

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**PAMELA CARPES PERES**

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAQUI/RS**

**Itaqui  
2016**

**PAMELA CARPES PERES**

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAQUI/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Roberta de Vargas Zanini

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Lana Carneiro Almeida

**Itaqui  
2016**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo (a) autor (a) através do Módulo de Biblioteca do Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

P434a

Peres, Pamela Carpes

Avaliação do risco cardiovascular em usuários da Estratégia Saúde da Família de Itaqui/RS / Pamela Carpes Peres.

47 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-- Universidade Federal do Pampa, NUTRIÇÃO, 2016.

"Orientação: Roberta de Vargas Zanini".

1. Circunferência da Cintura. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estudos Transversais. 4. Doenças Cardiovasculares. I. Título.

Dedico este trabalho a meus pais, Marlise da Silva de Carpes e Paulo Sérgio Fernandes Peres, maiores incentivadores e a razão pela qual continuo a enfrentar cada obstáculo. Além de serem a principal fonte de carinho, compreensão, dedicação e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família e amigos que sempre estiveram ao meu lado em todas as etapas, e a todas as pessoas que de alguma forma tornaram possível à realização deste trabalho.

O meu carinho e gratidão, as professoras Roberta de Vargas Zanini e Lana Carneiro de Almeida, que além de transmitirem seus conhecimentos e suas experiências, souberam apoiar em cada dificuldade enfrentada, ensinando muito mais que teorias.

*Este artigo será submetido a Cadernos de Saúde Pública*

## **TÍTULO COMPLETO**

Avaliação do risco cardiovascular em usuários da Estratégia Saúde da Família de Itaqui/RS  
Evaluación del riesgo cardiovascular en los usuarios de la Estrategia de Salud Familiar Itaqui/RS  
Assessment of cardiovascular risk in users of the Family Health Strategy of Itaqui/RS

## **TÍTULO RESUMIDO**

Risco cardiovascular em usuários da ESF

## **AUTORES**

Pamela Carpes Peres<sup>1</sup> (Peres, P. C.) [p.amy.pamela@hotmail.com](mailto:p.amy.pamela@hotmail.com)

Lana Carneiro Almeida<sup>1</sup> (Almeida, L. C.) [lanausp@gmail.com](mailto:lanausp@gmail.com)

Roberta de Vargas Zanini<sup>1</sup> (Zanini, R. V.) [robe.nutri@gmail.com](mailto:robe.nutri@gmail.com)

<sup>1</sup> Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

À equipe de acadêmicos da Universidade Federal do Pampa que participou voluntariamente na realização desse estudo.

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

P.C. Peres, R.V. Zanini e L.C. Almeida elaboraram o projeto de pesquisa. P.C. Peres realizou a coleta de dados, a revisão da literatura e a redação do manuscrito. R.V. Zanini e L.C. Almeida executaram a supervisão de todas as etapas do trabalho de campo. R.V. Zanini desenvolveu as análises estatísticas dos dados. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Itaqui/RS, de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. O risco para DCV foi classificado a partir da medida de circunferência da cintura (CC) dos indivíduos, utilizando-se os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “risco elevado para DCV” quando  $CC > 80$  cm para mulheres e  $CC > 94$  cm para homens; “risco muito elevado para DCV” quando  $CC > 88$  cm para mulheres e  $CC > 102$  cm para homens. Participaram do estudo 512 indivíduos, sendo observado que 78,7% dos entrevistados apresentaram a medida de CC acima dos limites considerados adequados pela OMS e mais da metade da amostra (59,8%) apresentou risco muito elevado para o desenvolvimento de DCV. A prevalência de risco para DCV foi maior no sexo feminino (82,8% ;  $p < 0,001$ ). Mais de 70% dos indivíduos jovens (20-39 anos) foram classificados com risco para DCV, no entanto essa prevalência foi inferior às verificadas em categorias de idade mais avançadas (40-59 anos: 83,4% e  $> 60$  anos: 80,5% ;  $p = 0,013$ ). Além disso, foi possível observar que a frequência de risco para DCV foi maior em pessoas que moram com companheiro, assim como, entre indivíduos que referiram a presença de hipertensão arterial. As demais variáveis não apresentaram associação significativa com o desfecho. Conclui-se que a população avaliada apresentou prevalência de risco para DCV superior à observada em outros estudos, sendo necessárias estratégias para o controle e prevenção de DCV no município.

Palavras-Chave: Circunferência da Cintura. Atenção Primária à Saúde. Estudos Transversais. Doenças Cardiovasculares.

## ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the prevalence of risk for development of cardiovascular disease (CVD) in individuals aged over 20 years, users of the Family Health Strategy in the city of Itaqui / RS, according to demographic, socioeconomic and of health. The risk for CVD has been reported from the measurement of waist circumference (WC) of the subjects, using the cutoff points proposed by the World Health Organization (WHO): "high risk for CVD" when  $WC > 80$  cm for women and  $WC > 94$  cm for men; "Very high risk for CVD" when  $WC > 88$  cm for women and  $WC > 102$  cm for men. Participaram study 512 subjects, found that 78.7% of respondents had the WC measure above the limits considered appropriate by the WHO and more than half the sample (59.8%) had a very high risk for developing CVD. The prevalence of CVD risk was higher in women (82.8%;  $p < 0.001$ ). Over 70% of young adults (20-39 years) were classified with risk for CVD, however this prevalence was lower than that observed in older age categories (40-59 years: 83.4% and  $> 60$ : 80, 5%;  $p = 0.013$ ). Moreover, it was observed that the frequency of risk for CVD was higher in people who live with a partner, as well as among individuals who reported the presence of hypertension. The other variables were not significantly associated with the outcome. It concludes that the population evaluated presented prevalence of risk for CVD higher to that observed in other studies, and strategies necessary for the control and prevention of CVD in the city.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV) en individuos mayores de 20 años, los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Itaqui / RS, de acuerdo con datos demográficos, socioeconómicos y de salud. El riesgo de ECV se ha informado de la medición de la circunferencia de la cintura (CC) de los individuos, utilizando los puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "alto riesgo de ECV", cuando  $CC > 80$  cm para las mujeres y  $CC > 94$  cm para los hombres; "Muy alto riesgo de ECV", cuando  $CC > 88$  cm para las mujeres y de  $CC > 102$  cm para los hombres. Participaron del estudio a 512 individuos, siendo observado que el 78,7% de los encuestados tenía la medida de CC por encima de los límites considerados apropiados por la OMS y más de la mitad de la muestra (59,8%) tenían un riesgo muy alto de desarrollar ECV. La prevalencia de riesgo de ECV fue mayor en las mujeres (82,8%;  $p < 0,001$ ). Más del 70% de los adultos jóvenes (20-39 años) fueron clasificados con riesgo de ECV, sin embargo, esta prevalencia fue menor que la observada en las categorías de mayor edad (40-59 años: 83,4% y  $> 60$ : 80,5%;  $p = 0,013$ ). Además, fue posible analizar que la frecuencia de riesgo de ECV fue mayor en personas que viven con un compañero así como entre los individuos que informaron de la presencia de hipertensión. Las otras variables no se asociaron significativamente con el resultado. Se concluye que la población evaluada presentó prevalencia de riesgo de ECV superior a la observada en otros estudios, siendo necesarias estrategias para el control y prevención de las ECV en la ciudad.

## INTRODUÇÃO

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pela sociedade ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver, influenciando muitas vezes os hábitos alimentares e a prática de atividade física <sup>1</sup>.

