reflects on different patterns of mortality and morbidity by non-contagious chronic diseases. This scenario requires actions on public health care that are appropriate to local reality. Only through health care surveys is it possible to obtain consistent data that reflect such realities, allowing indicators of health care situations regarding a certain population be constructed, as well as those concerning risk factors and social determinants of the health/disease process. On the other hand, morbidity and mortality due to non-contagious chronic diseases may be reduced when the impact of high risk behaviors are mitigated (for example, tobacco use, improper nutrition, alcoholism or physical inactivity). Methods: A home inquiry was carried out between June 2002 and October 2005 with a representative sample of 18 out of the 27 Brazilian capitals, distributed as follows: in the North: Manaus, Belém and Palmas; in the Northeast: São Luis, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife and Aracaju; in the Southeast: Vitória, Rio de Janeiro, Belo Horizonte and São Paulo; in the South: Curitiba, Florianópolis and Porto Alegre; in the Middle West: Campo Grande and Brasília. The survey was conducted with 89.1% out of the 13,885 domiciles that were selected. 19,252 people (90.6% of eligible subjects), aged 25 or above were interviewed. Results: Risk factor prevalence for non-contagious chronic diseases was high in the population studied and either overweight or obesity was identified from Body Mass Indexes as those that presented the highest frequencies (48.1%; 95% CI 46.6-49.6). People who were either physically active at irregular intervals or sedentary add up to 39.7% (95% CI 38.0-41.5). Cigarette consumption was identified in 20.8% (95% CI 19.8-21.9) of the population studied. At-risk alcohol consumption was seen in 7.8% (95% CI 7.2-8.5) of the interviewees. Those who referred to arterial hypertension in two visits represented 25.2% (95% CI 24.1-26.4) and those who referred to diabetes added up to 8% (95% CI 7.1-8.9) of the sample. Presence of hypercholesterolemia totaled 23.6% (95% CI 22.4-24.8) in the population. Absence of risk factors studied was

observed in 8.5% (95% CI 7.7-9.3) of the studied population only. Summing up, the high prevalence (91.5%; 95% CI 90.7-92.4) of at least one of the risk factors studied indicates that health care policies shall be multi-factorial and shall not target an isolated factor only.

Key words: Risk Factors. Non-Communicable Diseases. Prevalence. Cross-referenced Studies. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Número de domicílios e de indivíduos selecionados e de participantes em 18 capitais, 2002 a 2005	29
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1A	Prevalência dos fatores de risco para DCNTs encontrados nos estudos transversais selecionados, Brasil 2003-2008	19
Tabela 1B	Prevalência dos fatores de risco para DCNTs encontrados nos estudos transversais selecionados, Brasil 2003-2008	22
Tabela 2	Distribuição do número de setores selecionados, domicílios e pessoas segundo as capitais que foram pesquisadas - Amostra x Censo Demográfico 2000	31
Tabela 3	Situação socioeconômica e demográfica na população de 25 anos e mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	38
Tabela 4	Prevalência de fatores de risco para DCNTs na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	39
Tabela 5	Prevalência do excesso de peso na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	40
Tabela 6	Prevalência de atividade física na população de 25 a 69 anos em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	41
Tabela 7	Prevalência de fumantes regulares de cigarros na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	42
Tabela 8	Prevalência do consumo de álcool de risco na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	44
Tabela 9	Prevalência referida de hipertensão arterial em pelo menos uma consulta na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	45
Tabela 10	Prevalência referida de diagnóstico clínico de diabetes na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	46
Tabela 11	Prevalência de diagnóstico referido de diagnóstico clínico de hipercolesterolemia na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	47
Tabela 12	Prevalência da autoavaliação do estado de saúde na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	49
Tabela 13	Associação entre a presença de pelo menos um FR para doenças crônicas não transmissíveis e as características sociodemográficas em 18 capitais brasileiras, 2002-2005	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRFSS	<i>Behavioral Risk Factors Surveillance System</i>
CARMEN	<i>Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades non transmisibles</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CELAFIFCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CI	Confidence Interval
CINDI	<i>Countrywide integrated non communicable disease intervention</i>
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Conprev	Coordenação de Prevenção e Vigilância
DCNTs	Doenças crônicas não transmissíveis
DF	Distrito Federal
DV	Dígito verificador
FR	Fator de risco
FUNCOR	Fundação do Coração
HA	Hipertensão arterial
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
GHPSS	Global Health Professions Student Survey
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de massa corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPAQ	<i>International physical activity questionnaire</i>
MS	Ministério da Saúde
NAHNES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
NHIS	<i>National Health Interview Survey</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RP	Razão de prevalências

SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SISDANT	Sistema de doenças e agravos não transmissíveis
SM	Salário mínimo
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USDHHS	<i>United States Department of Health and Human Services</i>
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	VIGILÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA DCNTS	16
3	JUSTIFICATIVA	24
4	OBJETIVOS	25
4.1	GERAL	25
4.2	ESPECÍFICOS	25
5	MÉTODOS	26
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	26
5.2	CENÁRIO DA PESQUISA	26
5.3	POPULAÇÃO ALVO	28
5.4	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO INCLUÍDA NO ESTUDO	28
5.5	PLANO AMOSTRAL	29
5.5.1	Estratégia de seleção	29
5.5.2	Listagem dos setores censitários selecionados para amostra	30
6	COLETA DE DADOS	32
6.1	ESTUDO PILOTO	32
6.2	TRABALHO DE CAMPO	32
6.3	CONTROLE DE QUALIDADE DOS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
6.4	INSTRUMENTO DE COLETA	33
6.5	PROCESSAMENTO DE DADOS	37
6.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	37
6.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
7	RESULTADOS	38
8	DISCUSSÃO	51
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXO A - Questionário da Unidade Domiciliar	69
	ANEXO B - Questionário Individual	71
	ANEXO C - Parecer da CONEP	78
	ANEXO D - Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	80

1 INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando têm causado mudanças relevantes no perfil morbi-mortalidade de nossa população. As doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Essa transição epidemiológica tem se refletido na área de Saúde Pública e o desenvolvimento de estratégias para seu controle se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da constatação nas mudanças ocorridas nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população brasileira e do aumento significativo da prevalência das DCNTs, o Ministério da Saúde (MS) com a intenção de monitorar essa nova realidade brasileira e diminuir a carga das doenças, baseou-se nas orientações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde e implantou um Sistema Nacional de Vigilância de DCNTs, realizando, entre outras ações, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que foi a linha de base de informação para a constituição do Sistema de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (SISDANT) e para o fortalecimento de redes nacionais de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis.

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível. A vigilância epidemiológica (VE) das DCNTs deve reunir um conjunto de ações que possibilitem conhecer sua distribuição, magnitude e tendência de exposição aos seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e controle das mesmas, implementando assim políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

As DCNTs se caracterizam por ter etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial (HA), o

diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

O objetivo do Sistema Nacional de Vigilância de DCNTs, em curso no país, através do monitoramento da frequência de grande parte dos fatores de risco e da prevalência das principais morbidades deste grupo, é gerar informações que orientem as políticas e programas de promoção de saúde e prevenção das doenças.

O Brasil possui uma população de 191.206.626 habitantes (disponível em www.brasilrepublica.com/mapa.htm, s.d.) distribuída em 26 Estados e o Distrito Federal. O país se divide em cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste). Cada região é formada por Estados, que possuem características comuns entre si. Pela sua heterogeneidade demográfica, social e econômica, são observados diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNTs, exigindo ações que sejam adequadas à realidade encontrada em cada região.

Visando contribuir com o sistema de informações sobre a frequência de fatores de risco para este grupo de doenças em capitais das regiões brasileiras e servir de apoio às ações locais de saúde, através de um diagnóstico local em saúde, este trabalho estimou a prevalência de fatores de risco para DCNTs entre adultos das cinco regiões brasileiras.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIGILÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA DCNTS

A vigilância dos fatores de risco para DCNTs vem se estabelecendo, mundialmente, como uma atividade prioritária, de importância estratégica para melhorar a qualidade de vida e a saúde das populações. Independentemente do monitoramento dos agravos (os desfechos), a implantação e a melhora da qualidade de sistemas de vigilância de fatores de risco são consideradas hoje uma ação de primeira ordem para todos os países.

Seu avanço deu-se, primeiro, nos países desenvolvidos, onde sistemas regulares e bastante completos, como o *Behavioral Risk Factors Surveillance System* (BRFSS), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) do Governo dos Estados Unidos estão funcionando por mais de uma década, sendo complementados por inquéritos nacionais a cada dez anos e sistemas especiais de vigilância com grupos de risco e voltados para fatores de risco específicos, como é o caso do tabaco: jovens - *Youth Risk Behavior Surveillance System*; escolares e jovens fumantes – *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS); e universitários da área da saúde - *Global Health Professional Student Survey* (GHPSS). Todos esses sistemas de vigilância de fatores de risco utilizam metodologias especialmente desenhadas para conhecer de forma sistemática os comportamentos de risco de amostras populacionais. Geralmente, são realizadas entrevistas pelo telefone, e inquéritos em escolas, ou grupos selecionados.

A vigilância da exposição a fatores de risco ambientais e dos comportamentos relacionados à aparição ou progresso das doenças não transmissíveis tem tido enormes avanços nas últimas décadas. Uma explicação para esse crescimento, acompanhado de várias experiências de sucesso, é que os governos e organismos internacionais perceberam o benefício econômico de prevenir as doenças por meio de ações de baixo custo em relação ao tratamento hospitalar, em especial de doenças crônicas não transmissíveis. Pelas relações de aumento de risco ou de causalidade que se estabeleceram entre agravos não transmissíveis e comportamentos ou exposições a fatores ambientais, esses fatores foram objeto crescente de ações em saúde, seja na prevenção e promoção à saúde ou em ações de controle individual e coletivo dos comportamentos de risco.

Organismos internacionais, como a OMS, seu escritório para América, a OPAS/OMS e o CDC estão envolvidos no esforço mundial de priorizar a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, incidindo especialmente nos principais fatores de risco como o tabagismo, a HA, a alimentação inadequada (relacionada à obesidade e à hipercolesterolemia), o sedentarismo, entre outros. Iniciativas importantes, como o Projeto *Mega Countries* da OMS, propõem o estabelecimento de sistemas de vigilância de DCNTs nos países participantes.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNTs vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado (CASADO; VIANNA; THULER, 2009; BOTREL et al., 2000). Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

O envelhecimento da população e a heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil se refletem em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNTs. O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNTs, principalmente os de natureza comportamental, isto é, os que podem ser modificados, é fundamental por serem sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças. Os inquéritos de saúde de base populacional, principalmente os de alcance nacional, constituem o principal instrumento utilizado para conhecer a prevalência de doenças crônicas. No Brasil, entretanto, a literatura na área de Saúde Pública ainda é escassa em textos sobre prevalência dos fatores de risco para as DCNTs (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). O que há disponível, na maioria das vezes, são informações para algumas cidades, não se podendo comparar os resultados devido às diferenças metodológicas, abrangência do estudo, período coberto e instrumentos de coleta de dados utilizados.

Uma revisão sistemática da literatura (CASADO; VIANNA; THULER, 2009), a partir das bases de dados *on-line* Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline, incluindo estudos nacionais publicados, entre 2003 e 2008, na qual foram utilizadas as seguintes palavras-chave (em português e inglês): prevalência de fatores de risco, doença crônica não transmissível e Brasil,

identificou 12 artigos científicos sobre este tema. As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde Pública da Bireme/OPAS/OMS (<http://www.bvs.br>), sendo a revisão ampliada por meio da busca a referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitação de estudos publicados a especialistas e busca em outras fontes.

Apesar das diferenças metodológicas observadas entre os estudos com relação aos instrumentos para coleta de dados, definição operacional dos fatores de risco estudados, representatividade da amostra e faixa etária da população entrevistada, o aumento do Índice de Massa Corporal (obesidade, excesso de peso) e a dislipidemia apareceram como os fatores de risco mais investigados e publicados, seguidos do tabagismo, da HA referida, do diabetes, da inatividade física, do consumo excessivo de álcool e do baixo consumo de frutas, verduras e hortaliças. A maioria dos estudos referiu-se à região Sudeste do País. Apenas um estudo apresentou resultados para as capitais dos 26 Estados brasileiros e o DF (MOURA et al., 2008), mesmo assim com algumas limitações por se tratar de um inquérito telefônico.

Nessa revisão sistemática as prevalências variaram conforme os critérios utilizados e as características das populações estudadas, sendo obtidos os seguintes valores mínimo e máximo para cada um dos fatores de risco estudados: tabagismo 8,7% a 28,8%, uso abusivo de álcool 0,1% a 37,7%, excesso de peso 1,5% a 49,0%, obesidade 9,4% a 17,6%, sedentarismo 20,1% a 43,1%, hipertensão arterial 5,3% a 34,0%, diabetes 2,7% a 7,8% (Tabelas 1A e 1B).

