

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

SILVIA PEREIRA DA SILVA DE CARVALHO MELO

**EXCESSO DE PESO EM ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA DE POBREZA DO
NORDESTE BRASILEIRO**

RECIFE

2017

SILVIA PEREIRA DA SILVA DE CARVALHO MELO

**EXCESSO DE PESO EM ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA DE POBREZA DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Orientadora: Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Co-orientador: Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M528s Melo, Sílvia Pereira da Silva de Carvalho.
Excesso de peso em adultos de uma área urbana de pobreza do Nordeste brasileiro/ Sílvia Pereira da Silva de Carvalho Melo. — Recife: [s. n.], 2017.

67 p.: il., tab.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; coorientador: Pedro Israel Cabral de Lira.

1. Sobrepeso. 2. Obesidade. 3. Estudos Transversais. 4. Adulto. 5. Pobreza. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Lira, Pedro Israel Cabral de. III. Título.

CDU 613.25

SILVIA PEREIRA DA SILVA DE CARVALHO MELO

**EXCESSO DE PESO EM ADULTOS DE UMA ÁREA URBANA DE POBREZA DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentado ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em ciências.

Aprovado em: 09/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Luiz Henrique Maciel Griz
Departamento de Saúde Coletiva/Universidade de Pernambuco - UPE

Profª Dra. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares
Departamento de Nutrição em Saúde Pública/Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

*Dedico este trabalho a Deus o meu refúgio, ao meu esposo
que sempre me apoiou e meus pais.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por está sempre comigo e por me ajudar a concluir mais uma etapa em minha vida.

Agradeço ao meu esposo, pelo apoio incondicional, e aos meus pais, por sempre acreditarem em mim.

A professora Eduarda Cesse, pela orientação dessa dissertação e oportunidade de crescimento durante estes anos.

Ao professor e co-orientador Pedro Lira, pela contribuição e aprendizado ao longo do curso.

Ao professor Malaquias, pelos sábios ensinamentos, dedicação e preciosa contribuição.

A Anete Rissin pelo incentivo e parceria valiosa, em todos os momentos.

Agradeço a todo o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães por permitir que eu e todos os que passam por ele consigam concretizar seus sonhos.

Aos colegas de classe, novos e eternos amigos pela solidariedade e companheirismo.

A todos que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, entre eles, professores, familiares e profissionais.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho. **Sobrepeso e obesidade de adultos numa área urbana carente do nordeste brasileiro**. 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

As mudanças produzidas no processo saúde/doença, sobretudo no campo da nutrição, corroboram para a superposição das carências nutricionais pela emergência pandêmica do excesso de peso (sobrepeso/obesidade). O objetivo do trabalho foi analisar a prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos residentes em uma área urbana de pobreza (favela) do Recife, Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra representativa de 644 adultos de 20 a 59 anos, a partir da pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*”. Analisaram-se possíveis associações do excesso de peso com fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e morbidades através de Regressão de Poisson, considerando-se como estatisticamente significantes aquelas com valor de $p < 0,05$. Os resultados foram expressos por razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%. A prevalência do excesso de peso foi 70,3%, sendo maior nas mulheres (72,4% *versus* 66,4%), com menor prevalência na faixa de 20-29 anos, aumentando na faixa de 30-39 anos e se mantendo nas demais. No modelo final ajustado, as variáveis associadas significativamente ao excesso de peso foram: sexo, faixa etária, classe econômica, consumo de feijão e de carnes com excesso de gordura e hipertensão arterial sistêmica. A alta prevalência de excesso de peso observada é muito acima de resultados representativos em outras áreas urbanas do país e sua associação com a hipertensão arterial só reforça a urgência de priorizar como problema de saúde, principalmente em áreas pobres do país.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Adulto. Pobreza.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho. **Overweight and obesity in adults in deprived urban area of northeastern Brazil**. 2017. Dissertation (Masters in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