Consideradas como epidemia na atualidade, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tornaram-se um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde <sup>2</sup> (OMS) no ano de 2011. Seguindo essa tendência mundial, aproximadamente 74% das mortes registradas no Brasil em 2011 foram causadas por DCNT <sup>3</sup>, sendo as doenças cardiovasculares (DCV), diabetes mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas, as mais frequentes no país <sup>4</sup>.

As DCV, principais DCNT que acometem os indivíduos, compreendem as doenças do coração e dos vasos sanguíneos, como doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva, além de condições variadas decorrentes do suprimento sanguíneo diminuído a diversos órgãos do corpo <sup>5</sup>. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) <sup>6</sup> realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2013, 4,2% (6,1 milhões) dos indivíduos maiores de 18 anos de idade tiveram algum diagnóstico médico de doenças do coração. No comparativo entre as regiões brasileiras, Centro-Oeste (4,6%), Sudeste (5,0%) e Sul (5,4%) apresentaram prevalências superiores ao índice nacional.

De natureza multifatorial, a obesidade é um dos fatores preponderantes para explicar o aumento da carga das DCV <sup>7</sup>, sendo definida pela OMS <sup>8,9</sup> como “doença caracterizada por acúmulo excessivo de gordura corporal, em consequência do balanço energético positivo que repercute na saúde do indivíduo, com perda considerável, tanto na quantidade como na qualidade de vida”. De acordo com dados da International Association for the Study of Obesity <sup>10</sup>, em 2012, um bilhão de adultos no mundo apresentavam sobrepeso e cerca de 475 milhões eram obesos, projetando-se números ainda mais impressionantes para a próxima década <sup>10,11</sup>. Estimativas para 2020 apontam cerca de cinco milhões de óbitos atribuídos ao excesso de peso no país <sup>2,12</sup>.

A classificação dos casos de obesidade em estudos na área de saúde é efetuada mediante análise da proporção de gordura corporal ou, alternativamente, em estudos populacionais, mediante interpretação de variáveis antropométricas. No caso dos indicadores antropométricos, estes podem ser utilizados para identificação, tanto dos casos de obesidade

generalizada, quanto de obesidade centralizada <sup>13</sup>. Nesse sentido, uma medida simples e prática, como a circunferência da cintura (CC) torna-se conveniente para estimar a quantidade de tecido adiposo na região abdominal, sendo possível, inclusive, ser realizada nos serviços de saúde <sup>14</sup>.

As mudanças observadas nos padrões de morbimortalidade na população impõem de forma constante novos desafios para os gestores, tanto do Setor Saúde quanto para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças <sup>15</sup>. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciativa priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde tem sido utilizada como um dos principais meios para prevenção e controle das DCV. Dessa forma, a aproximação dos indivíduos com as unidades de saúde municipais possibilita maior interação entre profissionais e usuários, facilitando a mudança de comportamentos e hábitos de vida da população <sup>16</sup>.

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de risco para DCV em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, usuários da ESF do município de Itaqui/RS, com vistas a fornecer subsídios aos planejamentos de ações de saúde mais direcionadas.

## **METODOLOGIA**

No ano de 2015, foi realizado em Itaqui/RS um estudo observacional do tipo transversal intitulado “Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário”. A presente pesquisa é parte deste estudo maior e pretendeu avaliar o risco cardiovascular dessa população.

Foram incluídos neste estudo indivíduos cadastrados na ESF do município até dezembro de 2014, com idade igual ou superior a 20 anos, residentes na zona urbana e que utilizaram qualquer serviço prestado pela ESF ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, nos 12 meses anteriores à entrevista. Indivíduos com incapacidades de responder ao questionário, gestantes, mulheres que tiveram filhos há, no máximo, 6 meses e pessoas com dificuldade de permanecer na posição ereta, foram excluídos deste estudo.

O processo de amostragem compreendeu um total de 3887 famílias cadastradas na ESF, distribuídas nas 4 Unidades de Saúde da Família (USF) do município, as quais são divididas em microáreas: USF-1 “Promorar” (1001 famílias em 7 microáreas), USF-2 “Vila Nova” (908 famílias em 5 microáreas), USF-3 “José da Luz” (1233 famílias em 5 microáreas) e USF-4 “Rio Uruguai” (745 famílias em 5 microáreas).

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa OpenEpi 3.03, considerando o tamanho da população de 3887 (respeitando a inclusão de apenas 1 indivíduo por família); frequência hipotética do fator de resultado na população estimada em 50% (tendo em vista o desconhecimento da prevalência de alguns desfechos na população); erro aceitável de 4 pontos percentuais; e intervalo de confiança de 95%. O tamanho de amostra resultante foi de 521, porém, após o acréscimo de 10% para eventuais perdas e/ou recusas, a amostra final necessária foi de 573 indivíduos. A seleção da amostra foi realizada através de sorteio aleatório correspondente a 15% das famílias em cada microárea, percentual necessário para contemplar o número total de indivíduos: 150 na ESF-1, 136 na ESF-2, 184 na ESF-3 e 111 na ESF-4.

A classificação do risco para DCV foi obtida a partir do cálculo da média entre as duas medidas de CC mais próximas, utilizando-se os pontos de corte para desenvolvimento de DCV propostos pela OMS: “risco elevado para DCV” quando  $CC > 80$  cm para mulheres e  $CC > 94$  cm para homens; “risco muito elevado para DCV” quando  $CC > 88$  cm para mulheres e  $CC > 102$  cm para homens<sup>17</sup>. Para a obtenção do desfecho “prevalência de risco para DCV”, as classificações de risco foram agrupadas em uma categoria, criando-se uma variável dicotômica: “CC adequada” e “CC com risco para DCV”.

Como exposições foram coletadas informações sobre variáveis demográficas: sexo, idade (anos completos) e cor da pele observada (branca, preta, parda, amarela, indígena); variáveis socioeconômicas: situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), classe econômica (definida a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>18</sup> que considera a posse de alguns itens, a escolaridade do chefe da família e o acesso a serviços públicos) e escolaridade (anos completos de estudo); e variáveis de saúde: hipertensão arterial (HA) autorreferida (sim/não) e DM autorreferido (sim/não).

Para coleta das medidas de CC foram utilizadas fitas métricas inextensíveis da marca Cescorf®, com 6 mm de largura, capacidade de 2 m e precisão de 1 mm. As informações sobre características demográficas, socioeconômicas e de saúde, bem como as medidas de CC, foram registradas em questionário elaborado pelas autoras da pesquisa (Apêndice I). A coleta da medida de CC foi realizada através da aferição do ponto médio entre a última costela e o topo da crista ilíaca, verificada duas vezes e, quando necessário, uma terceira medida era realizada.

A equipe de pesquisa foi composta por estudantes treinados para correta realização das entrevistas e padronizados para coleta da medida de CC, conforme a técnica de Lohman et al.<sup>19</sup> (1988) e erros técnicos de medidas aceitáveis da publicação de Habitch<sup>20</sup> (1974). Para

avaliação do desempenho dos entrevistadores e adequação do questionário, foi executado um estudo piloto com usuários de uma unidade básica de saúde não incluída na pesquisa.

A coleta de dados foi executada de março a agosto de 2015 e a abordagem da família foi realizada no domicílio pelo entrevistador devidamente uniformizado e identificado. Após apresentação, o entrevistador verificava a elegibilidade de cada integrante da família. Em cada domicílio, foi entrevistado apenas 1 morador; portanto, nas famílias com mais de 1 indivíduo elegível, o entrevistador enumerava aleatoriamente todos os moradores passíveis de entrar na pesquisa e solicitava a um integrante que escolhesse 1 número. Nos casos em que nenhum morador da família sorteada atendesse aos critérios de elegibilidade, houve substituição por outra família da mesma microárea. Ao final da entrevista, era realizada a aferição da CC e, em seguida, como um retorno imediato, foi entregue ao participante a média entre as medidas de CC com a classificação de risco cardiovascular e um panfleto contendo os 10 passos para uma alimentação saudável <sup>1</sup> (Apêndice II).