Tabela 1A: Prevalência dos fatores de risco para DCNTs encontrados nos estudos transversais selecionados, Brasil 2003-2008

Autor Ano da publicação	Fatores de Risco (%)				Consumo de frutas, legumes e verduras
	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool	IMC	Inatividade física	
Dias da Costa et al. (2004)⁵	Leve/moderado: T=16,7	T=14,3; H=29,2; M=3,7	Sobrepeso: T=33,7	Insuficientemente ativo: T=80,6	---
Souza et al. (2003)⁶	Pesado: T=28,8	---	Obesidade: T=19,4	---	---
Lessa (2004)⁷	---	H=3,5; M=7,7	Excesso de peso (IMC>25): T=10,6	---	---
			Excesso de peso (IMC≥25): H=7,7; M=1,5	---	---
Marcopito et al. (2005)⁸	T=22,6	---	Circunferência abdominal aumentada: H=6,4; M=4,2	---	---
			Obesidade: T=13,7		
			Circunferência abdominal aumentada: T=19,7		

Autor Ano da publicação	Fatores de Risco (%)		
Monteiro et al. (2005)⁹	T=20,8; H=23,8; M=18,2	2 doses diárias pelo menos 1 vez por semana: T=15,0; H=23,9; M=7,2	Excesso de peso: T=40,8; H=45,4; M=36,3 Obesidade: T=10,0; H=9,4; M=10,5
			Sedentarismo: T=46,7; H=33,9; M=57,9
			Frutas: 5 ou mais dias na semana: T=48,9; H=39,5; M=57,1
			Hortaliças cruas: 5 ou mais dias na semana: T= 56,8; H=52,3; M=60,7
			Hortaliças cozidas: 5 ou mais dias na semana: T=24,9; H=17,6; M=31,2
Yokota et al. (2007)¹⁰	T=18,0; H=22,0; M=16,0	--- Excesso de peso: T=49,0; H=47,0; M=52,0	--- Baixo consumo diário de frutas: T=69,0; H=73,0; M=67,0
			Baixo consumo diário de hortaliças: T=52,0; H=62,0; M=45,0
Carvalhoes et al. (2008)¹¹	T=22,0; H=24,8; M=19,3	1 dia: T=25,2; H=32,8; M=11,7 5 dias: T=3,2; H=6,5; M=0,1	Frutas: T=50,5; H=48,6; M=52,3 Hortaliças cruas: T=79,1; H=76,6; M=81,4 Hortaliças cozidas: T=59,4; H=56,8; M=61,8
			Sedentarismo: T=57,9; H=43,1; M=58,2
			Circunferência abdominal aumentada: T=31,0; H=19,0; M=39,0
			Excesso de peso: T=46,7; H=48,3; M=45,1
			Obesidade: T=15,7; H=13,8; M=17,6

Autor	Fatores de Risco (%)					
Ano da publicação						
Moura et al. (2008) ¹²	T= 16,2; H= 20,3; M=12,8	T=16,1; H=25,3; M=8,1	Excesso de peso: T=43,0; H=47,3; M=38,8	Sedentarismo: T=29,2; H=39,8; M=20,1		T=23,9; H=17,8; M=29,1
Figueiredo et al. (2008) ¹³	---	---	---	---	Consumo diário de frutas: T=43,9; H=35,0; M=51,7 Consumo diário de verduras: T=46,8; H=39,9; M=52,7 Consumo diário de legumes: T=18,1; H=11,4; M=23,9	
Peixoto et al. (2008) ¹⁴	T=11,1; H=15,1; M=8,7	T=23,2; H=37,7; M=14,4	Excesso de peso: T=36,5; H=45,3; M=30,9	Sedentarismo: T=29,7; H=34,8; M=26,6		Consumo regular de frutas: T=51,5; H=43,5; M=56,3 Consumo regular de hortaliças: T=81,6; H=76,4; M=84,8
Cunha et al. (2008) ¹⁵	---	---	Obesidade em ativos: H=7,8; M=7,3 Obesidade em inativos: H=11,5; M=10,2	H=42,0; M=55,5		---
Pereira et al. (2008) ¹⁶	T=12,7 H=14,6; M=6,0	T=3,2 H=5,2; M=1,2	Excesso de peso em ativos: H=37,8; M=25,0 Excesso de peso em inativos: H=46,3; M=32,5	H=41,8; M=35,7		<5 porções por dia H=96,5; M=93,4

T=Total; H=Homens; M=Mulheres

Tabela 1B: Prevalência dos fatores de risco para DCNTs encontrados nos estudos transversais selecionados, Brasil 2003-2008

Autor Ano da publicação	Fatores de Risco (%)			Dislipidemia
	Hipertensão arterial	Diabetes		
Dias da Costa et al. (2004) ⁵	T=23,5	---		---
Souza et al. (2003) ⁶	T=13,4	T=6,2		Colesterol Total \geq 240mg/dL=11,0 HDL-c \leq 40mg/dL=13,2 LDL-c \geq 160mg/dL=8,4
Lessa (2004) ⁷	H=11,5; M=5,3	H=6,3; M=2,7		Triglicérides \geq 200mg/dL=14,9 Colesterol: H=6,1; M=2,8 HDL: H=4,6; M=1,8 LDL: H=5,8; M=2,4
Marcopito et al. (2005) ⁸	T=24,3	Glicemia \geq 110 mg/dl=6,8		Triglicérides: H=4,2; M=1,0 Colesterol total \geq 240 mg/dl=8,1 HDL-colesterol $<$ 40 mg/dl=27,1 Triglicérides \geq 200 mg/dl=14,4
Monteiro et al. (2005) ⁹	T=21,9; H=18,2; M=25,0	T=5,4; H=5,0; M=5,8		---
Yokota et al. (2007) ¹⁰	T=31,0; H=34,0 ; M=30,0	---		---
Carvalhoes et al. (2008) ¹¹	T=23,1; H=21,4; M=24,6	T=5,9; H=3,8; M=7,8		---
Moura et al. (2008) ¹²	---	---		---

Autor Ano da publicação	Fatores de Risco (%)		
	Hipertensão arterial	Diabetes	Dislipidemia
Figueiredo et al. (2008) ¹³	---	---	---
Peixoto et al. (2008) ¹⁴	T=22,4; H=20,0; M=23,8	T=4,4; H=4,3; M=4,4	T=18,4; H=14,1; M=21,0
Cunha et al. (2008) ¹⁵	Ativos: H=10,9; M=20,1 Inativos: H=20,0; M=21,6	Ativos: H=1,8; M=2,6 Inativos: H=4,6; M=4,4	Ativos: H=9,0; M=22,8 Inativos: H=12,8; M=15,5
Pereira et al. (2008) ¹⁶	T=50,6 H=43,5; M=52,4	T=17,8; H=21,6; M=14,9	T=33,1; H=23,5; M=32,5

T=Total; H=Homens; M=Mulheres

3 JUSTIFICATIVA

Devido à necessidade de informações mais detalhadas sobre os fatores de risco para as DCNTs, principalmente em localidades ainda não estudadas, justifica-se a realização de um estudo que pretenda traçar um perfil epidemiológico da população de 25 anos e mais em relação à exposição e à presença de comportamentos de risco conhecidos e modificáveis, em localidades brasileiras.

O custo social e a existência de meios de evitar ou diminuir a ocorrência do adoecimento, acessíveis e aceitos por todos, independentemente das regiões geográficas de maior prevalência das DCNTs, devem ser levados em consideração na implantação da vigilância das DCNTs em todo o país. Além disso, a existência comprovada de medidas custo-efetivas que resultam na redução da exposição da população aos seus fatores de risco legitima o investimento na sua mensuração e na implementação de ações voltadas ao seu controle. É importante também que o foco do monitoramento esteja nos fatores que tenham impacto na população economicamente ativa, a fim de minimizar os inúmeros custos que as doenças acarretam nesta população (LESSA, 2004).

Os resultados produzidos pelo presente estudo poderão servir de subsídio para o planejamento e gestão da saúde nas regiões onde se inserem, com aplicação direta dos resultados pelos profissionais de Saúde Pública, visando à melhoria da qualidade das ações dirigidas à população.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Estimar a prevalência de fatores de risco controláveis e modificáveis para doenças não transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras.

4.2 ESPECÍFICOS

Descrever a população investigada quanto à:

- Prevalência do nível de atividade física; de sobrepeso e obesidade; de tabagismo; do consumo elevado de álcool referido; de hipertensão arterial; de diabetes referida e de hipercolesterolemia referida.
- Presença de fatores de risco mencionados de acordo com as características demográficas e socioeconômicas.
- Autoavaliação do estado de saúde em relação às características demográficas e socioeconômicas.
- Associação entre exposição a, pelo menos, um dos fatores de risco estudados de acordo com as características demográficas e socioeconômicas.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foram analisados dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado entre 2002 e 2005 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS) em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que teve como objetivo descrever a magnitude da exposição a comportamentos e fatores de risco para agravos não transmissíveis, estimar a exposição da população a ações de detecção precoce do câncer do colo do útero e mama e descrever o perfil de morbididade referida na população alvo do estudo, visando a estabelecer uma linha de base para o SISDANT. Este foi um estudo transversal de base populacional desenvolvido em 18 capitais brasileiras.

A escolha dessas capitais tomou por base o tamanho amostral estabelecido pelo Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e a localização geográfica nas cinco regiões do país com diferenças socioeconômicas marcantes.

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Brasil encontra-se política e geograficamente dividido em cinco regiões distintas, que possuem traços comuns no que se refere aos aspectos físicos, humanos, econômicos e culturais.

A região Norte é a que ocupa a maior parte do território brasileiro, com uma área que corresponde a 45,27% dos 8.547.403,5 km² da área total do País. Formada por sete Estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, tem sua área quase totalmente dominada pela bacia do Rio Amazonas.

A região Nordeste pode ser considerada a mais heterogênea do País. Dividida em quatro grandes zonas: meio-norte, zona da mata, agreste e sertão, ocupa 18,26% do território nacional e tem nove estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. Sua

população totaliza 44.768.201 habitantes, o que representa 28,9% do total do país. Sua densidade demográfica é de 28,05 habitantes por km² e a maior parte da população se concentra na zona urbana (60,6%). As principais metrópoles regionais são as cidades de Salvador, capital do Estado da Bahia, Recife, capital do Estado de Pernambuco, e Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

O Sudeste ocupa 10,85% do território brasileiro, com área de 927.286,2 km². É a região de maior importância econômica do País onde estão concentrados, também, os maiores índices populacionais - 42,63% dos 157.079.573 de brasileiros - e de produção industrial. É formado por quatro estados e apresenta grandes diferenças sob o aspecto físico, com litoral, serras e planícies. É também a região com maior densidade demográfica (78,09 habitantes por km²) e mais alto índice de urbanização: 90,5%. Abriga as duas mais importantes metrópoles nacionais, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, localizadas em Estados que levam os mesmos nomes. A cidade de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é também considerada uma importante metrópole regional.

Já o Sul, região mais fria do País, é a que apresenta menor área, com 577.214 km², ocupando apenas 6,75% do território brasileiro e com apenas três Estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A população da região Sul totaliza 25.107.616 habitantes, o que representa 14,95% da população do País. A densidade demográfica é de 43,49 habitantes por km² e 80,93% da população vive no meio urbano. A produção agrícola utiliza modernas técnicas de cultivo, destacando-se o tabaco entre os principais produtos comercializados. São encontrados traços marcantes da influência da imigração alemã, italiana e açoriana na região.

Finalmente, a região Centro-Oeste, que ocupa 18,86% do território brasileiro, numa área de 1.612.077,2 km², é formada por quatro Estados: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Sua área, dominada basicamente pelo Planalto Central Brasileiro, pode ser dividida em três porções: maciço goiano-mato-grossense, bacia de sedimentação do Paraná e as depressões. A região vem sofrendo alterações significativas na sua cobertura vegetal, com o cerrado sendo substituído gradativamente por plantações ou criação de gado em função do processo de ocupação.

5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população deste estudo é composta por participantes do “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis”, realizado pelo INCA/MS e pela SVS/MS, no período de 2002 a 2005. Os dados analisados são dos indivíduos com idade igual ou maior do que 25 anos no dia da entrevista, residentes em 18 capitais brasileiras (Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Manaus, Natal, Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Luis, São Paulo, Vitória e DF). Detalhes sobre a metodologia e coleta de dados encontram-se na publicação oficial do inquérito (INCA, 2004a).

5.4 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO INCLUÍDA NO ESTUDO

Dos 13.885 domicílios visitados, 12.375 (89,1%) eram domicílios ocupados. Foi possível fazer entrevista totalmente ou parcialmente em 11.323 (91,5%). Não foram estudados 1.052 (8,9%) domicílios ocupados devido ao domicílio estar fechado, haver recusa ou outro motivo.

A figura 1 apresenta o número de entrevistas realizadas nos domicílios e população adulta elegível para o estudo.

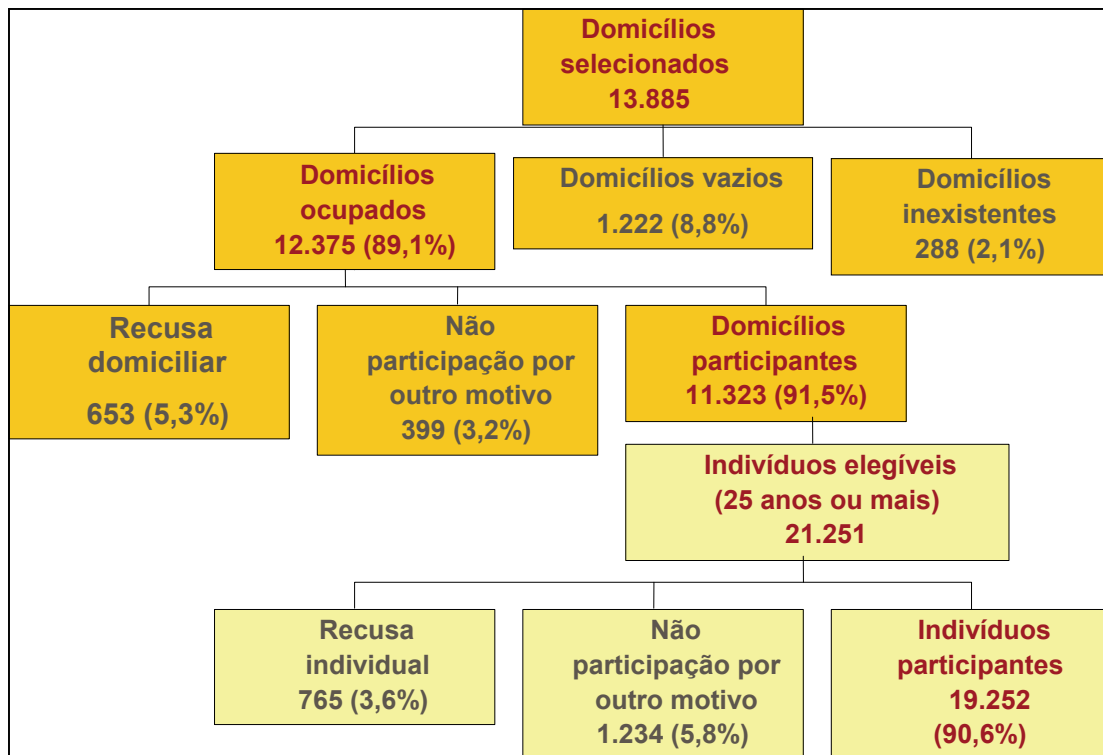


Figura 1: Número de domicílios e de indivíduos selecionados e de participantes em 18 capitais, 2002 a 2005

5.5 PLANO AMOSTRAL

5.5.1 Estratégia de seleção

O modelo de amostragem adotado para a pesquisa foi o de uma amostra autoponderada com dois estágios de seleção. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários e as unidades secundárias foram os domicílios.

Os setores censitários foram numerados em ordem crescente e do centro para a periferia, de acordo com a metodologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A seleção dos setores censitários foi feita de forma sistemática. A adoção desse procedimento teve como objetivo maior o espalhamento da amostra dos setores nas capitais a serem pesquisadas, pois, sendo os mesmos numerados do centro para a periferia, garante-se uma melhor distribuição da amostra, ou seja, uma seleção que resulta em uma amostra

representativa do total dos setores censitários. Com este tipo de amostragem, a probabilidade de seleção dos setores censitários foi proporcional ao número de domicílios que o mesmo possuía por ocasião do censo demográfico.