The changes produced in the health/disease process, especially in the field of nutrition, corroborate the overlay of nutritional deficiencies by the pandemic emergency of excess weight. The aim of this study was to analyze the prevalence and associated factors of the excess of weight (overweight/obesity) in adults living in deprived urban areas (slums) of Recife, northeastern Brazil. This is a cross-sectional study with a representative sample of 644 adult of 20 to 59 years, from the research "Health, nutrition and care services in a slum population of Recife: A baseline study." The associated factors of the excess of weight analyzed were demographic, socioeconomic, behavioral and morbidities through Poisson regression, considering p values <0.05. The results were expressed as prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval. The prevalence of excess of weight was 70.3%, higher in women (72.4% versus 66.4%), with lower prevalence in the age of 20-29 years, increasing the range of 30-39 years, and similar in other age groups. In the final adjusted model the significant variables were gender, age, economic class, consumption of beans, meat with excess fat and hypertension. The high prevalence of excess of weight observed is far above the results in other urban areas of the country and its association with hypertension reinforces the urgency to prioritize the problem in deprived areas of the country.

Key words: Overweight. Obesity. Adults. Poverty.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IARC	Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RP	Razão de Prevalência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	REFERENCIAL TEÓRICO	10
1.1	Transições demográfica, epidemiológica e nutricional	10
1.2	Prevalência do sobrepeso e obesidade	12
1.3	Contexto do sobrepeso e obesidade na pobreza	13
1.4	Fatores associados ao sobrepeso e obesidade	14
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	Geral	19
3.2	Específicos	19
4	MÉTODOS	20
4.1	Delineamento do estudo	20
4.2	Amostra e Casuística	20
4.3	Instrumentos de medida	21
4.4	Classificação das variáveis	22
4.5	Análise de dados	23
5	ASPECTOS ÉTICOS	25
6	RESULTADOS	26
7	DISCUSSÃO	32
8	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS	39
	ANEXO A – Questionários Pesquisa Coelhos	46
	ANEXO B – Declaração do Comitê de Ética 1	64
	ANEXO C – Declaração do Comitê de Ética 2	65
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa Coelhos	66

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Transições demográfica, epidemiológica e nutricional

O Brasil e diversos países da América Latina experimentaram, nos últimos vinte anos, uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. A transição demográfica é descrita por quatro fases: a pré-industrial, a industrialização/urbanização, a maturidade industrial e a pós-industrial. Atualmente, o país encontra-se na terceira fase (maturidade industrial) caracterizada por queda nas taxas de natalidade e nas taxas de mortalidade, com conseqüente aumento na expectativa de vida. As transformações demográficas provocaram alterações significativas no padrão de morbimortalidade nas sociedades modernas, as quais podem destacar a redução das mortes por doenças infecto-parasitárias e o aumento da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tornando, assim, complexo o quadro de saúde das populações (PAIVA; WAJNMAN, 2005). O intenso processo de urbanização, ocorrido principalmente de 1960-1980, resultante da explosão demográfica na fase de industrialização/urbanização, potencializou a exclusão social, decorrente da mão de obra que migrou da área rural para a urbana, na esperança de melhores condições de trabalho e ascensão social, contudo, são estes que vivem atualmente à margem da sociedade. Em sua maioria, essa população mora nas periferias das grandes metrópoles, em condições precárias de habitação, com baixos índices de escolaridade, alfabetização, emprego formal, possuem altas taxas de pobreza e violência e, conseqüentemente, estão mais vulneráveis aos processos de adoecimento (CAMPOS et al., 2004).