Os dados coletados foram revisados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1 por auxiliares de pesquisa. Após o processo de validação da digitação, os dados foram exportados para o programa Stata 12.1 onde foram conduzidas as análises estatísticas, utilizando-se o teste qui-quadrado de heterogeneidade e nível de confiança de 5%. O controle de qualidade foi realizado por telefone, através da aplicação de um questionário reduzido em aproximadamente 10% da população entrevistada. Esta etapa ocorreu concomitantemente à coleta de dados a fim de garantir proximidade entre a data da entrevista e do controle de qualidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA sob o parecer nº 954.173 (Anexo I) e aos entrevistados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista (Apêndice III). Em todas as etapas do estudo foi garantido o cumprimento das exigências que constam na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

Dos 581 indivíduos convidados para participar da pesquisa maior, 48 foram excluídos do presente estudo (14 gestantes, 13 que tiveram filhos há 6 meses e 21 impossibilitados de permanecer na posição ereta). A taxa de não respondentes foi de 3,9% (10 recusas e 11 perdas), totalizando 512 usuários participantes do estudo.

O controle de qualidade foi realizado com 52 participantes, para os quais foi perguntado: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)?” e “Ao final do questionário, o entrevistador mediu a sua cintura?”. O teste *Kappa* para as perguntas sobre HA e CC foi de 0,7650 e 0,8123, considerados “bom” e “excelente”, respectivamente.

A **Tabela 1** descreve a amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. A maioria da população estudada foi composta por mulheres (78,5%), mais de 40% apresentaram idade entre 40 e 59 anos e a cor da pele parda foi a mais frequente (47,5%). Sobre as características socioeconômicas, foi possível verificar que 75,5% dos entrevistados haviam frequentado, no máximo, o ensino fundamental, mais da metade (51,6%) pertenciam à classe econômica C e quase 70% informaram morar com companheiro. Em relação às variáveis de saúde, 44,7% relataram apresentar HA, enquanto 15,1% referiram ter diagnóstico de DM.

A **Figura 1** mostra a prevalência de risco para DCV entre os indivíduos avaliados. Observa-se que 78,7% dos entrevistados apresentaram a medida de CC acima dos limites considerados adequados pela OMS. Ressalta-se que mais da metade da amostra (59,8%) apresentou risco muito elevado para o desenvolvimento de DCV.

A **Tabela 2** demonstra a prevalência e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de risco para DCV em usuários da ESF, de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. A prevalência de risco para DCV foi maior no sexo feminino (82,8% ;  $p < 0,001$ ). Mais de 70% dos indivíduos mais jovens (20-39 anos) foram classificados com risco para DCV, no entanto, ressalta-se que essa prevalência foi inferior às verificadas em categorias de idade mais avançadas (40-59 anos: 83,4% e > 60 anos: 80,5% ;  $p = 0,013$ ). Além disso, foi possível observar que a prevalência de risco para DCV foi maior em pessoas que moram com companheiro (81,1% ;  $p = 0,045$ ), assim como, entre indivíduos que referiram a presença de HA (86,8% ;  $p < 0,001$ ).

As demais variáveis de exposição coletadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho, de acordo com o valor-p. No entanto, os IC95% das categorias de escolaridade e presença de DM sugerem possíveis diferenças, sendo observadas menores prevalências de risco para o desenvolvimento de DCV em indivíduos com 9 anos ou mais de estudo (72,0% ; IC95% 64,1 – 79,9) e em não diabéticos (77,6% ; IC95% 73,6 – 81,5) quando comparados a seus pares.

## DISCUSSÃO

O risco cardiovascular (RCV) é um assunto abundante na literatura científica brasileira. No entanto, vários dos estudos publicados foram realizados com populações específicas, como crianças<sup>21</sup>, adolescentes<sup>22</sup>, idosos<sup>23</sup>, diabéticos<sup>24</sup>, e hipertensos<sup>25</sup>, sendo escassos estudos com a população em geral, indivíduos de idade igual ou superior a 20 anos e no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, algumas pesquisas que utilizam a medida de CC consideram os valores obtidos como exposição e não como desfecho<sup>26, 27, 28, 29</sup>. Nesse sentido, o presente estudo pretende preencher esta lacuna, ao realizar uma pesquisa com a população adulta e idosa, usuária da ESF, residente na fronteira oeste do sul do Brasil e utilizando os valores de CC como uma variável dependente.

O número de pessoas com excesso de peso tem crescido nos últimos anos no país. Dados da pesquisa “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL)<sup>30</sup> mostraram que o índice de brasileiros com obesidade ( $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ ) era de 11,8% em 2006, enquanto pesquisa realizada em 2014 demonstrou que a prevalência aumentou para 17,9%. O excesso de peso e a distribuição da gordura corporal associam-se fortemente com maior risco para DCNT, porém a obesidade abdominal (OA), definida como andróide, representa maior risco do que o excesso de peso em si<sup>8</sup>. A gordura abdominal está localizada em dois grandes compartimentos: subcutâneo e intra-abdominal (visceral), sendo que esta última consiste na gordura do omento e mesentério, e libera ácidos graxos para a circulação portal<sup>31</sup>. Acredita-se que um excesso de gordura visceral esteja mais diretamente relacionado a fatores de risco metabólicos do que a qualquer outro compartimento de gordura<sup>32</sup>.

A prevalência de risco para DCV verificada no presente estudo (78,7%) foi superior àquelas encontradas em outras pesquisas que avaliaram as medidas de CC como indicador de DCV. Estudo realizado por Nunes et al.<sup>33</sup> com adultos (20-59 anos), em Santa Catarina no ano de 2007, identificou que 24,1% da amostra apresentavam circunferência abdominal elevada ( $\geq 88 \text{ cm}$  para mulheres e  $\geq 102 \text{ cm}$  para homens). No ano de 2010, em Goiânia, Nascente et al.<sup>34</sup>, verificaram que 51,9% das pessoas investigadas possuíam a CC alterada (24,2% elevada e 27,7% muito elevada) de acordo com os pontos de corte da OMS<sup>17</sup>. Prevalência semelhante foi encontrada no estudo realizado por Linhares et al.<sup>35</sup>, com indivíduos a partir dos 20 anos, em Pelotas/RS, onde identificou que 51,4% dos entrevistados apresentavam OA ( $> 80 \text{ cm}$  para mulheres e  $> 94 \text{ cm}$  para homens). Prevalência equivalente (51,9%) foi encontrada por Pinho et al.<sup>36</sup> no estado de Pernambuco em 2013, ao estudar adultos entre 25-59 anos de idade. Em 2014, outra pesquisa realizada em Goiânia demonstrou que 45,1% apresentavam risco aumentado ou muito aumentado para DCV<sup>37</sup>.

A alta prevalência de OA verificada nos usuários da ESF é um fato preocupante, uma vez que a mesma está diretamente associada a outros fatores de RCV, entre eles HA, DM e dislipidemias <sup>38</sup>. Os resultados encontrados poderiam ser explicados, em parte, pela inadequação dos hábitos alimentares desses usuários, como por exemplo, o baixo consumo de frutas e hortaliças observado no estudo maior, sendo estes importantes componentes de uma dieta saudável e que, em quantidades adequadas, podem reduzir o risco de DCV <sup>39</sup>. Dados da OMS <sup>12</sup> mostraram que em 2003, o consumo inadequado de frutas e hortaliças já estava entre os dez principais fatores de risco para a carga total global de doença em todo o mundo.