Uma seleção sistemática foi também utilizada com relação à escolha dos domicílios dentro dos setores eleitos, pelos mesmos motivos citados para a seleção dos setores. Os domicílios pertencentes aos setores escolhidos tiveram probabilidades iguais de inclusão.

Considerando o grande número de variáveis a serem estimadas, optou-se em utilizar o pacote estatístico *STATA 8.0 (Stata Corporation)* que agilizou o cálculo dos estimadores, levando em conta a técnica de “*Ultimate Cluster*”. As estimativas intervalares calculadas pelo pacote aproximaram-se das estimativas calculadas.

5.5.2 Listagem dos setores censitários selecionados para amostra

A listagem dos setores consistiu no cadastramento de todos os domicílios existentes no setor, classificando-os de acordo com a situação encontrada no momento da listagem (ocupado, fechado, vago, uso ocasional e não residencial).

Para a realização do trabalho de listagem, foi solicitado ao IBGE o “croqui” e a descrição dos setores. A tabela 2, apresentada a seguir, tem as informações sobre o Censo 2000 e as amostras planejadas para a pesquisa.

Tabela 2: Distribuição do número de setores selecionados, domicílios e pessoas segundo as capitais que foram pesquisadas - Amostra x Censo Demográfico 2000

Capital	Setores na amostra	Domicílios particulares			Domicílios particulares ocupados			Pessoas residentes			Fração Global de amostragem
		Esperados por setor	Censo	Esperados na amostra	Censo	Esperados na amostra	Censo	Esperados na amostra	Censo	Esperados na amostra	
Manaus	40	20	386218	800	328028	680	1405835	2910	936878	2448	1/482
Belém	59	12	350056	708	297111	602	1280614	2593	914860	2065	1/494
Palmas	30	16	43421	480	35523	393	137045	1516	92168	1178	1/91
São Luis	49	14	240937	686	202537	577	868047	2473	605456	1655	1/351
Fortaleza	60	16	617212	960	527340	820	2141402	2908	1511790	2461	1/644
Natal	50	8	209596	400	177579	339	712317	1352	510990	1016	1/524
João Pessoa	45	14	176951	630	151954	541	597934	2110	432502	1623	1/281
Recife	64	7	426194	448	377068	396	1422905	1494	1050665	1189	1/951
Aracaju	40	10	143354	400	116917	328	461534	1292	333667	984	1/356
Campo Grande	45	8	217314	360	186276	309	663621	1099	474829	926	1/604
Distrito Federal	49	20	630645	980	548527	852	2051146	3171	1468067	2557	1/644
Belo Horizonte	80	14	734554	1120	628885	963	2238526	3419	1695005	2697	1/653
Vitória	40	11	100876	440	85810	374	292304	1272	221420	935	1/229
Rio de Janeiro	85	20	2127853	1700	1807940	1445	5857904	3954	4534322	3613	1/1251
São Paulo	100	6	3551302	600	2992656	506	10434252	1754	7841423	1416	1/5919
Curitiba	102	10 ou 15	541566	1295	472232	1146	1587315	4410	1192393	2635	1/412
Florianópolis	45	12	141127	540	103907	398	342315	1308	260594	994	1/261
Porto Alegre	65	14	502865	910	441828	800	1360590	2455	1046945	1839	1/553
Total	1048	-	11142041	13457	9482118	11469	33855606	41490	25123974	32231	-

Fonte: Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não transmissíveis, Conprev/INCA/MS. IBGE-Censo Demográfico 2000

6 COLETA DE DADOS

6.1 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto no município do Rio de Janeiro, no mês de maio de 2002, quando foram aplicados 60 questionários nos bairros de Bangu, Botafogo e Grajaú. Após o estudo piloto, o questionário foi revisado para o trabalho de campo.

6.2 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi coordenado pela autora, tendo transcorrido durante os meses de junho de 2002 a outubro de 2005.

Para realização da pesquisa, criou-se, em cada capital estudada, uma estrutura de recursos humanos com o objetivo de garantir a qualidade das informações coletadas. Essa estrutura foi composta de um coordenador de trabalho de campo, supervisores de campo e entrevistadores.

O treinamento foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, os entrevistadores e supervisores foram treinados com auxílio de manuais, exercícios e simulações, enquanto a segunda etapa foi apenas de prática e para o esclarecimento de dúvidas após a realização de algumas entrevistas.

Através da realização de entrevistas domiciliares, os dados foram colhidos mediante aplicação de questionário estruturado, em entrevistas face-a-face. Os supervisores revisitaram todos os domicílios não entrevistados e uma amostra de 30% dos domicílios entrevistados com o objetivo de garantir a qualidade das informações. Durante o trabalho de campo, os indivíduos que não foram encontrados após três tentativas não foram repostos e passaram, então, a ser considerados como perda.

6.3 CONTROLE DE QUALIDADE DOS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A crítica e codificação dos dados coletados constituíram-se em uma etapa fundamental no processo de controle de qualidade, pois, em se tratando de uma pesquisa por amostragem probabilística, os erros resultantes de preenchimento incorreto dos instrumentos poderiam afetar significativamente os resultados da pesquisa. Esta etapa ocorreu em dois momentos: na capital, após o término das entrevistas, e no nível central, antes da digitação.

Ao término das entrevistas no domicílio, os questionários foram entregues pelos entrevistadores aos supervisores para uma primeira revisão do material. Uma vez considerados adequados quanto à qualidade dos registros, os questionários foram encaminhados para uma equipe de críticos e codificadores locais sendo sucessivamente encaminhados para o nível central.

Com objetivo de garantir maior fidedignidade das informações coletadas, foi adotado um plano de reentrevista que consistiu em verificar aproximadamente 30% dos domicílios em cada setor selecionado e 50% dos questionários individuais em cada domicílio. Os domicílios selecionados para verificação foram selecionados de forma aleatória pela equipe técnica central.

6.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Como base para a elaboração dos instrumentos de coleta, foram revisados os questionários do Projeto *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades non tranmisibles* (CARMEN), da OMS/OPAS, o *WHO Standard Risk Factor Questionnaire* (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2000), o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS-CDC, 2000), o *Third Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) (CDC, 1996) e o *International Physical Activity Questionnaire Young and Middle-aged Adults* (IPAQ) (IPAQ, 2000)

Com o objetivo definir o elenco de informações essenciais e complementares a serem abordadas nos instrumentos de coleta de dados foram realizadas três oficinas de trabalho envolvendo técnicos da Divisão de Epidemiologia da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA envolvendo

especialistas nos temas específicos do estudo. Após esses encontros, elaborou-se uma primeira versão do questionário, posteriormente pré-testada em uma amostra de conveniência, formada por pessoas com diferentes níveis de escolaridade.

O questionário domiciliar (Anexo A) foi composto por perguntas já testadas e validadas em estudos anteriores realizados pelo IBGE no Brasil. Essa parte continha dados de identificação que compreendiam características demográficas básicas, tais como: condição do morador na unidade domiciliar e na família, idade e situação conjugal, e informações sobre indicadores socioeconômicos: escolaridade, condições ambientais do domicílio e renda familiar. Para a captação das variáveis demográficas, utilizou-se o questionário da PNAD (INCA, 2004a).

O questionário individual para adultos (Anexo B) foi composto por módulos sobre saúde relacionados a: situação e exposição ocupacional, atividade física, dieta, tabagismo, álcool, percepção de saúde e morbidade referida (pressão arterial, colesterol e diabetes).

Para a caracterização da situação nutricional dos respondentes, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) através da informação do peso e da estatura referidos. O IMC foi obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). A classificação dos indivíduos de acordo com o IMC se baseou na proposta preconizada pela OMS (WHO, 2003). Valores de IMC acima de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ corresponderam a sobrepeso, e valores de $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$, à obesidade (INCA, 2004b). Essas definições foram baseadas em evidências que sugerem que estes valores de IMC estão associados ao risco de doenças e à morte prematura (INCA, 2004b).

No módulo referente à atividade física, o instrumento de coleta utilizado foi a versão reduzida do *International Physical Activity Questionary* (IPAQ) para estudos nacionais de prevalência devido à possibilidade de comparação internacional e também recomendada pela OMS para avaliação da atividade física em adultos até 69 anos. O instrumento continha perguntas relacionadas à frequência (dias por semana) e à duração (tempo por dia) da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada. Nesta pesquisa, para classificação do nível de atividade física, foi adotado o Consenso obtido entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o CDC, em 2002, considerando os critérios de frequência, duração e tipo de atividade física

(caminhada, moderada e vigorosa). Os indivíduos foram considerados nos grupos de risco quando classificados como sedentários ou irregularmente ativos, formando assim, em conjunto, o grupo dos insuficientemente ativos. Para avaliação da presença de pelo menos um fator de risco na população estudada, foram excluídos todos os adultos que não responderam à versão completa do questionário de atividade física.

No módulo que abordou questões relacionadas ao tabagismo, os questionários do NHANES III, 1988-1994 (BRASIL, INCA, 2004d) e do BRFSS (BRASIL, INCA, 2004d), ambos inquéritos de base populacional realizados periodicamente nos Estados Unidos, foram usados como referências para a construção do questionário. O módulo de tabagismo foi composto por dois modelos de questionário: um para pessoas de 15 a 24 anos; e outro, para pessoas de 25 anos ou mais. Nos dois modelos, existiam questões para a estimativa da prevalência de tabagismo ativo e de exposição tabagística ambiental, para descrição do perfil do fumante, variáveis relativas à cessação do comportamento de fumar, opiniões, conhecimentos e atitudes quanto à exposição tabagística ambiental. No modelo destinado à faixa etária mais jovem, foram acrescentadas perguntas sobre iniciação ao tabagismo.

Para avaliar o consumo de álcool nesta pesquisa, utilizou-se um instrumento baseado no módulo para consumo de álcool do BRFSS (BRASIL, INCA, 2004e) que definiu, como consumo moderado de álcool, a ingestão de uma dose/dia para as mulheres e duas doses/dia para os homens. A ingestão de doses diárias acima desse padrão foi considerada prejudicial, representando algum risco para a saúde dos indivíduos. Esse módulo teve como objetivo principal classificar os indivíduos quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em função de quantidades que representavam riscos para doenças e agravos não transmissíveis e não pretendeu produzir estimativas populacionais de alcoolismo. Os dados permitiram avaliar a proporção da população que consumiu álcool nos últimos 30 dias e aqueles que consumiram quantidades de álcool acima das recomendações da OMS.

O indicador utilizado para estimar a prevalência da hipertensão foi a morbidade referida, ou hipertensão em pelo menos uma consulta entre aqueles que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos.

No módulo diabetes, foi investigada a morbidade referida. O diabetes foi definido a partir do relato do diagnóstico médico de diabetes feito pelos entrevistados que alegaram ter realizado exame de glicemia.

No módulo para identificar hipercolesterolemia, foram investigados o acesso ao exame laboratorial de colesterol e a morbidade referida. A hipercolesterolemia foi definida a partir do relato do diagnóstico médico de colesterol alto feito pelos entrevistados que alegaram ter realizado exame de colesterol.

Neste estudo, para avaliar a percepção de saúde, utilizou-se a pergunta: “De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) Sr.(a) considera o seu próprio estado de saúde?”. Esta pergunta foi realizada de forma direta e mediu a auto-avaliação do estado de saúde em escala de cinco categorias. Ela já foi utilizada em estudos internacionais (BRASIL, INCA, 2004f) como CINDI¹, CARMEN², BRFSS³ e NHANES⁴ e também o foi no Suplemento Saúde da PNAD/1998⁵ (BRASIL, 2000).

Para investigar a aglomeração de pelo menos um FR para DCNTs, foi criado, para esse estudo, um escore que considerou o número de fatores de risco modificáveis (excesso de peso: sobrepeso + obesidade; atividade física: insuficientemente ativa: irregularmente ativa + sedentária; tabagismo e consumo de álcool de risco; hipertensão; diabetes e hipercolesterolemia). Como a informação sobre atividade física foi restrita à população de até 69 anos, a aglomeração de FR foi analisada, apenas, para a população de 25 a 69 anos.

¹ Countrywide Integrated Noncommunicable Disease. Intervention Programme, CINDI Health Monitor, WHO. Regional Office for Europe. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “*How would you assess your present state of health?*”. As opções de resposta são: “*good, reasonably good, average, rather poor or poor*”.

² Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles, WHO. Regional Office for the Americas. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “*In general, how would you describe your health?*”. As opções de resposta são: “*excellent, very good, good, fair, poor or don’t know/not sure*”.

³ Behavioral Risk Factor Surveillance System, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Descrição da pergunta nesta pesquisa: “*Would you say that in general, your health is:*”. As opções de resposta são: “*excellent, very good, good, fair, poor, don’t know/not sure or refused*”.

⁴ National Health and Nutrition Examination Survey. Descrição da pergunta nesta pesquisa: “*Would you say that in general, your health is excellent, very good, good, fair or poor?*”.

⁵ Descrição da pergunta realizada na PNAD: “*De um modo geral, ..., considera o seu próprio estado de saúde como:*”. As opções de resposta são: “*muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim*”.

6.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi desenvolvido um aplicativo de informática em linguagem *Delphi*, com utilização da plataforma *ORACLE*, para digitação dos dados. Para controlar a qualidade da digitação, foi utilizado um dígito verificador (DV) que consistiu no somatório dos números de quadrículas assinaladas ou preenchidas em cada página do questionário.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As estimativas de proporção e de associação e respectivos erros-padrão foram calculados considerando o plano de amostragem por conglomerados. Foi utilizado o programa estatístico *STATA 8.0* (*STATACORP, 2003*) que, por meio do módulo “*survey*”, permite a análise de dados provenientes de inquéritos epidemiológicos com estratégias complexas de amostragem. Estimou-se a prevalência dos fatores de risco e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) na população total entrevistada e nos vários subgrupos criados a partir das características sociodemográficas estudadas. Esses procedimentos permitiram incorporar pesos distintos das observações que influenciaram estimativas pontuais de parâmetros da população total. Razões de prevalência foram calculadas com o intuito de estudar a associação entre a presença de pelo menos um FR para DCNTs e algumas características sociodemográficas selecionadas. Valores de “p” menor que 0,05 foram considerados como estatisticamente significantes.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexo C), sendo respeitadas todas as recomendações. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo informante antes de responder ao questionário (Anexo D).