Além disso, a forma de deslocamento utilizada pelos moradores do município deve ser destacada. O pequeno porte da cidade, somado a ausência de um sistema público de transporte eficiente e a proximidade dos locais, estimula os indivíduos a deslocarem-se caminhando ou pedalando para suas atividades diárias. No entanto, muitos podem deixar de realizar atividade física por considerarem suficientes estas práticas, e não atingir assim os 150 minutos semanais de atividade física moderada, recomendados pela OMS <sup>40</sup>, para indivíduos a partir dos 18 anos. Cabe ressaltar que outras particularidades culturais da população, como o consumo frequente de “bolacha” (tipo de pão consumido na fronteira oeste do Rio Grande do Sul), churrasco e chimarrão, também podem influenciar esses resultados.

A frequência de risco para DCV mostrou-se associada a variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. No presente estudo, a prevalência de risco para DCV foi significativamente maior entre as mulheres, assim como nos estudos de Nunes et al. <sup>33</sup> (31,8% versus 16,1%;  $p < 0,001$ ), Linhares et al. <sup>35</sup> (37,5% versus 19,5%;  $p < 0,001$ ) e Pinho et al. <sup>36</sup> (69,9% versus 27,1%;  $p < 0,001$ ). Do mesmo modo, pesquisa realizada com adultos no estado do Maranhão <sup>41</sup>, identificou que 1,3% dos homens apresentaram CC alterada, enquanto que nas mulheres a prevalência foi de 15,5% ( $p < 0,001$ ). Em São Paulo, estudo realizado por Tanaguchi et al. <sup>42</sup>, com indivíduos nipo-brasileiros a partir de 35 anos, observou uma prevalência de OA de 66,7% e 21,5%, entre mulheres e homens, respectivamente. As características reprodutivas são importantes fatores determinantes da obesidade e do sobrepeso na população de mulheres adultas em idade fértil. A gestação é geralmente um período de risco para ganho de peso, sendo que algumas mulheres apresentam dificuldade de perder peso após o parto, fato este que deve se agravar ainda mais quando há um reduzido espaçamento em relação a uma gravidez anterior <sup>43,44</sup>. Outro período importante é o advento da menopausa, sendo frequente o ganho de peso e as modificações na distribuição da gordura, decorrentes das alterações hormonais <sup>45</sup>.

Este estudo mostrou que a prevalência de risco para DCV foi menor entre indivíduos mais jovens, em relação à categoria mais avançada. Concordando com esses achados, em 2010, Carnellosso e colaboradores <sup>46</sup> observaram prevalência de CC aumentada ( $\geq 94$  cm para homens e  $\geq 80$  cm para mulheres) em aproximadamente 40% dos indivíduos mais jovens (25-34 anos) contra 70% dos mais velhos ( $\geq 65$  anos). Estudo realizado por Cristovão et al. <sup>47</sup>, em 2011 com mulheres de uma unidade ESF, verificou que as usuárias mais jovens apresentavam prevalência de obesidade central menor (31,6%) quando comparadas a idades mais avançadas (85,7%). A relação do RCV com o aumento da idade poderia ser explicada, em parte, por fatores como a redução da taxa metabólica basal e do nível de atividade física, o que influenciaria na presença de OA <sup>48</sup>. Além disso, há uma redistribuição de gordura corporal com o avanço da idade, levando a um maior acúmulo de gordura visceral e intra-abdominal, enquanto a gordura subcutânea tende a diminuir nos membros <sup>49</sup>. Adicionalmente, a associação entre envelhecimento populacional e aumento da urbanização causa modificações nos modos de vida que propiciam o sedentarismo, a adoção de hábitos alimentares menos saudáveis e a obesidade, criando condições favoráveis ao desenvolvimento das DCNT <sup>26</sup>.

A situação conjugal mostrou associação limiar com o desfecho ( $p=0,045$ ), indicando prevalência de risco para DCV superior entre indivíduos que referiram morar com companheiro. Estudo realizado por Olinto, et al. <sup>50</sup> em 2006, com adultos (20-69 anos) na cidade de Pelotas/RS, verificou associação significativa entre o estado civil e a prevalência de OA ( $p<0,001$ ), sendo esta maior em indivíduos casados. Este achado pode estar relacionado a mudanças no estilo de vida após o casamento, tais como diminuição da atividade física e mudanças na dieta padrão <sup>51,52</sup>. Além disso, é provável que esteja associado a uma maior preocupação com a imagem corporal e a uma vida social mais ativa por parte daqueles que não vivem com um parceiro, e a uma menor dedicação e cuidado a si próprios, por conta dos esforços que aqueles que vivem com parceiro despendem com os cuidados do lar e dos filhos <sup>53</sup>.

Em 2013, a PNS <sup>6</sup> encontrou que no Brasil 21,4% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de HA, o equivalente a um contingente de 31,3 milhões de pessoas. No presente estudo, a presença de HA foi relacionada com maior prevalência de risco para DCV, assim como em estudo realizado por Cristovão et al. <sup>47</sup>, que observaram associação positiva entre a OA e HA ( $p<0,001$ ), sendo a prevalência de OA de 91,2% naqueles que apresentavam HA e 49,1% nos que não possuíam a patologia.

A prevalência de risco para DCV de acordo com presença de DM, obtida neste estudo, não apresentou relação estatisticamente significativa com o desfecho ( $p=0,106$ ). No entanto,

sugere que indivíduos que referiram presença de DM possuem maior prevalência de risco para desenvolvimento de DCV. Pesquisa realizada com adultos hipertensos <sup>25</sup>, cadastrados em uma USF do município de Londrina/PR, identificou circunferência abdominal elevada associada à presença de DM ( $p < 0,05$ ), sendo a prevalência de circunferência abdominal alterada de 92,6% para usuários com DM e 80,0% para os que não apresentavam DM. Este resultado pode estar relacionado com a capacidade que apresenta o tecido adiposo (responsável por armazenar gordura) em secretar algumas substâncias, como a leptina, adiponectina, resistina, fator de necrose tumoral-alfa (TNF- $\alpha$ ), ácidos graxos não esterificados, citocinas inflamatórias entre outras, que desempenham papel fundamental na resistência à insulina <sup>54,55</sup>. A escolaridade também não apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho ( $p = 0,108$ ), mas os IC95% dos resultados encontrados sugerem maior prevalência de risco para DCV entre usuários com menor escolaridade. Nesse caso, o maior nível educacional, que teoricamente possibilita maior conhecimento e acesso a um estilo de vida saudável, proporcionaria estabilidade ou redução do problema do acúmulo de gordura na região abdominal <sup>36</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que os usuários da ESF em Itaquí/RS apresentaram prevalência de risco para DCV superior à observada em outros estudos, e observou maior frequência de risco para o desenvolvimento de doenças do coração entre mulheres, indivíduos com idade mais avançada, que moram com companheiro e que referiram presença de HA. Diante deste cenário, os resultados obtidos podem ser ferramenta útil para os gestores municipais na reorientação da atenção básica, em busca da eficiência para prevenção e controle das DCV.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

4. Organização Pan-Americana Da Saúde. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2007.
5. Ministério da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégia de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
7. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira De Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101:1-63.
8. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Expert Consultation on Obesity. Geneva; 1998.
9. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Asslison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003; 289:187-193.
10. International Association for the Study of Obesity (IASO). Adult overweight and obesity in the European Union (EU27). London: International Association for the Study Obesity; 2012.
11. Ravussin E, Smith SR. Increased fat intake, impaired fat oxidation, and failure of fat cell proliferation result in ectopic fat storage, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 967:363-78.
12. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916)
13. Cavalcanti CBS, Carvalho SCBE, Barros MVG. Indicadores antropométricos de obesidade abdominal: revisão dos artigos indexados na biblioteca SciELO. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11:217-225.
14. Poulriot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73:460-468.
15. Malta DC, Cesário AC, Moura L, Morais OL, Silva JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-65.
16. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17:7-17.
17. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2011.

18. Associação Brasileira De Empresas De Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2015.
19. Lohman TG, Roche AF, Martrell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics; 1988.
20. Habicht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. Bol Oficina Sanit Panam 1974; 76:375-384.
21. Ribeiro RQC, Lotufo PA, Lamounier JA, Oliveira RG, Soares JF, Botter DA. Fatores Adicionais de Risco Cardiovascular Associados ao Excesso de Peso em Crianças e Adolescentes. Arq Bras Cardiol 2006; 86:408-418.
22. Oliveira PM, Silva FA, Oliveira RMS, Mendes LL, Pereira M, Cândido APC. Associação entre índice de massa de gordura e índice de massa livre de gordura e risco cardiovascular em adolescentes. Rev Paul Pediatr 2016; 34:30-37.
23. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq Bras Cardiol 2010; 95:621-628.
24. Silva RCP, Simões MJS, Leite AA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. Rev Ciênc Farm Básica Apl 2007; 28:113-121.
25. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Prevalência de Obesidade Abdominal em Hipertensos Cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Arq Bras Cardiol; 2010.
26. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica 2009; 25:491-498.
27. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2006; 87:728-734.
28. Vasques ACJ, Pereira PF, Gomide RM, Campos MTF, Santana LFR, Rosado LEFPL, et al. Influência do Excesso de Peso Corporal e da Adiposidade Central na Glicemia e no Perfil Lipídico de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab 2007; 51:1516-1521.
29. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Iunes M, Ferreira SRG. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. Rev Saúde Pública 2002; 36:4-11.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. – Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

31. Wajchenberg BL. Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocrine Rev* 2000; 21:697-738.
32. Bosello O, Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome. *Obesity Reviews*. 2000; 1:47-56.
33. Nunes JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de Fatores de risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89: 319-324.
34. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95:502-509.
35. Linhares RS, Horta BL, Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:438-448.
36. Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Batista M, Coelho PC, Sequeira LAS, et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29:313-324.
37. Silva MS, Silva NB, Alves AGR, Araújo SP, Oliveira AC. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19:1409-1418.
38. Rosa EC, Zanella MT, Ribeiro AB, Kohlmann O. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cardíaco-renal: uma revisão. *Arq Brasil Endocrinol Metab* 2005; 49:196-204.
39. Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ* 2005; 83:100-108.
40. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization; 2011.
41. Veloso HJF, Silva AAM. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:400-412.
42. Taniguchi C, Gimeno SGA, Ferreira SRG. Características antropométricas de nipo-brasileiros. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:423-433.
43. Fraser A, Tilling K, MacDonald-Wallis C, Sattar N, Brion MJ, Benfield L, et al. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood. *Circulation* 2010; 121:2557-2564.
44. Mottola MF, Giroux I, Gratton R, Hammond JA, Hanley A, Harris S, et al. Nutrition and exercise prevent excess weight gain in overweight pregnant women. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42:265-272.

45. Toth MJ, Tchernof A, Sites CK, Poehlman ET. Effect of menopausal status on body composition and fat distribution. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:226-31.
46. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15:1073-1080.
47. Cristovão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm* 2011; 45:1667-1672.
48. Wahrlich V, Anjos LA. Aspectos históricos e metodológicos da medição e estimativa da taxa metabólica basal: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:801-817.
49. World Health Organization. WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995..
50. Olinto MTA, Nácul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1207-15.
51. Lipowicz A, Gronkiewicz S, Malina RM. Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland. *Am J Hum Biol* 2002; 14(4):468-475.
52. Deshmukh-Taskar P, Nicklas TA, Yang SJ, Berenson GS. Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adults? The Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc* 2007; 107:223-234.
53. Correia LL, Silveira DMI, Silva AC, Campos JS, Machado MMT, Rocha HAL, et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16:133-145.
54. Mohamed-Ali V, Pinkney JH, Coppack SW. Adipose tissue as an endocrine and paracrine organ. *International Journal of Obesity* 1998; 22:1145-1158.
55. Giorgino F, Laviola L, Eriksson JW. Regional differences of insulin action in adipose tissue: insights from in vivo and in vitro studies. *Acta Physiologica Scandinavica*. 2005; 183:13-30.

**Tabela 1.** Descrição da amostra estudada de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Itaqui/RS, 2015. (N=512)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	110	21,5
Feminino	402	78,5
<b>Idade (anos completos)</b>		
20-29	85	16,6
30-39	82	16,0
40-49	106	20,7
50-59	111	21,7
60-69	67	13,1
70-79	50	9,8
≥ 80	11	2,1
<b>Cor</b>		
Branca	225	43,9
Preta	44	8,6
Parda	243	47,5
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0	62	12,1
1-4	141	27,6
5-8	183	35,8
9-11	105	20,6
≥12	20	3,9
<b>Classe econômica (ABEP)</b>		
B	51	10,5
C	252	51,6
D-E	185	37,9
<b>Situação Conjugal</b>		
Com companheiro	355	69,3
Sem companheiro	157	30,7
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>		
Sim	227	44,7
Não	281	55,3
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Sim	77	15,1
Não	432	84,9

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

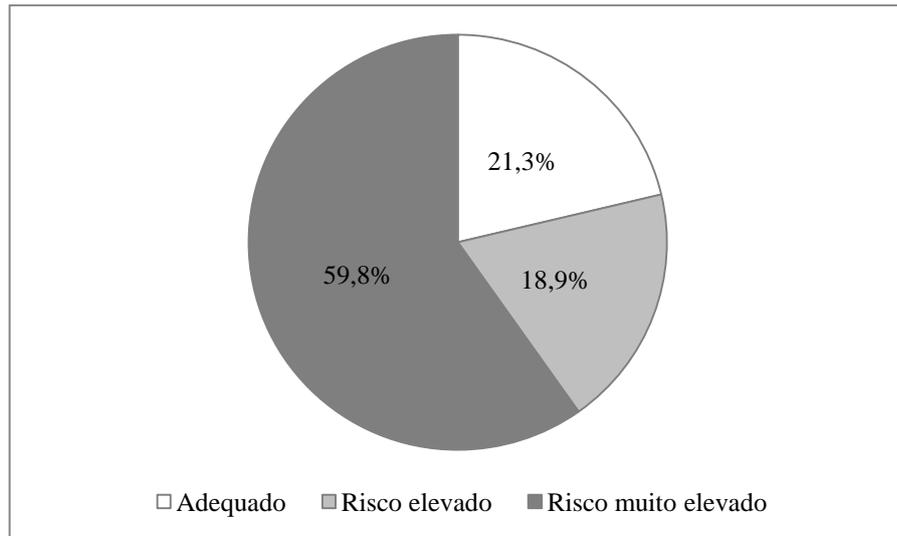
\* O maior número de informações perdidas foi de 24 (4,7%) para a variável classe econômica.