7 RESULTADOS

Foram entrevistados 8.266 homens e 10.986 mulheres. Os respondentes eram majoritariamente do sexo feminino (57,8%), com menos de 40 anos de idade (44,0%) e referiram ser casados ou ter união estável (65,2%). Cerca de 60% dos respondentes tinham o ensino fundamental completo ou mais, e 38% não trabalhavam (Tabela 3).

Tabela 3: Situação socioeconômica e demográfica na população de 25 anos e mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	% (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	8.266	42,2 (41,3-43,1)
Feminino	10.986	57,8 (56,9-58,7)
Faixa etária		
< 40 anos	8.856	44,0 (42,5-45,5)
40-59 anos	7.448	40,3 (39,0-41,6)
60-79 anos	2.667	14,3 (13,4-15,2)
80 anos e +	281	1,5 (1,2-1,8)
Situação conjugal		
Casado	12.657	65,2 (63,7-67,0)
Divorciado/separado	1.939	10,1 (9,4-10,9)
Solteiro	3.396	17,8 (16,7-18,9)
Viúvo	1.259	6,9 (6,3-7,6)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	7.854	42,0 (39,7-44,0)
Fundamental completo ou mais	11.350	58,1 (56,0-60,3)
Situação de trabalho		
Com trabalho	12.045	62,0 (60,6-63,3)
Sem trabalho	7.206	38,0 (36,7-39,4)
Faixa de renda <i>per capita</i>		
< 1 SM**	8.038	39,4 (36,8-42,1)
1 a 3 SM	5.758	34,1 (32,0-36,2)
3 a 5 SM	1.770	10,3 (9,1-11,6)
≥ 5 SM	2.379	14,9 (13,1-16,9)
Região de residência		
Norte	2.958	7,0 (5,7-8,6)
Nordeste	5.594	18,4 (16,1-21,0)
Sudeste	5.303	57,6 (53,5-61,5)

Características sociodemográficas	n	% (IC 95%)*
Sul	3.508	9,5 (8,1-11,1)
Centro-Oeste	1.889	7,5 (5,9-9,4)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

Na tabela 4, estão descritas as prevalências dos fatores de risco estudados nas 18 capitais brasileiras. Como pode ser visto, o excesso de peso (sobrepeso + obesidade) apresentou a maior prevalência entre os fatores pesquisados (48,1%). Já 39,7% da população estudada foi classificada como insuficientemente ativa (irregularmente ativa + sedentária). O consumo de cigarros foi referido por 20,8% da população. Foram classificados como tendo consumo elevado de álcool 7,8% dos pesquisados. Entre os adultos, 25,2% referiram ser hipertensos e 8,0% ter diabetes. Hipercolesterolemia foi referida por 23,6% dos entrevistados. A ausência de fatores de risco foi observada apenas em 8,5% da população.

Tabela 4: Prevalência de fatores de risco DCNTs na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Fatores de Risco	n	% (IC 95%)
Excesso de peso	7.491	48,1 (46,6-49,6)
Insuficientemente ativo	4.650	39,7 (38,0-41,5)
Tabagismo	3.884	20,8 (19,8-21,9)
Consumo de álcool de risco	1.653	7,8 (7,2-8,5)
Hipertensão arterial	4.530	25,2 (24,1-26,4)
Diabetes	927	8,0 (7,1-8,9)
Hipercolesterolemia	3.123	23,6 (22,4-24,8)

A tabela 5 apresenta a distribuição de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) em relação às diferentes variáveis demográficas analisadas. Esse fator de risco esteve mais presente entre os homens do que entre as mulheres, entre os adultos de 40 a 79 anos e entre os viúvos. Também se mostrou mais frequente entre os de menor grau de escolaridade e entre os sem trabalho. Com relação à faixa de

renda, o excesso de peso foi mais prevalente entre os que ganham de um a três salários mínimos, quando comparados aos que ganham menos de um salário mínimo. Os entrevistados que residem nas regiões Sudeste e Sul do Brasil apresentaram mais frequentemente excesso de peso do que os que moram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Tabela 5: Prevalência do excesso de peso na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Excesso de peso (sobrepeso + obesidade) % (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	3.981	53,9 (51,8-55,9)
Feminino	3.510	43,1 (41,2-45,2)
Faixa etária		
< 40 anos	2.841	38,6 (36,6-40,5)
40-59 anos	3.483	55,9 (53,6-58,2)
60-79 anos	1.082	56,0 (52,4-59,5)
80 anos e +	85	46,4 (37,2-55,8)
Situação conjugal		
Casado	5.349	51,0 (49,2-52,9)
Divorciado/separado	709	45,6 (40,9-50,3)
Solteiro	983	36,2 (33,3-39,1)
Víuvo	450	56,9 (51,7-62,1)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	2.702	49,6 (47,2-52,0)
Fundamental completo ou mais	4.765	47,1 (45,3-48,8)
Situação de trabalho		
Com trabalho	4.869	47,0 (45,3-48,8)
Sem trabalho	2.621	50,1 (47,9-52,3)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	2.521	43,9 (41,6-46,3)
1 a 3 SM	2.544	50,6 (48,4-52,7)
3 a 5 SM	783	49,3 (44,7-53,8)
≥ 5 SM	1.136	50,4 (47,3-53,5)
Região de residência		
Norte	1.027	46,3 (43,4-49,2)
Nordeste	1.857	44,3 (42,6-46,0)
Sudeste	2.254	49,7 (47,4-52,1)

Características sociodemográficas	n	Excesso de peso (sobrepeso + obesidade) % (IC 95%)*
Sul	1.626	49,2 (47,2-51,2)
Centro-Oeste	727	43,5 (40,7-46,3)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

As características da população estudada com relação à prática da atividade física podem ser observadas na tabela 6. Os homens referiram menor inatividade do que as mulheres. A idade e a escolaridade foram características que não tiveram associação com o fato de os indivíduos serem insuficientemente ativos. Os casados e os solteiros mostraram-se mais ativos do que os viúvos. Os adultos sem trabalho apresentaram maior prevalência desse comportamento de risco. Os moradores da região Norte mostraram-se menos sedentários e irregularmente ativos quando comparados com os que moram nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul.

Tabela 6: Prevalência de atividade física na população de 25 a 69 anos em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Insuficientemente ativos (sedentários + irregularmente ativos) % (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	1.856	35,9 (33,7-38,1)
Feminino	2.794	42,6 (40,5-44,7)
Faixa etária		
< 40 anos	2.266	39,4 (37,2-41,6)
40-59 anos	1.898	39,7 (37,4-42,1)
60-69 anos	486	41,5 (37,0-46,1)
Situação conjugal		
Casado	3.141	39,4 (37,4-41,5)
Divorciado/separado	471	42,6 (38,5-46,9)
Solteiro	821	36,9 (33,9-39,9)
Viúvo	216	50,3 (44,6-67,0)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1.744	39,6 (36,9-42,3)
Fundamental completo ou mais	2.898	39,9 (37,8-42,0)
Situação de trabalho		
Com trabalho	2.991	38,2 (36,3-40,2)
Sem trabalho	1.659	42,6 (39,7-45,4)

Características sociodemográficas	n	Insuficientemente ativos (sedentários + irregularmente ativos) % (IC 95%)*
Faixa de renda <i>per capita</i>		
< 1 SM**	1.938	37,3 (34,7-39,9)
1 a 3 SM	1.330	41,5 (38,5-44,5)
3 a 5 SM	453	40,9 (36,5-45,4)
≥5 SM	608	42,5 (38,5-46,6)
Região de residência		
Norte	630	33,9 (30,4-37,6)
Nordeste	1.575	42,0 (39,6-44,4)
Sudeste	1.254	40,0 (37,2-42,9)
Sul	777	40,2 (37,1-43,4)
Centro-Oeste	414	37,0 (33,3-40,9)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

O uso do tabaco foi mais frequente entre os homens. Nota-se ainda que sua prevalência foi maior entre aqueles na faixa etária de 40 a 59 anos e entre os divorciados e separados. Como pode ser visto na tabela 7, quanto menor a escolaridade do entrevistado, maior a prevalência do tabagismo. Quanto à faixa de renda *per capita*, observa-se que o consumo atual de cigarros foi menor entre os que ganhavam cinco ou mais salários mínimos, quando comparado aos que tem menos de um salário mínimo. Com relação à região de residência, a prevalência de tabagismo foi maior entre os moradores do Sul do país, seguidos dos da região Sudeste.

Tabela 7: Prevalência de fumantes regulares de cigarros na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Fumantes regulares % (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	2.058	25,2 (23,6-26,8)
Feminino	1.826	17,7 (16,4-19,1)
Faixa etária		
< 40 anos	1.707	20,0 (18,5-21,7)
40-59 anos	1.820	24,8 (23,2 -26,5)
60-79 anos	348	14,0 (11,8-16,5)

Características sociodemográficas	n	Fumantes regulares
		% (IC 95%)*
80 anos e +	9	2,7 (1,3-5,5)
Situação conjugal		
Casado	2.443	20,1 (18,8-21,5)
Divorciado/separado	546	28,4 (24,8-32,4)
Solteiro	719	21,8 (19,6-24,3)
Viúvo	176	14,2 (11,5-17,5)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1.924	23,6 (22,1-25,2)
Fundamental completo ou mais	1.954	18,9 (17,5-20,3)
Situação de trabalho		
Com trabalho	2.552	21,3 (20,0-22,6)
Sem trabalho	1.332	20,1 (18,4-21,9)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	1.915	25,5 (23,7-27,4)
1 a 3 SM	1.042	18,6 (16,9-20,5)
3 a 5 SM	273	17,3 (14,2-21,0)
≥5 SM	405	17,1 (14,5-20,1)
Região de residência		
Norte	564	19,1 (17,4-21,0)
Nordeste	1.036	19,2 (17,9-20,5)
Sudeste	1.123	21,5 (19,8-23,3)
Sul	822	23,7 (22,0-25,5)
Centro-Oeste	339	18,0 (16,2-20,0)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

A tabela 8 descreve o consumo de álcool de risco na população adulta analisada. Os homens apresentaram três vezes mais esse comportamento de risco que as mulheres. Esse consumo foi maior entre os que tinham de 25 a 59 anos e eram solteiros ou divorciados. O fato de ter trabalho e de residir na região Nordeste estiveram associados com o consumo de álcool de risco.

Tabela 8: Prevalência do consumo de álcool de risco na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Consumo de álcool de risco
		% (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	1.158	13,0 (11,9-14,3)
Feminino	495	4,0 (3,5-4,5)
Faixa etária		
< 40 anos	931	8,9 (8,0-9,8)
40-59 anos	644	8,4 (7,3-9,5)
60-79 anos	76	3,4 (2,2-5,0)
80 anos e +	2	2,8 (0,5-15,2)
Situação conjugal		
Casado	1.040	7,5 (6,8-8,3)
Divorciado/separado	185	9,1 (7,2-11,3)
Solteiro	389	10,1 (8,7-11,6)
Viúvo	39	2,6 (1,8-3,7)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	588	7,1 (6,2-8,0)
Fundamental completo ou mais	1.063	8,4 (7,6-9,1)
Situação de trabalho		
Com trabalho	1.280	9,4 (8,6-10,3)
Sem trabalho	372	5,1 (4,3-6,0)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	710	8,0 (7,0 - 9,0)
1 a 3 SM	466	7,3 (6,2 - 8,5)
3 a 5 SM	135	8,4 (6,3 - 11,1)
≥ 5 SM	218	8,0 (6,6 - 9,7)
Região de residência		
Norte	216	7,7 (6,7-8,9)
Nordeste	593	11,2 (10,2-12,4)
Sudeste	519	7,1 (6,2-8,2)
Sul	180	5,4 (4,6-6,3)
Centro-Oeste	145	7,8 (6,5-9,5)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

Conforme descrito na tabela 9, a HA foi referida por 25,2% dos entrevistados e esteve mais presente entre as mulheres do que entre os homens. Sua prevalência foi mais elevada entre os indivíduos com 60 anos e mais, com menor escolaridade e sem trabalho. Entre as regiões estudadas, os residentes na região Norte foram os que apresentaram menor prevalência.

Tabela 9: Prevalência referida de hipertensão arterial em pelo menos uma consulta na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Hipertensão Arterial
		% (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	1.624	22,8 (21,2-24,4)
Feminino	2.906	28,6 (27,1-30,2)
Faixa etária		
< 40 anos	906	11,3 (10,2-12,5)
40-59 anos	2.177	32,0 (30,0-34,0)
60-79 anos	1.316	51,4 (48,0-54,8)
80 anos e +	131	47,0 (38,8-55,4)
Situação conjugal		
Casado	2.952	25,7 (24,2-27,2)
Divorciado/separado	470	24,0 (21,3-27,0)
Solteiro	489	18,0 (15,5-20,9)
Viúvo	618	54,1 (50,0-58,1)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	2.375	34,6 (32,7-36,6)
Fundamental completo ou mais	2.146	20,2 (18,9-21,4)
Situação de trabalho		
Com trabalho	2.143	19,7 (18,5-20,9)
Sem trabalho	2.386	36,6 (34,5-38,8)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	1.803	26,7 (24,7-28,8)
1 a < 3 SM	1.445	27,3 (25,5-29,3)
3 a < 5 SM	429	26,0 (22,6-29,7)
≥ 5 SM	534	20,8 (18,2-23,7)
Região de residência		
Norte	519	20,1 (18,5-21,7)
Nordeste	1.243	24,8 (23,4-26,3)
Sudeste	1.416	27,5 (25,7-29,4)
Sul	913	26,9 (25,1-28,7)

Características sociodemográficas	n	Hipertensão Arterial
		% (IC 95%)*
Centro-Oeste	439	23,9 (22,1-25,8)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

Conforme observado na tabela 10, o diabetes esteve presente mais entre os homens do que entre as mulheres. Sua prevalência também foi mais elevada entre os indivíduos com 60 anos e mais e os viúvos, entre os com menor escolaridade e sem trabalho. Os residentes na região Centro-Oeste foram os que apresentaram menor prevalência.