**Tabela 2.** Prevalências (%) e Intervalos de Confiança (IC) de 95% de risco cardiovascular em usuários da Estratégia Saúde da Família, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Itaquí/RS, 2015. (N=512)

<b>Características</b>	<b>Prevalência (IC 95%)</b>	<b>Valor-p*</b>
<b>Sexo</b>		<0,001
Masculino	63,6 (54,6 – 72,7)	
Feminino	82,8 (79,1 – 86,5)	
<b>Idade (anos completos)</b>		0,013
20-39	71,3 (64,4 – 78,2)	
40-59	83,4 (78,4 – 88,4)	
≥ 60	80,5 (73,6 – 87,4)	
<b>Cor</b>		0,679
Branca	79,6 (74,3 – 84,8)	
Não Branca	78,1 (73,2 – 82,9)	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		0,108
0-4	80,3 (74,8 – 85,8)	
5-8	81,4 (75,8 – 87,1)	
≥9	72,0 (64,1 – 79,9)	
<b>Classe econômica (ABEP)</b>		0,466
B	72,6 (60,1 – 84,9)	
C	80,2 (75,2 – 85,1)	
D-E	77,8 (71,8 – 83,9)	
<b>Situação Conjugal</b>		0,045
Com companheiro	81,1 (77,0 – 85,2)	
Sem companheiro	73,3 (66,3 – 80,2)	
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>		<0,001
Sim	86,8 (82,4 – 91,2)	
Não	71,9 (66,6 – 77,2)	
<b>Diabetes Mellitus</b>		0,106
Sim	85,7 (77,8 – 93,6)	
Não	77,6 (73,6 – 81,5)	

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

\* Teste qui-quadrado de Pearson



**Figura 1.** Risco cardiovascular em usuários da Estratégia Saúde da Família, de acordo com pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Itaqui/RS. 2015.

**APÊNDICE I**

<b>Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário</b>		Revisão do questionário: ___ / ___ / _____	CQ: (S) (N)
<b>BLOCO A: Geral</b>			
01) Número do questionário: ESF ___ MICROÁREA ___ FAMÍLIA ___		a1 _____	
02) Endereço: _____		a2 _____	
03) Data da entrevista: ___ / ___ / _____		a3 ___ / ___ / _____	
04) Horário de início da entrevista ___ : ___		a4 ___ : ___	
05) Entrevistador: _____		a5 _____	
<b>Fala 1 – VOU COMEÇAR FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS GERAIS</b>			
06) Qual é o seu nome completo? _____		a6 _____	
07) O(A) Sr.(a) tem telefone para contato?			
Telefone 1: (___) _____ - _____		a7t1 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t1o ___	
Telefone 2: (___) _____ - _____		a7t2 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t2o ___	
Telefone 3: (___) _____ - _____		a7t3 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t3o ___	
08) O(A) Sr.(a) tem e-mail para contato? _____		a8 _____	
09) Qual é sua data de nascimento? ___ / ___ / _____		a9 ___ / ___ / _____	
<i>As questões 10 e 11 devem ser apenas observadas pelo entrevistador</i>			
10) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		a10 ___	
11) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena		a11 ___	
12) O(A) Sr.(a) trabalha ou já trabalhou? Considere trabalho remunerado. (0) Não, nunca → Pule para a pergunta 14 (1) Trabalhou, mas está desempregado(a) → Pule para a pergunta 14 (2) Trabalhou, mas está aposentado(a) → Pule para a pergunta 14 (3) Sim, está trabalhando. (9) IGN → Pule para a pergunta 14		a12 ___	
13) Qual é a sua ocupação principal? (Se mais de uma ocupação: considerar ocupação principal a de maior carga horária; a que exercer há mais tempo; se mesmo tempo, será considerada a de maior renda)		a13 ___	
14) O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não → Pule para a pergunta 17 (1) Sim (2) Só assina → Pule para a pergunta 17 (9) IGN → Pule para a pergunta 17		a14 ___	
15) Até que série o(a) Sr.(a) completou com aprovação? ___ série ___ grau (Se o entrevistado referir grau = 1 ou 2, pule para a pergunta 17)		a15s ___ a15g ___	
16) O(A) Sr.(a) completou a faculdade? (0) Não (1) Sim (8) NSA		a16 ___	
17) Qual a sua situação conjugal? (1) Mora com companheiro(a) (2) Mora sem companheiro(a)		a17 ___	
18) Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim		a18 ___	
19) Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem ou teve hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN		a19 ___	
20) Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem ou teve diabetes (açúcar no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN		a20 ___	
<b>BLOCO B: Satisfação do usuário</b>			
<b>Fala 2 - AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O ÚLTIMO ATENDIMENTO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) RECEBEU DO POSTO &lt;ESF&gt;. CONSIDERE COMO ATENDIMENTO QUALQUER SERVIÇO PRESTADO, COMO: VISITA DOMICILIAR, VACINAÇÃO, CURATIVO, CONSULTA, PARTICIPAÇÃO EM GRUPO, ENTRE OUTROS.</b>			
01) Qual foi a última assistência de saúde que o(a) Sr.(a) recebeu do posto <ESF> Entregar o Cartão Resposta A e explicar como deve ser utilizado		b1 ___	
Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) Sr.(a) avalia:			
02) As habilidades do profissional de saúde (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe		b2 ___	
03) A disponibilidade de equipamentos (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe		b3 ___	

04) <b>A disponibilidade de medicamentos</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b4 __
05) <b>A resolução/solução do seu problema</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b5 __
06) <b>O tempo gasto com deslocamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b6 __
07) <b>O tempo de espera até ser atendido</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b7 __
08) <b>O respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b8 __
09) <b>A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b9 __
10) <b>A clareza nas explicações do profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b10 __
11) <b>A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b11 __
12) <b>A possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b12 __
13) <b>A sua participação na tomada de decisões sobre o seu tratamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b13 __
14) <b>A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b14 __
15) <b>A maneira como as suas informações foram mantidas em sigilo</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b15 __
16) <b>A liberdade em escolher o profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b16 __
17) <b>A limpeza das instalações, incluindo os banheiros</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b17 __
18) <b>O espaço disponível das salas de espera e atendimento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b18 __
<b>ATENÇÃO PARA OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	
a) <i>Se mulher: A Sra. está grávida?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i> (8) NSA	cea __
b) <i>Se mulher: A Sra. teve filho nos últimos 6 meses?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i> (8) NSA	ceb __
c) <i>O(a) entrevistado(a) está em alimentação por via enteral (sonda)?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i>	cec __
<b>BLOCO C: Alimentação</b>	
<b>Fala 3 - AGORA, IREMOS CONVERSAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO. PENSE EM UM DIA NORMAL.</b>	
01) <b>Quantas refeições o(a) Sr.(a) costuma fazer ao longo do dia?</b> __ __ refeições	c1 __ __
02) <b>O(A) Sr.(a) costuma realizar o(a):</b>	
a) <b>Café da manhã?</b> (0) Não (1) Sim	c2a __
b) <b>Lanche da manhã?</b> (0) Não (1) Sim	c2b __
c) <b>Almoço?</b> (0) Não (1) Sim	c2c __
d) <b>Lanche da tarde?</b> (0) Não (1) Sim	c2d __
e) <b>Jantar?</b> (0) Não (1) Sim	c2e __
f) <b>Ceia?</b> (0) Não (1) Sim	c2f __
<b>Fala 4 - AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.</b>	
<b>ATENÇÃO PARA O CRITÉRIO DE EXCLUSÃO</b>	
d) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre?</b> (0) Não → motivo? _____ ( <i>Pule para o Bloco D</i> ) (1) Sim → <i>Pule para a próxima instrução</i>	ced __
<b>Fala 5 - PENSE DESDE &lt;dia da semana&gt; DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE</b>	
03) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu/tomou &lt;alimentos&gt;?</b>	
a) <b>Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3a __
b) <b>Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc., menos batata e mandioca)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3b __
c) <b>Frutas frescas ou salada de frutas</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3c __
d) <b>Feijão</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3d __
e) <b>Leite ou iogurte</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3e __
f) <b>Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3f __
g) <b>Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3g __
h) <b>Biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3h __
i) <b>Biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3i __