Tabela 10: Prevalência referida de diagnóstico clínico de diabetes na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Diabetes
		% (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	376	9,4 (7,9-11,1)
Feminino	551	7,1 (6,2-8,2)
Faixa etária		
< 40 anos	84	1,8 (1,3-2,7)
40-59 anos	415	7,9 (6,7-9,2)
60-79 anos	391	19,0 (16,3-22,0)
80 anos e +	37	15,3 (9,6-23,5)
Situação conjugal		
Casado	586	7,7 (6,7-8,8)
Divorciado/separado	94	6,5 (4,5-9,1)
Solteiro	77	5,5 (3,8-7,8)
Viúvo	169	16,4 (13,1-20,4)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	569	12,9 (11,4-14,6)
Fundamental completo ou mais	355	5,0 (4,2-6,0)
Situação de trabalho		
Com trabalho	340	4,6 (3,7-5,5)
Sem trabalho	587	12,9 (11,1-14,8)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	367	9,3 (7,9-11,0)

Características sociodemográficas	n	Diabetes
		% (IC 95%)*
1 a < 3 SM	312	9,1 (7,5-10,9)
3 a < 5 SM	74	5,3 (3,7-7,5)
≥ 5 SM	106	5,0 (3,7-6,8)
Região de residência		
Norte	127	8,6 (7,4-10,0)
Nordeste	249	7,6 (6,6-8,7)
Sudeste	284	8,5 (7,1-10,0)
Sul	193	7,0 (5,9-8,2)
Centro-Oeste	74	5,9 (4,7-7,4)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

A prevalência de indivíduos que referiram ter hipercolesterolemia está descrita na tabela 11. Essa morbidade esteve mais presente entre as mulheres, entre os indivíduos com idade entre 60 anos e 79 anos e os viúvos. A menor escolaridade dos entrevistados e o fato de não ter trabalho foram características que também tiveram associação com a presença de hipercolesterolemia. Os residentes na região Nordeste foram os que apresentaram maior prevalência.

Tabela 11: Prevalência de diagnóstico referido de diagnóstico clínico de hipercolesterolemia na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Hipercolesterolemia
		% (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	1.114	22,0 (20,2-23,9)
Feminino	2.009	24,6 (23,0-26,1)
Faixa etária		
< 40 anos	609	12,1 (10,8-13,6)
40-59 anos	1.630	28,3 (26,3-30,4)
60-79 anos	832	34,1 (31,1-37,2)
80 anos e +	52	17,2 (12,6-23,1)
Situação conjugal		
Casado	2.028	23,7 (22,2-25,2)
Divorciado/separado	350	21,5 (18,4-24,9)
Solteiro	386	18,7 (16,0-21,7)
Viúvo	359	34,2 (29,8-38,9)

Características sociodemográficas	n	Hipercolesterolemia
		% (IC 95%)*
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1.322	27,4 (25,3-29,7)
Fundamental completo ou mais	1.796	21,4 (19,8-23,0)
Situação de trabalho		
Com trabalho	1.578	19,5 (18,1-21,0)
Sem trabalho	1.545	29,4 (27,4-31,6)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	998	22,0 (20,2-24,0)
1 a 3 SM	985	23,7 (21,6-25,9)
3 a 5 SM	339	24,3 (20,4-28,7)
≥5 SM	549	23,8 (20,8-27,1)
Região de residência		
Norte	392	22,7 (20,5-25,1)
Nordeste	917	25,3 (23,7-27,0)
Sudeste	952	23,6 (21,7-25,6)
Sul	576	21,9 (20,3-23,7)
Centro-Oeste	286	22,3 (20,0-24,8)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

Quanto ao estado de saúde autorreferido, observou-se que 28,8% (IC 95% 27,4-30,4) dos entrevistados consideraram seu estado de saúde, quando comparado com outras pessoas da sua idade, regular ou ruim. Na tabela 12, está descrita esta percepção da população em relação às demais variáveis analisadas. Como pode ser visto, a autoavaliação do estado de saúde como regular ou ruim esteve mais presente entre as mulheres do que entre os homens, entre os indivíduos com 80 anos e mais e entre os viúvos. Além disso, observou-se maior frequência entre os com menor escolaridade e sem trabalho. Os residentes na região Sul do país foram os que menos referiram percepção de saúde regular ou ruim.

Tabela 12: Prevalência da autoavaliação do estado de saúde na população de 25 anos ou mais em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	n	Estado de saúde regular ou ruim % (IC 95%)*
Sexo		
Masculino	1.973	23,5 (21,9-25,1)
Feminino	3.591	31,9 (30,3-33,6)
Faixa etária		
< 40 anos	2.051	22,2 (20,7-23,9)
40-59 anos	2.287	30,4 (28,5-32,4)
60-79 anos	1.107	40,3 (37,1-43,5)
80 anos e +	119	41,2 (31,8-51,3)
Situação conjugal		
Casado	3.625	27,8 (26,3-29,3)
Divorciado/separado	580	27,5 (24,2-31,0)
Solteiro	809	25,4 (22,8-28,2)
Viúvo	549	42,7 (38,4-47,1)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	3.237	40,3 (38,4-42,3)
Fundamental completo ou mais	2.311	19,7 (18,5-21,0)
Situação de trabalho		
Com trabalho	2.733	21,8 (20,4-23,2)
Sem trabalho	2.831	39,1 (37,0-41,2)
Faixa de renda per capita		
< 1 SM**	3.013	37,1 (35,3-39,1)
1 a 3 SM	1.544	27,6 (25,7-29,6)
3 a 5 SM	320	18,3 (15,5-21,4)
≥ 5 SM	324	14,0 (12,1-16,2)
Região de residência		
Norte	992	35,2 (32,7-37,6)
Nordeste	1.906	33,8 (31,9-35,7)
Sudeste	1.348	26,9 (24,9-29,0)
Sul	760	20,7 (19,1-22,5)
Centro-Oeste	558	29,7 (26,5-33,1)

* IC = Intervalo de confiança

** SM = Salário mínimo

A tabela 13 descreve os fatores associados à presença de pelo menos um fator de risco na população estudada. A RP aponta para a aglomeração de um ou mais fatores de risco entre homens, com 60 anos e mais, com menor escolaridade, que não têm trabalho, com renda *per capita* menor que um salário mínimo e cuja autoavaliação do estado de saúde foi regular ou ruim. A situação conjugal e o local de residência não foram estatisticamente significantes para ausência ou presença de pelo menos um FR.

Tabela 13: Associação entre a presença de pelo menos um FR para DCNTs e as características sociodemográficas em 18 capitais brasileiras, 2002-2005

Características sociodemográficas	Sem fator de risco (%) n= 929	1 ou + fator de risco (%) n= 10083	RP*	IC 95%**	valor de p
Sexo					
Masculino	6,4	93,6	1,04	(1,02-1,05)	p < 0,001
Feminino	10,0	90,0	1	ref.***	
Faixa etária					
≥ 60 anos	5,1	94,9	1,04	(1,02-1,06)	p < 0,001
< 60 anos	9,1	90,9	1	ref.	
Situação conjugal					
Casado	8,0	92,0	1,01	(0,99 - 1,03)	p=0,1288
Outra situação	9,3	90,7	1	ref.	
Escolaridade					
Fundamental incompleto	4,0	96,0	1,08	(1,07-1,10)	p < 0,001
Fundamental completo ou mais	11,6	88,4	1	ref.	
Situação de trabalho					
Sem trabalho	6,0	94,0	1,04	(1,02-1,06)	p < 0,001
Com trabalho	10,0	90,0	1	ref.	
Faixa de renda per capita					
< 1 SM****	5,2	94,8	1	ref.	p < 0,001
1 a 3 SM	8,1	91,9	0,97	(0,95-0,99)	
3 a 5 SM	12,5	87,5	0,92	(0,89-0,96)	
≥ 5 SM	13,4	86,6	0,91	(0,88-0,94)	
Região de residência					
Sudeste	8,9	91,1	0,98	(0,97 - 1,00)	p=0,1069
Outras regiões	7,8	92,2	1	ref.	
Estado de saúde regular ou ruim					
Sim	4,0	96,0	1,07	(1,05-1,08)	p < 0,001
Não	10,3	89,7	1	ref.	

* RP = Razão de prevalências

**IC = Intervalo de confiança

*** ref.= valor de referência

**** SM = Salário mínimo

8 DISCUSSÃO

Atualmente, as DCNTs representam uma grande preocupação na área da Saúde Pública, sendo responsáveis por uma parcela significativa e crescente da carga de doenças e por cerca de 60% dos óbitos no Brasil (EDITORIAL, 2008).

Para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNTs é preciso que se tenha o conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus FR, ou seja, dos estilos de vida, hábitos, exposições e comorbidades. Os estudos brasileiros sobre FR para DCNTs são recentes e em pequeno número. A maioria concentra-se na região Sudeste do País. Somente três estudos apresentaram resultados para as capitais dos Estados brasileiros e o DF (MONTEIRO et al., 2005), (BRASIL, 2008), (BRASIL, 2007), mesmo assim com algumas limitações por serem inquéritos telefônicos. O presente estudo realizado no Brasil, entre 2002 e 2005, dedicou-se a suprir essa lacuna do conhecimento ao estudar a prevalência de FR para as DCNTs na população das 18 capitais pesquisadas.

No que se refere à prevalência de excesso de peso, o resultado encontrado neste estudo foi elevado (48,1%). Essa observação concorda com aquelas assinaladas em outros estudos (COSTA et al., 2004; MONTEIRO et al., 2005; YOKOTA et al., 2007; CARVALHAES et al., 2007; PEIXOTO et al., 2008; CUNHA et al., 2008) que, de modo geral, indicam prevalências que variam entre 40% e 50%. A pequena variabilidade nessas prevalências pode se dever ao fato de haver consenso no que diz respeito à padronização do cálculo do IMC. Em todas as cidades analisadas, o excesso de peso foi mais frequente em homens do que em mulheres, o que está de acordo com os dados encontrados por outros autores (LESSA, 2004; MONTEIRO et al., 2005; CARVALHAES et al., 2007; MOURA et al., 2008; PEIXOTO et al., 2008; CUNHA et al., 2008). Com relação à faixa etária, adultos jovens apresentaram prevalências menores quando comparados àqueles com mais de 40 anos de idade. Esses números corroboram aqueles descritos por Souza et al. (2003). Além disso, solteiros também foram os que apresentaram menor prevalência de excesso de peso quando comparados às outras situações conjugais, reproduzindo os dados de Cunha et al. (2008). Neste estudo, escolaridade e situação de trabalho não influenciaram na prevalência de excesso de peso, o que

concorda com as observações do Vigitel 2008 o qual encontrou prevalência de 43,3%, muito semelhante à observada no presente estudo (43,1%).

A prática regular de atividades físicas entre os níveis moderados e vigorosos funciona como fator de proteção para morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e obesidade. É fundamental a identificação dos determinantes desse comportamento para serem propostas estratégias populacionais com vista à adoção de um estilo de vida fisicamente ativo. Estimativas globais da OMS (WORLD, 2002) indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes; por 22% dos casos de doença isquêmica do coração; e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama e cólon e reto. Dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) apontam que 80% da população brasileira adulta é sedentária. O presente estudo estimou a prevalência de insuficientemente ativos a partir da soma daqueles que referiram ser sedentários e os irregularmente ativos. Analisando a população total do estudo, observa-se que quase 40% dos entrevistados estão nessa situação. Esse comportamento foi mais frequente em mulheres (42,6%) do que em homens (35,9%), sendo essa diferença estatisticamente significativa. Esses valores foram semelhantes àqueles observados em mulheres (58,2%) no estudo de Carvalhaes (2008). Por outro lado, neste estudo a inatividade física não esteve positivamente associada com a idade, o que está em desacordo com os dados do estudo Vigitel 2008 (52,6%). Além disso, no presente estudo, as prevalências variaram pouco entre os adultos jovens (39,4%) e os idosos (41,5%). Já o fato de ter trabalho aparece como um fator associado de forma positiva à prática da atividade física, o que pode ser explicado pelo maior acesso à informação sobre a importância da prática de atividade física.

Por fim, as diferenças entre as prevalências identificadas no presente estudo e aquela obtida pelos diferentes autores podem se dever à forma como essa variável foi por eles classificada: dias por semana com atividade física no lazer (pelo menos 30 minutos) (CARVALHAES et al., 2008; CUNHA et al., 2008), atividade física ocupacional (CUNHA et al., 2008), atividade física no deslocamento (CARVALHAES et al., 2008; CUNHA et al., 2008), atividade física na limpeza (CUNHA et al., 2008), fisicamente inativos (sem prática de qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela

limpeza pesada de suas casas) (CARVALHAES et al., 2008) e sedentarismo (CARVALHAES et al., 2008; CUNHA et al., 2008).

Atualmente, o cigarro, antes visto como estilo de vida, é reconhecido como fator de dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Considerado pela OMS como grande problema de Saúde Pública, o tabagismo é uma pandemia, responsável por cerca de cinco milhões de mortes (quatro milhões de homens; um milhão de mulheres), por ano, em todo o mundo (FIGUEIREDO, 2007). Apesar de alta, a prevalência de 20,8% de fumantes de cigarros encontrada no presente estudo foi inferior àquela observada na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN, 1990) (30,2%). Mais recentemente, em sua terceira fase, o Vigitel 2008 encontrou prevalência de 15,2% de fumantes entre os brasileiros. Embora as metodologias dos estudos não sejam comparáveis, os resultados apontam para uma expressiva redução nesses percentuais. Os dados do NHIS, de 2007, relativos aos maiores de 18 anos residentes nos Estados Unidos da América, apontam para uma prevalência de 19,7%. O CDC (2008) fez uma comparação da prevalência anual de tabagismo entre adultos norte-americanos e concluiu que houve uma diminuição de 24,7%, observado em 1997, para 19,7%, descrito em 2007. Pode-se considerar, como um dos responsáveis por esse declínio no Brasil, a implantação de ações de impacto (legislação, advertências nos produtos sobre os malefícios do tabagismo, criação e ampliação dos ambientes livres do tabaco, e restrição ou proibição da propaganda), coordenadas pelo INCA/MS, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que, sob o ponto de vista cronológico, podem estar refletidas no declínio dessa prevalência. Estes achados podem ser considerados um importante indício de que as políticas públicas de controle do tabaco vêm obtendo êxito (FIGUEIREDO, 2007).

Quanto ao perfil do usuário, neste estudo o comportamento de fumar se mostrou mais frequente entre homens do que entre mulheres em todas as regiões do país, embora as diferenças segundo gênero tenham variado muito de cidade para cidade. Os achados da pesquisa também concordam com os apontados em outros estudos, que, de modo geral, indicam que a prevalência é maior entre os homens. Assim como encontrado no Vigitel, em 2008, este estudo também indicou maior consumo entre aqueles com escolaridade mais baixa. Entre os fatores de risco modificáveis, o tabagismo é considerado o mais importante para a morbi-mortalidade

por cânceres tabaco-relacionados, especialmente no que diz respeito à incidência e mortalidade por câncer de pulmão em homens e mulheres.

A literatura científica indica que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é um fator de proteção para mortalidade por DCNTs, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Já o consumo abusivo traz inúmeras consequências para a saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como a cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violência, transtorno mental, entre outros. A dependência química do álcool, atualmente chamada de alcoolismo, por si só, também é considerada uma doença (SOUZA et al., 2003). Este estudo classificou como de risco o consumo diário médio acima do limite recomendado pela OMS, ou seja, mais de duas doses padronizadas de bebida alcoólica para homens e mais de uma dose padronizada para mulheres, por dia (WHO, 2000). No conjunto da população adulta das 18 capitais estudadas, a frequência do consumo de risco de bebidas alcoólicas foi de 7,8% sendo três vezes maior em homens (13,0%) do que em mulheres (4,0%), o que é consistente com a literatura científica (COSTA et al., 2004; LESSA, 2004; MONTEIRO et al., 2005; CARVALHAES et al., 2008; MOURA et al., 2008; PEIXOTO et al., 2008; PEREIRA et al., 2008), que mostra prevalências que variam de 0,1% a 37,7%. Essas diferenças podem ser, em parte, devidas ao fato de não ter sido usado um questionário padronizado para avaliação desse FR.

Com relação à idade, foram observadas diferenças significativas entre as faixas etárias. A partir dos 60 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 2,8% entre aqueles com 80 anos e mais de idade. Esse dado está em acordo com as observações de Costa (2004) em seu estudo sobre consumo abusivo de álcool, realizado em Pelotas. Diferentemente de outros estudos, o Vigitel 2008 aponta que, entre os homens, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas pouco varia com o nível de escolaridade, mas para as mulheres é menor na faixa de menor escolaridade (até oito anos de estudo). A menor escolaridade e o fato de ter trabalho apareceram como um fator de proteção entre as mulheres, no presente estudo. Os resultados deste estudo indicam ainda que os homens são o grupo com maior consumo abusivo de álcool e, portanto, os mais suscetíveis às suas consequências. Portanto, ações de saúde dirigidas a esses grupos devem ser planejadas visando a diminuir o consumo abusivo de álcool e, conseqüentemente, seus malefícios.

Entre os fatores de risco modificáveis, a HA é considerada o mais importante para a morbi-mortalidade por DCNTs, especialmente no que diz respeito às doenças isquêmicas e ao acidente vascular cerebral. O interesse em obter informações sobre a prevalência de hipertensão arterial referida se deveu aos custos e complexidade da medida objetiva da pressão arterial. Apesar das limitações, fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela sua presença. É evidente que as frequências estimadas dessa maneira serão influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada localidade, podendo, assim, subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real desse fator de risco na população.

As altas prevalências de pessoas que disseram ter pressão arterial elevada neste estudo, em ambos os sexos, e o aumento substancial desse diagnóstico com o avanço da idade, isto é, a partir dos 40 anos, concordaram com os dados do Vigitel 2008, cuja frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 23,1%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,3%). Em ambos os sexos, nos dois estudos, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de HA. Considerando que a aferição da pressão arterial não é uma prática tão comum entre homens quanto entre mulheres, principalmente nesta faixa etária (adultos jovens), e diante da expressividade destes resultados (22,8%), seria fortemente recomendável que se pensasse em estratégias específicas para o diagnóstico precoce e acompanhamento do problema nesse subgrupo populacional.

Segundo vários autores (COSTA et al., 2004; SOUZA et al., 2003; LESSA, 2004; MARCOPITO et al., 2005; MONTEIRO et al., 2005; YOKOTA et al., 2007; CARVALHAES et al., 2004; PEIXOTO et al., 2008; CUNHA et al., 2008; PEREIRA et al., 2008), mesmo levando em consideração as diferenças metodológicas entre os estudos que dificultam uma abordagem conjunta dos achados, a prevalência do problema nas diferentes regiões do País vem se mostrando elevada. De acordo com a literatura científica, as prevalências variam entre 10,9% (CUNHA et al., 2008) e 50,6% (PEREIRA et al., 2008) e dependem, principalmente, da população estudada e dos métodos utilizados na definição e aferição da pressão arterial. Diferenças podem ainda ser explicadas pelo ponto de corte para classificação dos níveis tensionais, que mudou nos últimos anos, de acordo com a Classificação de Pressão Arterial de 2004 da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (BRASIL, 2004d),

levando à baixa prevalência em algumas cidades, em função do ano de coleta de dados. Isto foi observado no resultado de Souza et al. (2003), que se baseou nos critérios definidos pelo *VI Joint National Committee*, de 1997.

Um aumento no número de casos de diabetes vem sendo observado em vários países em desenvolvimento e tem como determinantes as transições demográficas e nutricionais neles em curso. O conhecimento das estimativas de prevalência dessa morbidade é fundamental, a fim de que seja possível estabelecer políticas públicas específicas de prevenção e atenção à saúde. Até o ano de 2002, no Brasil, só existia informação sobre a prevalência de diabetes proveniente de um único inquérito populacional, realizado no final da década de 1980, em nove capitais (DIRETRIZES 2008). O presente estudo ocorreu, 14 anos após a realização do primeiro, possibilitando assim um conhecimento mais atual dessa patologia, além de permitir estimativas deste agravo em cidades onde a prevalência era completamente desconhecida.

No conjunto da população adulta das 18 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi maior em homens (9,4%) do que em mulheres (7,1%). Esses resultados diferem daqueles descritos no Vigitel 2008, no qual a prevalência da doença foi maior em mulheres (5,6%) do que em homens (4,6%). Com relação à faixa etária, a prevalência do diabetes aumentou de acordo com a idade, descrevendo uma curva ascendente, com 1,8% de diabéticos naqueles com menos de 40 anos e 19,0% nos acima dos 60 anos de idade. O crescimento da prevalência com a idade também foi encontrado por outros autores (SOUZA et al., 2003; LESSA, 2004; CARVALHAES et al., 2008; PEIXOTO et al., 2008; CUNHA et al., 2008). Entretanto os valores do presente estudo foram inferiores aos encontrados na campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes, realizada em 2001 (DIRETRIZES, 2008) no Brasil, em adultos com 40 anos e mais, em que a prevalência variou de 5,2% em Brasília a 9,7% em São Paulo. Nos Estados Unidos, onde sua incidência é elevada, o diabetes afeta cerca de 23,6 milhões de pessoas, o que significa uma prevalência 8% da população (CDC, 2007).

No presente estudo, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de diabetes. Esses dados corroboram os do Vigitel 2008, que mostrou que mulheres (7,5%) e homens (5,6%) com até oito anos de escolaridade referem mais o diagnóstico da doença. Em ambos os estudos,

pessoas sem trabalho também referiram mais esse diagnóstico do que aquelas com trabalho.

Este estudo apresentou pequenas diferenças regionais na prevalência de diabetes. Os resultados encontrados para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul foram semelhantes. A região Centro-Oeste foi a única que apresentou menor prevalência. Esses resultados apontam para a necessidade de uma intervenção precoce para a prevenção do diabetes com destaque nas modificações no estilo de vida, principalmente no que diz respeito à inatividade física e à prevenção da obesidade.

Entre junho e agosto de 2002, a Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado, por iniciativa do Departamento de Aterosclerose e do FUNCOR da SBC mensurou os níveis sanguíneos de colesterol em 81.262 voluntários residentes nas cidades de Porto Alegre (RS), Curitiba (PR), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Salvador (BA), Brasília (DF), Campinas (SP), Campos de Jordão (SP), São José dos Campos (SP), Santos (SP), Santo André (SP) e Ribeirão Preto (SP). Seu objetivo principal foi, além de identificar outros fatores de risco (como os antecedentes familiares de doença arterial coronariana, diabetes, HA sistêmica e tabagismo), através do preenchimento de um questionário, alertar a população sobre as necessidades de prevenir a doença cardiovascular. A medida foi determinada em voluntários e não em uma amostra representativa da população. O estudo concluiu que 40% da população total estudada tinha níveis sanguíneos de colesterol elevado (MARTINEZ et al., 2003).

Estudos sugerem que a utilização de dados a partir da morbidade referida, em vez da coleta objetiva, permite obter informações de maneira confiável a um custo mais adequado num país em desenvolvimento com a dimensão do Brasil (THEME FILHA et al., 2008).

Os achados obtidos na prevalência de dislipidemia, maior entre as mulheres (24,6%) do que entre os homens (22,0%), corroboram os descritos no Vigitel 2008 (19,2% para as mulheres e 14,0% para os homens) e no SIMTEL Goiânia 2005 (PEIXOTO et al., 2008) (21% para as mulheres e 14,1% para os homens).

A hipercolesterolemia aumentou com a idade, tendendo a declinar nas faixas etárias mais avançadas. Foi encontrada menor prevalência de hipercolesterolemia entre os idosos de 80 anos e mais (17,2%), quando comparada aos resultados da “Campanha nacional de alerta sobre o colesterol elevado”, que identificou 40% de brasileiros nesta faixa etária com essa alteração. É importante destacar que medidas

feitas em voluntários tendem a superestimar a prevalência de fatores como o colesterol, pois é provável que pessoas com hábitos alimentares inadequados ou tendência familiar para hipercolesterolemia sintam-se mais estimuladas a participar e ter seu colesterol medido que as demais (MARTINEZ et al., 2003). Comparações com os resultados de outros estudos brasileiros são difíceis de serem feitas porque as estatísticas disponíveis foram obtidas em diferentes áreas urbanas, em diferentes pontos do tempo e usando diferentes metodologias.

Segundo a OMS, desde 1992, a autoavaliação do estado de saúde é considerada um dos indicadores mais frequentemente utilizados para se conhecer a percepção de saúde da população. Vários estudos revelam índices de 80% de concordância entre a autoavaliação do estado de saúde e a avaliação clínica da presença ou ausência de condição crônica. Outra questão que reforça a sua importância é por ser um dado facilmente coletado (VIACAVA, 2002) o que leva a ser amplamente utilizado em inquéritos de saúde. Essa autoavaliação do estado de saúde é obtida, habitualmente, por meio de uma única questão que pede para o indivíduo classificar o seu estado de saúde em *excelente*, *bom*, *regular* ou *ruim*. Neste inquérito cada entrevistado avaliou seu próprio estado de saúde diferentemente do que faz a PNAD, por exemplo, quando um entrevistado avaliou esse indicador pelos demais moradores do domicílio (BARROS et al., 2006).

Ao analisar esse indicador de saúde, encontrou-se autoavaliações piores entre as mulheres (31,9%) e os mais idosos (41,3%), além de desigualdades entre os diferentes níveis socioeconômicos. Os segmentos de menor escolaridade (40,3%) e aquele que não trabalha (39,1%) foram os que apresentaram pior percepção da saúde. Esses resultados são semelhantes aos encontrados no Vigitel 2008, que também mostrou prevalências maiores para as mulheres (6,1%), os mais idosos (8,4%) e os com menor escolaridade (5,9%).

Segundo dados do NHIS, nos Estados Unidos, em 2002, o percentual de indivíduos que autoavaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim foi de 12,2% (11,9% entre homens e 12,6% entre mulheres). Em linhas gerais, com respeito ao estado de saúde referido, as mulheres declaram pior estado em ambos os países (12,6% *versus* 31,9%), estando os brasileiros em pior situação. De forma geral, com relação à macrorregião de residência, a maior prevalência foi observada na região Norte, seguida pelas regiões Nordeste e Centro-Oeste. As menores

prevalências foram observadas nas regiões Sudeste e Sul, o que pode ser explicado pelo melhor acesso ao SUS e melhor qualidade de vida.

Inquérito realizado na população dos Estados Unidos, em 2001 (BRASIL, 2004d), mostrou que 17% dos americanos apresentaram três ou mais fatores de risco. Já no presente estudo, este percentual é de mais de 90% para pelo menos um FR.

No estudo relatado por Martinez et al. (2003), referente à Campanha Nacional de Alerta sobre o Colesterol Elevado, a distribuição de pessoas sem fatores de risco (30%) e com um fator (36%) e dois ou mais fatores (34%) foi semelhante.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos epidemiológicos de base populacional são necessários para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por fatores de risco no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica de seus padrões na comunidade. Os inquéritos populacionais, por não se restringirem à parcela da população que frequenta unidades de saúde, possibilitam a identificação daqueles em risco e proporcionam dados para o diagnóstico local da real situação de saúde numa localidade.

O presente estudo permitiu traçar um painel do perfil epidemiológico da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas da população brasileira. Significativas desigualdades na magnitude das prevalências e no perfil de morbidades foram detectadas segundo escolaridade, gênero, macrorregião de residência e situação de trabalho. Muitas das diferenças detectadas nesta pesquisa são concordantes com resultados de outros inquéritos e de outras fontes de dados.

Alguns aspectos metodológicos importantes a serem ressaltados são o modelo de amostragem adotado, os tamanhos das amostras, o controle de qualidade da coleta e digitação dos dados. Outros aspectos que merecem destaque positivo são o cumprimento das exigências da CONEP (Anexo C) e a qualidade dos instrumentos de coleta (Anexos A e B). Paralelo a esses fatores está o controle de qualidade baseado em: auditorias do trabalho de campo e da equipe interna para conferência dos questionários.

A interpretação dos resultados desta pesquisa deve ser feita à luz de algumas limitações metodológicas. A primeira delas diz respeito à morbidade referida, que pode ter subestimado algumas prevalências. Mesmo considerando que a validade da informação referida é um limitante para as estimativas de prevalências de doenças crônicas, os padrões epidemiológicos observados estiveram, em sua maior parte, alinhados com os obtidos a partir de outras fontes de dados. Isto vem fazendo com que os inquéritos de saúde sejam crescentemente utilizados para avaliar o estado de saúde das populações e a ocorrência de morbidades. Inquéritos domiciliares têm alto custo, o que se deve a vários fatores. Um deles é o difícil acesso às áreas de risco nos grandes centros urbanos. Outra dificuldade está em encontrar as pessoas inicialmente selecionadas. Muitos indivíduos economicamente ativos e responsáveis pelo sustento da família não foram encontrados na primeira

visita; algumas visitas foram remarçadas para ocorrer a noite, quando não se tratava de área de risco social.

Conclui-se que as altas prevalências obtidas no estudo realizado indicam a necessidade de intervenções visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil dos brasileiros, no que diz respeito à exposição aos fatores de risco para as DCNTs.