18) O(A) Sr.(a) poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no posto <ESF>? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d18 __
<b>Fala 8 – AGORA, VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUNS SERVIÇOS QUE O(A) SR.(A), SUA FAMÍLIA OU AS PESSOAS QUE UTILIZAM ESSE SERVIÇO PODEM NECESSITAR. PODE SER QUE O(A) SR.(A) NÃO TENHA PRECISADO OU RECEBIDO, APENAS QUEREMOS SABER SE O SERVIÇO É OFERECIDO OU NÃO PELO POSTO &lt;ESF&gt;.</b>	
19) Está disponível no posto <ESF>:	
a) Aconselhamento para problemas de saúde mental? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19a __
b) Aconselhamento sobre como parar de fumar? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19b __
c) Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair, etc.)? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19c __
20) Em alguma consulta no posto <ESF>, já foi ou é conversado com o(a) Sr.(a) sobre:	
a) Alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20a __
b) Exercícios físicos apropriados para o(a) Sr.(a)? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20b __
c) Verificação e discussão sobre os medicamentos que foram prescritos? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20c __
d) Como prevenir quedas? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20d __
21) Sobre o relacionamento do seu “médico/enfermeiro” com sua família:	
a) O seu médico ou enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que o(a) Sr.(a) pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para o(a) Sr.(a) ou para um membro da sua família? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21a __
b) O seu médico ou enfermeiro se reuniria com membros de sua família se o(a) Sr.(a) achasse necessário? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21b __
c) Alguém do posto <ESF> faz ou já fez pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão atendendo às necessidades das pessoas? (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21c __
<i>BLOCO E: Classificação econômica</i>	
<b>Fala 9 - AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU DOMICÍLIO.</b>	
01) Sobre alguns itens que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem <item>? Se sim: Quantos?	
a) Banheiro	0 1 2 3 4 ou + e1a __
b) Computador (considerar o de mesa, laptop, notebook, netbook)	0 1 2 3 4 ou + e1b __
c) Máquina de lavar louça	0 1 2 3 4 ou + e1c __
d) Geladeira	0 1 2 3 4 ou + e1d __
e) Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 1 2 3 4 ou + e1e __
f) Máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho)	0 1 2 3 4 ou + e1f __
g) Aparelho de DVD (não considerar de automóvel)	0 1 2 3 4 ou + e1g __
h) Micro-ondas	0 1 2 3 4 ou + e1h __
i) Moto	0 1 2 3 4 ou + e1i __
j) Secadora de roupas	0 1 2 3 4 ou + e1j __
k) Automóvel	0 1 2 3 4 ou + e1k __
l) Na sua casa, trabalha empregado ou empregada mensalista?	0 1 2 3 4 ou + e1l __
02) A água utilizada neste domicílio é proveniente de: (1) Rede geral de distribuição (CORSAN) (2) Poço ou nascente (3) Outro meio	e2 __
03) Considerando o trecho da rua do seu domicílio, o(a) Sr.(a) diria que a rua é: (1) Asfaltada/Pavimentada (2) Terra/Cascalho	e3 __
04) Considerando que o chefe da família é a pessoa que contribui com a maior parte dos gastos da casa, quem o(a) Sr.(a) considera o chefe da sua família? _____ (Anotar a relação com o entrevistado) (Se o próprio entrevistado referir ser o chefe da família, pule para a pergunta 08)	e4 __

06) Até que série o <chefe da família> completou com aprovação? __ série __ grau (Se referir grau = 1 ou 2, pule para a pergunta 08)	Não sabe = 9 / Só assina = 0	e6s __ e6g __
07) O <chefe da família> completou a faculdade? (0) Não (1) Sim (8) NSA		e7 __
08) O(A) Sr.(a) recebe bolsa família? (0) Não (1) Sim (9) IGN		e8 __
<b>BLOCO F: Circunferência da cintura</b>		
<b>ATENÇÃO PARA OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Não medir a circunferência da cintura nos seguintes casos:</b>		
1) Gestante 2) Filho últimos 6 meses 3) Sonda 4) Impossibilitado(a) de ficar ereto(a) 5) Cintura inacessível		
<b>Fala 10 - POR FAVOR, EU NECESSITO MEDIR A CIRCUNFERÊNCIA DA SUA CINTURA.</b>		
01) Medida 1 __ __ __, __		f1 __ __ __, __
02) Medida 2 __ __ __, __		f2 __ __ __, __
03) Medida 3 __ __ __, __ → (Realizar apenas se a diferença entre a medida 1 e 2 for maior que 1cm)		f3 __ __ __, __
04) Hora do final da entrevista __ __ : __ __		f4 __ __ : __ __

*Agradeça ao entrevistado pela disponibilidade e participação na pesquisa.*

## APÊNDICE II

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL\*



**1** Faça pelo menos 3 refeições e 2 lanches por dia. Inicie por um café da manhã saudável. Não pule as refeições.

**2** Consuma até 6 porções ao dia de cereais (milho, trigo, pães, e massas), tubérculos (batatas), e raízes (aipim) nas refeições. Opte por grãos integrais e alimentos naturais.

**3** Aumente e varie os tipos de frutas, verduras e legumes. Consuma 6 porções ao dia.

**4** Coma arroz e feijão, no mínimo, 5 vezes por semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteína e outros nutrientes.

**5** Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carne, aves, peixes ou ovos. Prefira esses alimentos sem gordura.

**6** Reduza o consumo de alimentos gordurosos (frituras, no máximo, 1 vez por semana), óleos vegetais, azeite, manteiga (no máximo 1 porção por dia).

**7** Evite o consumo de refrigerantes, sucos artificiais, bebidas alcoólicas, doces e guloseimas.

**8** Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa.

**9** Mantenha-se hidratado. Beba, pelo menos, 2 litros de água por dia.

**10** Torne sua vida mais saudável! Pratique atividade física pelo menos 30 minutos por dia e mantenha seu peso adequado.

\* Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde Guia Alimentar para a População Brasileira.

Acesse: [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao)

**A necessidade energética é diferente para cada pessoa.  
A orientação individualizada do NUTRICIONISTA  
é essencial para a sua saúde.**

**APÊNDICE III**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa **Estratégia Saúde da Família (ESF): qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário**. Trata-se de um projeto de pesquisa que tem por objetivo conhecer aspectos importantes sobre a população de Itaqui/RS, como acesso e utilização dos serviços e dados nutricionais dos usuários da ESF, e se justifica pela falta de estudos que avaliem esses temas no município.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta. Por meio deste documento e a qualquer tempo, o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, pessoalmente com o entrevistador ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis, podendo ligar a cobrar para os números (55) 9646-0696 (Prof<sup>a</sup>. Lana Almeida) ou (55) 9642-7717 (Prof<sup>a</sup>. Roberta Zanini). Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis.

Para participar da pesquisa, será necessário que o(a) senhor(a) responda a um questionário composto por questões que abordam aspectos gerais (como identificação, contatos, data de nascimento e escolaridade), satisfação com o serviço de saúde, alimentação (refeições realizadas por dia e consumo de alguns alimentos), qualidade do serviço de saúde e poder de compra das famílias. Nenhuma entrevista será gravada. Por fim, será necessário que o(a) senhor(a) se disponibilize para que seja feita a medida da circunferência da sua cintura, que permitirá a avaliação de possível risco para doenças cardiovasculares. Essa medida será realizada utilizando fita métrica padrão, na linha da cintura, em contato direto com a pele. A coleta de dados será realizada individualmente para evitar constrangimento, na sua própria residência, e terá duração de cerca de 30 (trinta) minutos.