REFERÊNCIAS

- BARNES, P. M.; ADAMS, P. F.; SCHILLER, J. S. **Summary health statistics for the U.S. population**: National Health Interview Survey, 2001. Vital Health Stat 10. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15791895>> Acesso em: 26 nov. 2008.
- BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 841-867, 2002.
- BERRIGAN, D. et al. Patterns of health behavior in U.S. adults. **Prev. Méd.**, v. 36, n. 5, p. 615-623, 2003.
- BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 7-19, 2003.
- BRASIL suas regiões e seus estados. Disponível em: <<http://www.brasilrepublica.com/mapa.htm>>. Acesso em: 30 maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do MS para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. _____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNTS no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília, 2005.
- _____. _____. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 10 set. 2009.
- _____. _____. **Vigitel Brasil 2008**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf>. Acesso em: 10 set 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BOTREL, T. E. A. et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção= Cardiovascular diseases: etiology and prevention. **Rev. Bras. Clínica Terapêutica**, v. 26, n. 3, p. 87-90, 2000.

CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 1, p. 14-23, 2008.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Georgia: CDC, 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/brfss/>>. Acesso em: 21 set. 2009.

_____. National Center for Health Statistics. **Analytic and reporting guidelines: the third national health and nutrition examination survey, NHANES III. (1988- 1994)**. Maryland, 1996. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes3/nh3gui.pdf>>. Acesso em 25 set. 2009.

_____. **National Health Interview Survey (NHIS), 2008**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em: 20 set. 2009.

_____. **National Health Interview Survey (NHIS), 2007**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2007.pdf> Acesso em: 4 out. 2009.

_____. **Prevalence of No-Leisure Time Physical Activity-35 States and the District of Columbia, 1988-2002**. Morbidity and Mortality Weekly Report. CDC, v.53, n. 4, p. 82-86, 2004.

COSTA, J. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

CUNHA, I. C. et al. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 495-504, 2008.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2008. **Diretrizes SBD:** Diabetes pós-transplante.

EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE. Editorial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 1, jan/mar, 2008.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Factors associated with fruit and vegetable intake among adults of the city of São Paulo, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 777-785, 2008.

FIGUEIREDO, V. C. **Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades**. 2007. 166 f. Tese (Doutorado)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FINE, J. L. et al. Prevalence of Multiple Chronic Disease Risk Factors. 2001 National Health Interview Survey. **Am. J. Prev. Med.**, v. 27, supl. 2, p.18-24, 2004.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, vol.13, n.1, pp. 17-28, 2000.

HALLAL, P. C. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p.573-580, 2005.

IBGE. **Bem vindo ao censo 2000**. [Rio de Janeiro, 2009?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 20 maio 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. Brasília, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro, INCA, 2004a.

_____. **Prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil.** Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/sobrepesoobesidade.pdf>> Acesso em: 24 set. 2009.

_____. **Prevalência de atividade física no Brasil.** Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/atividadefisica.pdf>> Acesso em: 24 set. 2009.

_____. **Prevalência de tabagismo no Brasil.** Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>> Acesso em: 24 set. 2009.

_____. **Prevalência de consumo de álcool no Brasil.** Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004e. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/consumoalcool.pdf>> Acesso em: 24 set. 2009.

_____. **Prevalência de percepção de saúde e condição funcional no Brasil.** Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: INCA, 2004f. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/percepcao_condicaofuncional.pdf> Acesso em: 24 set. 2009.

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE. **Guidelines for Data Processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ): short and long forms.** 2005. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>> Acesso em: 24 set. 2009.

LESSA, I. Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 931-943, 2004.

_____. Epidemiologia da Pressão Arterial Sistêmica e da Insuficiência Cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p. 383-392, 2001.

_____. Níveis séricos de creatinina: hipercreatininemia em segmento da população adulta de Salvador, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 2, p. 176-186, 2004.

LESSA, I. et al. Simultaneidade de Fatores de Risco Cardiovasculares Modificáveis na População Adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev. Panamericana de Salud Pública**, v.16, n. 2, p.131-137, 2004.

LETHBRIDGE-ÇEIKU, M.; SCHILLER, J. S.; BERNADEL, L. Summary health statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey 2005. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat** **10**, n. 222, 2002.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n. 3, p. 47-65, 2006.

_____. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2009.

MARCOPITO, L. F. et al. Prevalence of a set of risk factors for chronic diseases in the city of São Paulo, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 738-745, 2005.

MARTINEZ, T. L. R. et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 80, n. 6, p. 631-634, 2003.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: Análise de Acordo com o Gênero, Idade, Nível Sócio Econômico, Distribuição Geográfica e de Conhecimento. **Rev. Bras. Ciência Movimento**, v. 10, n.4, p. 41-50, out, 2002.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de Fatores de Risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, supl. 1, p. 20-37, 2008.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Health, United States, 2007:** with chart book on trends in health of Americans. Hyattsville: NCHS, 2009.

_____. Health, 2006. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf>> Acesso em: 20 out. 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Promoting health in the Americas.** Disponível em: <<http://www.paho.org/english/hcp/hcn/ncd-surv-tools.htm>>. Acesso em: 30 out. 2009.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1323-1333. 2008.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. **O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar**: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 1, 2008.

SANTOS FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. R. **Fatores de risco para doença cardiovascular**: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas! Unidade Clínica de Dislipidemias, InCor, HC-FMUSP e Departamento de Aterosclerose, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 46, n. 3, p. 212-214, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizcorreta.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em <www.sbh.org.br> Acesso em: 26 nov. 2008

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de Diabetes Mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003.

SOUZA, M.F.M. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 5-6, 2008.

STATA CORP 2003. **Stata Statistical Software: Release 8.0**. College Station, TX: Stata Corporation.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P.R.B.S. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 73-81, 2008.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 3, 2007.

VAN EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Rev. C. S. Col.**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.

YOKOTA, R. T. C. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. **Comum. Ciênc. Saúde**, v. 18, n. 4, p. 289-296, 2007.

ANEXO A - Questionário da Unidade Domiciliar

QUESTIONÁRIO DA UNIDADE DOMICILIAR

Nesta primeira parte da entrevista farei perguntas sobre as pessoas que moram nesta casa que chamarei na maioria das vezes de domicílio. Depois, farei perguntas sobre as características deste domicílio. Todas as informações fornecidas serão estritamente confidenciais.

1 QUAL É O NOME DA PESSOA CONSIDERADA A PRINCIPAL RESPONSÁVEL POR ESTE DOMICÍLIO?
Responsável: _____

RELAÇÃO DE MORADORES									
CÓDIGOS A SEREM UTILIZADOS NO PREENCHIMENTO									
CONDIÇÃO DO MORADOR NA UNIDADE DOMICILIAR E NA FAMÍLIA		SITUAÇÃO CONJUGAL			SEXO	SÉRIE OU PERÍODO	GRAU DE ESCOLARIDADE		
1 - Chefe da unidade domiciliar	6 - Agregado	1 - Casado(a)/União consensual	00 - Nenhum	1 - Masc.	00	04 - Antigo clássico/Normal/Científico/2º grau/Ensino médio	01 - Alfabetização de adultos	05 - Superior (3º grau) - Incompleto	06 - Superior (3º grau) - Completo
2 - Chefe da família	7 - Pensionista	2 - Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a)	01 - Alfabetização de adultos	2 - Fem.	01	02 - Artigo primário/elementar	02 - Artigo primário/elementar	06 - Superior (3º grau) - Completo	07 - Educação infantil
3 - Esposo(a)	8 - Empregado(a)	3 - Solteiro(a)	02 - Artigo primário/elementar		02	03 - Artigo ginásio	03 - Artigo ginásio	09 - Educação infantil	99 - NS/NR
4 - Filho(a)	9 - Outro	4 - Viúvo(a)	03 - Artigo ginásio		03	04 - 1º grau/Ensino fundamental	04 - 1º grau/Ensino fundamental		
5 - Outro parente		9 - NS/NR	04 - 1º grau/Ensino fundamental		04				
			05 - 1º grau/Ensino fundamental		05				
			06 - 1º grau/Ensino fundamental		06				
			07 - 1º grau/Ensino fundamental		07				
			08 - 1º grau/Ensino fundamental		08				
			09 - 1º grau/Ensino fundamental		09				
			10 - 1º grau/Ensino fundamental		10				
			11 - 1º grau/Ensino fundamental		11				
			12 - 1º grau/Ensino fundamental		12				
			99 NS/NR		99				
Nº DE ORDEM (2)	POR FAVOR INFORME O 1º NOME DAS PESSOAS QUE MORAM NESTE DOMICÍLIO COMEÇANDO PELO RESPONSÁVEL (3)	Nº DA FAMÍLIA (4)	CONDIÇÃO DO MORADOR		SEXO (8)	QUAL É A SÉRIE/PERÍODO E GRAU DE ESCOLARIDADE DE (nome) Série ou Período (9) Grau (10)		QUANTOS ANOS TEM (nome) (11) Se NS/NR preencher 999	Nº DE ORDEM (fazer um círculo nos números referentes às pessoas de 15 anos ou mais) (12)
01		_ _	UNIDADE DOMICILIAR (5)	QUAL É A SITUAÇÃO CONJUGAL DE (nome) (7)	_ _	_ _	_ _	_ _	01
02		_ _	FAMÍLIA (6)	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	02
03		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	03
04		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	04
05		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	05
06		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	06
07		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	07
08		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	08
09		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	09
10		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	10
11		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	11
12		_ _			_ _	_ _	_ _	_ _	12

PERGUNTAS DE VERIFICAÇÃO DA RELAÇÃO DE MORADORES

EU LISTEI (LEIA OS NOMES RELACIONADOS NO QUESITO 3). HÁ MAIS ALGUÉM MORANDO AQUI, INCLUSIVE ALGUMA CRIANÇA RECÉM-NASCIDA?
 EU OMITI ALGUMA PESSOA QUE NORMALMENTE VIVE AQUI, MAS ESTÁ TEMPORARIAMENTE AUSENTE POR MOTIVO DE TRABALHO, INTERNAÇÃO EM HOSPITAL OU OUTRA RAZÃO? 1 Sim 2 Não

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR
--

As perguntas que irei fazer agora são sobre este domicílio onde o(a) Sr.(a) mora.

1. PARA NOSSA PESQUISA, É IMPORTANTE CLASSIFICAR AS FAMÍLIAS SEGUNDO NÍVEIS DE RENDA. COMO JÁ DISSEMOS ANTERIORMENTE, AS INFORMAÇÕES COLHIDAS SÃO DE USO EXCLUSIVO DA PESQUISA E SÃO CONFIDENCIAIS. POR FAVOR, RESPONDA-ME:

Contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc., em que faixa de renda sua família se encaixa:

Entrevistador: Apresente o cartão.

- | | | |
|--|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> A família não tenho renda (passo 34) | 2 <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 2 SM | 3 <input type="checkbox"/> De 2 a menos de 3 SM |
| 1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 SM | 4 <input type="checkbox"/> De 3 a menos de 5 SM | 6 <input type="checkbox"/> De 10 a menos de 20 SM |
| 4 <input type="checkbox"/> De 3 a menos de 5 SM | 5 <input type="checkbox"/> De 5 a menos de 10 SM | 9 <input type="checkbox"/> De 40 a menos de 50 SM |
| 7 <input type="checkbox"/> De 20 a menos de 30 SM | 8 <input type="checkbox"/> De 30 a menos de 40 SM | |
| 10 <input type="checkbox"/> 50 SM ou mais | 99 <input type="checkbox"/> NS/Recusa | |

2. AGORA, POR FAVOR, RESPONDA ME, QUAL É RENDA TOTAL DE SUA FAMÍLIA POR MÊS?

R\$. 99.999,99 NS/Recusa

ANEXO B - Questionário Individual

MÓDULO SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Agora eu farei perguntas sobre seu trabalho e substâncias ou produtos a que o(a) Sr.(a) pode ter tido ou estar em contato no trabalho.

1 ATUALMENTE O(A) SR.(A) TEM UM TRABALHO OU ATIVIDADE REMUNERADA?

1 Sim (**passse 4**) 2 Não

2 POR QUE O(A) SR.(A) NÃO TEM UM TRABALHO REMUNERADO?

Entrevistador - No caso do entrevistado informar duas alternativas, devem ser observadas as seguintes situações:

Informação	Assinalar
Desempregado e Aposentado	Aposentado
Desempregado e Estudante	Estudante
Desempregado e do lar	Caracterizar se é do lar porque está desempregado. Neste caso assinalar desempregado. Caso contrário assinalar do lar
Estudante e Aposentado	Aposentado
Estudante e do lar	Estudante
Não pode trabalhar por problemas de saúde e do lar	Não pode trabalhar por problemas de saúde

1 Desempregado (**passse 7**)

2 Aposentado (**passse 7**)

3 Estudante

4 Do lar

5 Não pode trabalhar por problemas de saúde

6

Outros _____ (especifique)

Entrevistador: Nas perguntas 4, 5, 7 e 8, procure escrever com detalhes o local e tipo de ocupação exercida pelo(a) entrevistado(a).

3 QUAL É A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO? POR EXEMPLO: MOTORISTA DE ÔNIBUS, MECÂNICO DE AUTOMÓVEIS, OFFICE BOY, AUXILIAR DE PESQUISA, MÉDICO VETERINÁRIO, ETC.

_____ COD (codificação posterior)

4 ONDE O(A) SR.(A) TRABALHA? POR EXEMPLO: OFICINA DE AUTOMÓVEIS, ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE, VETERINÁRIA, RESTAURANTE ETC.

_____ COD (codificação posterior)

5 COM QUE TIPO DE FUMAÇAS OU FUMOS, O(A) SR.(A) ESTÁ OU ESTEVE EM CONTATO?

Entrevistador: Leia as alternativas.

1. Fumaça de Cigarro

1 Sim

2 Não

9 NS/NR

6 PARA NOSSA PESQUISA, É IMPORTANTE CLASSIFICAR OS ENTREVISTADOS SEGUNDO NÍVEIS DE RENDA. COMO JÁ DISSEMOS ANTERIORMENTE, AS INFORMAÇÕES COLHIDAS SÃO DE USO EXCLUSIVO DA PESQUISA E SÃO CONFIDENCIAIS. POR FAVOR, RESPONDA-ME:

Contando com salário, pensão, aluguel, bico, etc., em que faixa de renda o(a) Sr.(a) se encaixa: *Entrevistador: Apresente o cartão.*

- 0 Não tenho renda (*passa módulo Exposição solar*)
- 1 Menos de 1 SM 2 De 1 a menos de 2 SM 3 De 2 a menos de 3 SM
- 4 De 3 a menos de 5 SM 5 De 5 a menos de 10 SM 6 De 10 a menos de 20 SM
- 7 De 20 a menos de 30 SM 8 De 30 a menos de 40 SM 9 De 40 a menos de 50 SM
- 10 50 SM ou mais 99 NS/Recusa

7 AGORA, POR FAVOR, RESPONDA ME, QUAL É SUA RENDA TOTAL POR MÊS?

R\$ 99999,99 NS/Recusa

MÓDULO ATIVIDADE FÍSICA

As próximas perguntas são sobre as atividades físicas ou exercícios que o(a) Sr.(a) faz.