O(A) Sr.(a) poderá não se sentir à vontade para responder algumas perguntas e/ou desconforto durante as medidas; porém, tais procedimentos terão curta duração, uma vez que a equipe é treinada para tal. Ao participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) terá como benefícios: recebimento de orientações impressas sobre alimentação saudável ao final da entrevista, e, após a análise dos dados, informações individualizadas sobre o diagnóstico nutricional. Além disso, o estudo contribuirá para que melhorias possam ser recomendadas nas unidades básicas de saúde e na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores de Itaqui/RS.

Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. As pesquisadoras garantem que seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os dados da pesquisa serão armazenados pelas pesquisadoras responsáveis e os resultados poderão ser divulgados em relatórios e publicações científicas.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante da pesquisa), fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e sobre os métodos que serão utilizados. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e/ou retirar meu consentimento, se assim eu desejar. Também fui esclarecido(a) sobre a garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Itaqui, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

*Impressão digital*

Pesquisadoras responsáveis:



**Dr<sup>a</sup> Lana Carneiro Almeida**  
lanaalmeida@unipampa.edu.br



**Dr<sup>a</sup> Roberta de Vargas Zanini**  
robertazanini@unipampa.edu.br

*Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIPAMPA – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana/RS. Telefone: (55) 3911-0202 ou ligações a cobrar para (55) 8454-1112. E-mail: cep@unipampa.edu.br.*

Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n - Bairro: Promorar – Itaqui/RS - CEP: 97650-000

Fone: (55) 9907-0663 - (55) 3433-1669

**ANEXO I**



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PAMPA -  
UNIPAMPA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário

**Pesquisador:** Lana Carneiro Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40628115.4.0000.5323

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 954.173

**Data da Relatoria:** 10/02/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

De acordo com o proponente:

O objetivo desta pesquisa de base populacional é avaliar a qualidade do serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Itaqui/RS e conhecer o perfil nutricional dos usuários cadastrados. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, cujo trabalho de campo será realizado de março a maio de 2015, com uma amostra calculada em cerca de 970 indivíduos. Serão incluídas pessoas com idade 20 anos, cadastradas na ESF, residentes na zona urbana e que tenham utilizado qualquer serviço prestado pela ESF ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos 12 meses anteriores à entrevista. Para as perguntas sobre alimentação e medida da circunferência da cintura serão excluídos: gestantes, mulheres que tiveram filhos nos seis meses anteriores à entrevista e indivíduos que, por algum motivo de saúde, tenham modificado a dieta na semana anterior à entrevista ou que estejam em alimentação por via enteral. Para a coleta das informações, será utilizado um questionário composto por questões relativas à identificação, características socioeconômicas e demográficas e de saúde, satisfação do usuário com o serviço, alimentação, PCATool-Brasil Adulto versão reduzida e a medida de circunferência da cintura. Na coleta de dados, a abordagem da família será no domicílio, onde apenas um morador será entrevistado. Os dados coletados serão revisados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1

**Endereço:** Campus Uruguaiana BR 472, Km592

**Bairro:** Prédio Administrativo Central - Caixa

**UF:** RS

**Município:** URUGUAIANA

**CEP:** 97.500-970

**Telefone:** (55)3413-4321

**E-mail:** cep@unipampa.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PAMPA -  
UNIPAMPA



Continuação do Parecer: 954.173

e analisados no programa Stata 12.1. Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA e aos entrevistados será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista. Espera-se, com este estudo, observar baixos escores nos indicadores de qualidade do serviço prestado pela ESF, em contraste com altas taxas de satisfação dos usuários com o serviço. Com relação aos hábitos alimentares, é possível que a maioria da população entrevistada não atenda às recomendações preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o proponente:

**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade do serviço prestado pela ESF de Itaqui/RS e conhecer o perfil nutricional dos usuários cadastrados.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever a população quanto a variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Verificar a frequência de satisfação do usuário com o serviço;
- Avaliar a relação entre satisfação e variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Identificar o número de refeições realizadas diariamente pelo usuário;
- Verificar a frequência dos tipos de refeições realizadas;
- Descrever o número de refeições de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Verificar a frequência de consumo dos alimentos marcadores de alimentação saudável e pouco recomendada;
- Classificar a frequência de consumo dos marcadores alimentares de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira;

**Endereço:** Campus Uruguaiana BR 472, Km592

**Bairro:** Prédio Administrativo Central - Caixa

**UF:** RS

**Município:** URUGUAIANA

**CEP:** 97.500-970

**Telefone:** (55)3413-4321

**E-mail:** cep@unipampa.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PAMPA -  
UNIPAMPA



Continuação do Parecer: 954.173

- Descrever a adequação da frequência de consumo dos marcadores alimentares, de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde;

- Avaliar a qualidade do serviço na perspectiva do usuário

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o proponente:

#### **Riscos:**

Os participantes deste estudo poderão sentir incômodo e/ou constrangimento durante a mensuração da circunferência da cintura, pois o processo consiste em medir o diâmetro da cintura com fita métrica em contato direto com a pele do indivíduo. Esse incômodo terá curta duração, dado que a equipe é treinada e o tempo de leitura das medidas é em torno de cinco minutos. Durante a realização do questionário, o participante poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, porém ele estará previamente informado de que poderá se recusar a responder perguntas específicas e/ou interromper a entrevista a qualquer momento.

#### **Benefícios:**

Todos os participantes terão como benefícios o recebimento de orientações impressas sobre alimentação saudável ao final da entrevista, e, após a análise dos dados, informações individualizadas sobre o diagnóstico nutricional. Além disso, o estudo contribuirá para que melhorias possam ser recomendadas nas unidades básicas de saúde e na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores de Itaquí/RS

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa importante pois se propõem a conhecer e melhorar os serviços e perfil nutricional, assim como intervir melhorando a vida da comunidade.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto- OK

TCLE- OK

Termo de confidencialidade- OK

Autorização co partícipe- OK

**Endereço:** Campus Uruguaiana BR 472, Km592

**Bairro:** Prédio Administrativo Central - Caixa

**UF:** RS

**Município:** URUGUAIANA

**CEP:** 97.500-970

**Telefone:** (55)3413-4321

**E-mail:** cep@unipampa.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PAMPA -  
UNIPAMPA



Continuação do Parecer: 954.173

**Recomendações:**

Todas as recomendações do parecer 940.795 de 27/01/2015 foram atendidas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A entrega de relatório parcial e ou final é de responsabilidade do pesquisador.

URUGUAIANA, 13 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**JUSSARA MENDES LIPINSKI**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Uruguaiana BR 472, Km592

**Bairro:** Prédio Administrativo Central - Caixa

**UF:** RS

**Município:** URUGUAIANA

**CEP:** 97.500-970

**Telefone:** (55)3413-4321

**E-mail:** cep@unipampa.edu.br

**ANEXO II**

## INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras;

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: - Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) - ClinicalTrials.gov - International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) - Netherlands Trial Register (NTR) - UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) - WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) –

### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### **5. CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. COLABORADORES**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE , que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1 ). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br)

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS . Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **12. ENVIO DO ARTIGO**

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php> . O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS .

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br)

### **13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

#### **14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

#### **15. PROVA DE PRELO**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.