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

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

1 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 (*passa 3*) 9 NS/NR (*passa 3*)

2 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?

: Horas e minutos por dia

Para responder as próximas perguntas, 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.
- **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.

3 (ALÉM DA CAMINHADA,) O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES **MODERADAS**, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, NO TRABALHO, POR LAZER, POR ESPORTE, COMO FORMA DE EXERCÍCIO,

COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES DENTRO DE CASA, NO QUINTAL OU QUALQUER OUTRA ATIVIDADE QUE AUMENTE **MODERADAMENTE** A SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO?

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos.

ALGUNS EXEMPLOS DE ATIVIDADES MODERADAS SÃO: PEDALAR LEVE NA BICICLETA, NADAR, DANÇAR, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA LEVE, JOGAR 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.

1 Sim 2 Não (*passse 6*) 9 NS/NR (*passse 6*)

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

Dia(s) na semana 9 NS/NR (*passse 6*)

5 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?

:|| Horas e minutos por dia

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

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos.

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

1 Sim 2 Não (*passse Módulo Dieta*) 9 NS/NR (*passse Módulo Dieta*)

7 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 9 NS/NR (*passse Módulo Dieta*)

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

:|| Horas e minutos por dia

MÓDULO DIETA

As próximas perguntas são sobre seu peso, altura e tipos de alimentos e bebidas que o(a) Sr.(a) consome. Eu também vou precisar medir a sua cintura.

1 QUAL É A SUA ALTURA?

|_|,|_|_| m 999 |_| NS/NR

2 QUAL É O SEU PESO?

|_|_|_|,|_| Kg 9999 |_| NS/NR

Se mulher até 48 anos, siga 3

Caso contrário, passe 4

3 A SRA. ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO?

1 |_| Sim, estou grávida (**passo 4.a**) 2 |_| Sim, estou amamentando

3 |_| Não, não estou grávida nem amamentando 9 |_| NS/NR

MÓDULO TABAGISMO EM ADULTOS

Agora farei algumas perguntas sobre fumar.

1 ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) JÁ EXPERIMENTOU OU TENTOU FUMAR **CIGARROS**, MESMO UMA OU DUAS TRAGADAS?

1 |_| Sim 2 |_| Não (**passo 39**)

2 SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE O(A) SR.(A) **FUMOU NA VIDA INTEIRA**, O TOTAL CHEGA A **5 MAÇOS OU 100 CIGARROS**?

1 |_| Sim 2 |_| Não (**passo 5**)

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

|_|_| Anos |_|_| Meses 99 |_| NS/NR

4 ATUALMENTE, O(A) SR.(A) FUMA **CIGARROS**?

1 |_| Sim 2 |_| Não (**Se questão 3 = 1 (Sim), passo 25**)
(Se questão 3 = 2 (Não), passo 39)

5 ATUALMENTE, O(A) SR.(A) FUMA CIGARROS **DIARIAMENTE**?

1 |_| Sim 2 |_| Não (**passo 10**)

MÓDULO ÁLCOOL

As perguntas que farei agora são sobre a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas que o(a) Sr.(a) consome.

1 NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, O(A) SR.(A) CONSUMIU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA COMO CERVEJA, VINHO, CACHAÇA, UÍSQUE, LICORES, ETC?

1 Sim

2 Não (*passa Módulo Percepção de saúde e Morbidade referida*)

9 NS/NR (*passa Módulo Percepção de saúde e Morbidade referida*)

2 DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, EM QUANTOS DIAS, POR SEMANA OU POR MÊS, APROXIMADAMENTE, O(A) SR.(A) CONSUMIU BEBIDAS ALCOÓLICAS?

1 Dias por semana

2 Dias por mês

99 NS/NR

3 NESTA ENTREVISTA, CONSIDERAMOS UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA UMA LATA DE CERVEJA, UMA TAÇA DE VINHO, UM DRINQUE OU COCKTAIL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU UÍSQUE. SENDO ASSIM, NOS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) BEBEU, QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, O(A) SR.(A) INGERIU POR DIA?

Entrevistador: Mostre o cartão e leia as alternativas.

Doses por dia

99 NS/NR

4 LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO TODOS OS TIPOS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, QUANTAS VEZES NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, O(A) SR.(A) CONSUMIU CINCO OU MAIS COPOS OU DOSES EM UMA ÚNICA OCASIÃO?

Vezes

00 Nenhuma

99 NS/NR

MÓDULO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA

Agora farei perguntas sobre sua saúde.

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

Entrevistador: Leia as alternativas.

1 Excelente

2 Muito bom

3 Bom

4 Regular

5 Ruim

Não leia 9 NS/NR

MÓDULO PRESSÃO ARTERIAL (REDUZIDO)

Agora, farei perguntas sobre sua pressão.

1 ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ MEDIU A SUA PRESSÃO?

1 Sim 2 Não (*passa Módulo Colesterol*)

2 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 2 Há mais de 6 meses até 1 ano
 3 Há mais de 1 ano até 2 anos 4 Há mais de 2 anos até 5 anos
 5 Há mais de 5 anos **Não leia** 9 NS/NR

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

1 Sim 2 Não (*passa Módulo Colesterol*)

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

Entrevistador: Leia as alternativas.

1 Uma consulta/visita (*passa Módulo Colesterol*) 2 Duas consultas/visitas
 3 Três ou mais consultas/visitas 9 NS/NR

MÓDULO COLESTEROL (REDUZIDO)

Agora eu farei perguntas sobre seu colesterol, que é um tipo de gordura presente no sangue.

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

1 Sim
 2 Não (*passa Módulo Diabetes*)
 9 NS/NR (*passa Módulo Diabetes*)

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

Entrevistador: Leia somente se necessário.

1 Há até 6 meses 2 Há mais de 6 meses até 1 ano
 3 Há mais de 1 ano até 2 anos 4 Há mais de 2 anos até 5 anos
 5 Há mais de 5 anos **Não leia** 9 NS/NR

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

1 Sim 2 Não

MÓDULO DIABETES (REDUZIDO)

As perguntas que irei fazer agora são sobre o diabetes que significa açúcar no sangue em quantidade acima do normal.

1 O(A) SR.(A) JÁ FEZ EXAME PARA MEDIR O AÇÚCAR NO SANGUE OU DIAGNOSTICAR DIABETES?

1 Sim 2 Não (*passa Módulo Câncer*)

2 QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) FEZ EXAME PARA MEDIR O AÇÚCAR DO SEU SANGUE?

Entrevistador: Leia somente se necessário.

1 Há até 6 meses 2 Há mais de 6 meses até 1 ano
3 Há mais de 1 ano até 3 anos 4 Há mais de 3 anos

Não leia 9 NS/NR

3 ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES?

1 Sim 2 Não (*passa Módulo Câncer*)

ANEXO C - Parecer do CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 1053/2000

Processo nº 25000.047137/ 2000-67 Registro CONEP = 1821 (Protocolo CEP 024/ 00)
Projeto de Pesquisa: *"Inquérito domiciliar sobre fatores de risco, detecção precoce e morbidade referida de câncer, versão março de 2000".*
Pesquisador Responsável: Dra. Vera Luíza Costa Silva
Instituição: Instituto Nacional de Câncer
Área Temática Especial : A Critério do CEP

Introdução

O projeto pretende descrever:

1) a magnitude da exposição da população das capitais brasileiras, Distrito Federal e municípios escolhidos aos seguintes fatores: tabagismo, dieta de risco, obesidade, consumo abusivo de álcool, sedentarismo, exposição solar, exposições ocupacionais de risco para câncer;

2) comportamento e práticas da população desses municípios quanto às ações de detecção precoce de câncer de colo de útero e mama. Secundariamente, pretende:

a- correlacionar taxas de mortalidade e incidência por câncer de diferentes tipos, com a prevalência de fatores de risco e cobertura dos exames de detecção precoce;

b- analisar as diferenças encontradas nos municípios estudados;

c- comparar municípios produtores de tabaco com municípios não produtores de tabaco, a fim de se levantar hipóteses sobre possíveis associações entre o processo de trabalho na fuminicultura e nível de exposição para fatores de risco de câncer. Serão comparados os municípios de Minaçu e Leme com as capitais do País, a fim de se levantar hipóteses sobre a relação entre o processo de trabalho nas minas e fábricas de amianto e mortalidade por câncer.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo. População alvo: pessoas com idade igual ou superior a 15 anos. A pesquisa, no que se refere ao plano de amostragem, utilizará uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA), realizada anualmente pelo IBGE. O plano de amostra foi elaborado para que se obtenha uma amostra representativa das localidades escolhidas. As informações serão obtidas



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

Cont. Parecer nº 1063/2000

através da aplicação de um questionário por uma equipe coordenada pelo INCA, constituída de : 292 entrevistadores, 63 críticos de campo, 63 supervisores e 34 auditores. Será feita análise exploratória univariada das variáveis estudadas e outros testes previstos no corpo do projeto.

Comentários

O projeto está muito bem elaborado, compreende as garantias do rigor científico. Apresenta grande relevância científica e social, uma vez que os resultados serão importantes para o desenvolvimento de programas de saúde pública a serem conduzidos pelo INCA. Do ponto de vista ético atende a Resolução 196/96, da mesma forma que o Consentimento Livre e Esclarecido.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação : Projeto aprovado.

Brasília, 23 de novembro de 2000.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

ANEXO D - Termo de consentimento informado, livre e esclarecido

INQUÉRITO DOMICILIAR SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

INSTITUIÇÕES
RESPONSÁVEIS

INCA / Conprev
R. dos Inválidos 212, 3º andar –
Centro- Rio de Janeiro – Brasil
CEP – 22231-020

FUNASA/ CENEPI
SAS, QD 04 – BI N
Sala 612 Brasília – DF
CEP – 70.058-902

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do informante: _____

Este é um projeto de pesquisa realizado pelo Instituto Nacional de Câncer em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. A finalidade desta pesquisa é saber o quanto a população dos locais escolhidos para o estudo ficam em contato com substâncias ou têm algum tipo de comportamento que podem causar câncer; saber quais são os exames para diagnóstico de câncer de colo de útero e mama que as mulheres conhecem e fazem; e saber quais são as pessoas do estudo e seus familiares que têm ou tiveram câncer. Estas informações podem nos ajudar a criar novas alternativas para os programas de prevenção de câncer que hoje vêm sendo desenvolvidos no Brasil a fim de melhorar seus resultados. O(a) Sr.(a) foi selecionado para ser um dos 35.000 entrevistados a participar deste estudo porque o(a) Sr.(a) mora na área de estudo e em uma residência que está incluída nesta pesquisa.

Objetivos do estudo

Esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

- 1) Descrever as características da população das capitais brasileiras e Distrito Federal.
- 2) Construir e analisar informações sobre condições de moradia, aglomeração por moradia, escolaridade, renda familiar, situação no trabalho.
- 3) Descrever a população estudada com relação ao contato, no trabalho, com produtos e substâncias que provocam câncer.
- 4) Estimar a proporção de fumantes e ex-fumantes.
- 5) Descrever o comportamento da população estudada quanto ao fumo.

- 6) Conhecer opiniões e atitudes da população do estudo quanto ao comportamento de fumar e quanto ao contato com outros fumantes a fim de usar essas informações para a definição de novas ações de prevenção e controle do câncer.
- 7) Classificar a população do estudo quanto ao grau de nutrição.
- 8) Descrever o consumo usual de frutas, vegetais, cereais integrais, alimentos preservados por sal, defumados, gorduras e bebidas alcoólicas.
- 9) Conhecer o grau de conhecimento sobre alimentação saudável.
- 10) Caracterizar a população residente das capitais brasileiras quanto à prática de exercícios físicos.
- 11) Conhecer as características da população de estudo quanto à exposição solar.
- 12) Descrever conhecimentos e práticas da população feminina das capitais e municípios escolhidos quanto aos exames para diagnóstico do câncer do colo do útero e mama.
- 13) Com base em informações colhidas com os entrevistados, estimar a proporção de câncer entre as pessoas estudadas e seus familiares.

Como será feito o estudo

Se o(a) Sr.(a) concordar em participar deste estudo, lhe será solicitado que responda a um questionário. Neste questionário existem perguntas sobre sua idade, nível de educação, características de sua casa, seu trabalho, contato com substâncias no trabalho, hábitos e atitude quanto ao fumo, seus hábitos alimentares, consumo de bebidas que contém álcool, prática de atividade física e seu comportamento quando está sob o sol. Às mulheres também serão feitas perguntas sobre exames para diagnóstico de câncer de colo de útero e mama. Tudo isto terá uma duração de, aproximadamente, 50 minutos.

Desconfortos e riscos

Durante a entrevista, o(a) Sr.(a) não sentirá nenhum mal estar físico e também não será exposta a nenhum risco para a sua saúde.

Benefícios esperados

A finalidade última de nossa pesquisa é desenvolver e melhorar os resultados de programas, no Brasil, para prevenção a comportamentos e substâncias que podem provocar câncer.

Liberdade de recusar

A participação no estudo é totalmente voluntária. Nenhum tipo de compensação ou remuneração será oferecido, seja pelo Instituto Nacional de Câncer, seja pela Fundação Nacional de Saúde.

Confidencialidade

Todas as informações obtidas neste estudo são confidenciais, uma vez que seu nome não será associado às informações. As pessoas que analisam as informações do questionário não sabem quem as forneceu. Somente o resultado global da população residente nas capitais e Distrito Federal será apresentado e as informações serão mantidas num arquivo trancado no Instituto Nacional de Câncer, no município do Rio de Janeiro.

Em caso de dúvidas

Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa, por favor entre em contato com, telefone:....., na Secretaria Estadual de Saúde da sua cidade. Se o(a) Sr.(a) concordar em participar e desejar ter outras informações, o(a) Sr.(a) pode contatar também a equipe responsável pela pesquisa no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro no telefone (0xx21)3970-7497, 3970-7498 ou 3970-7501.

Sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para o desenvolvimento de programas de prevenção em seu país.

Responda às perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou NÃO:

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. O(a) Sr.(a) leu o termo de consentimento? | SIM | NÃO |
| 2. Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo? | SIM | NÃO |
| 3. O(a) Sr.(a) se sente completamente esclarecido(a) sobre o estudo? | SIM | NÃO |
| 4. O(a) Sr.(a) concorda em fazer parte deste estudo? | SIM | NÃO |

Se o(a) Sr.(a) concorda em participar deste estudo, por favor assine o seu nome abaixo:

Sua assinatura: _____

Assinatura do Entrevistador: _____

Local e Data: _____