Associada ao processo de transição demográfica ocorre à transição epidemiológica, que está relacionada processualmente com a forma de organização das sociedades, que determina importantes transformações ou a substituição ou superação de um padrão epidemiológico por outro, num determinado período de tempo. Inicialmente, podemos identificar um “perfil arcaico” caracterizado pela permanência ou ainda expansão de várias e seculares doenças infecciosas endêmicas/epidêmicas, as chamadas doenças negligenciadas, além da persistência de várias parasitoses e doenças sexualmente transmissíveis. Por conseguinte, podemos encontrar um “perfil moderno”, típico dos países desenvolvidos, principalmente a partir da segunda metade do século XX, identificado pelo incremento acentuado de DCNT (FREESE, 2006). Por fim, um novo perfil epidemiológico pode ser identificado ao se acoplar a antigas mazelas a algumas novas doenças e situações de risco à saúde num contexto de iniquidade social. Assim, este novo perfil pode ser caracterizado como

um “perfil de desigualdades”, espelho de contradições seculares. É marcado pela heterogeneidade estrutural no interior de várias sociedades, com diferenciação e desigualdades acentuadas entre as diferentes classes sociais (FREESE, 2006).

No campo da nutrição, as mudanças produzidas no processo saúde/doença apresentou sua configuração mais peculiar, tipificada pela superposição das carências nutricionais globais e específicas pela emergência epidêmica ou pandêmica do excesso de peso caracterizado pelo sobrepeso e obesidade. Por sua natureza, magnitude e consequências, representa um tema desafiador para os gestores públicos da saúde e para a sociedade, sobretudo nos países menos desenvolvidos, na medida em que altera radicalmente o quadro de prioridades da área (COSTA et al., 2014; SCHMIDT et al., 2011).

O excesso de peso corporal caracteriza-se pelo acúmulo de gordura, excedendo os padrões aceitáveis de normalidade antropométrica em diferentes graus, e integrando as DCNT (MENDES, 2012; SCHMIDT et al., 2011). Pode-se dizer que em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública, ou melhor, um grave problema para todos os sistemas de saúde pública, representando uma ameaça não apenas à saúde, como também ao desenvolvimento humano (GOULART, 2011). A carga dessas enfermidades incide especialmente sobre países com condições econômicas mais precárias, sendo as principais fontes da carga de doenças no Brasil (SCHMIDT et al., 2011).

A importância epidemiológica do excesso de peso é sinalizada não apenas enquanto doença *per se*, mas também porque o risco de outras DCNT como certos tipos de câncer, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e de hipertensão aumentam diretamente com o grau de excesso de peso (OLIVEIRA et al., 2009). De acordo com um estudo recente, realizado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC), o excesso de peso foi responsável por cerca de 481 mil de todos os novos casos de câncer no mundo em 2012 (ARNOLD et al., 2015). A Organização Mundial da Saúde (2003a) estimou que o sobrepeso/obesidade responde por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio. É ainda responsável diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Nesse sentido, o excesso de peso se constitui como importante fator de risco para a morbi-mortalidade de populações adultas, associando-se a 63% do total global de mortes, sendo que desse total, 78% ocorreram em países de média e baixa renda (GOULART, 2011). Ademais, em 2010, estima-se que o excesso de peso resultou em 3,4 milhões de mortes, perda de 3,9% na expectativa de vida e em 3,8% de anos perdidos por incapacidade (NG et al., 2013). Estimativas para 2020 apontam cinco milhões de óbitos atribuídos ao excesso de

peso (HASLAM; JAMES, 2005). Segundo um estudo recente realizado sobre as desigualdades em saúde atribuíveis ao excesso de peso na Europa, a obesidade faz uma contribuição importante para a explicação das desigualdades em saúde e mortalidade (HOFFMANN et al., 2015).

1.2 Prevalência do excesso de peso

A prevalência de excesso de peso é crescente em países de baixa e média renda, especialmente em ambientes urbanos (BRASIL, 2014a). A prevalência mundial desse problema aumentou substancialmente nas últimas três décadas, de modo que, de 1980 a 2013, o excesso de peso, aumentou 27,5% entre os adultos em escala mundial. Em 1980, 857 milhões de adultos estavam nestas condições enquanto que em 2013 eram 2,1 bilhões, o que representa quase 30% da população mundial (NG et al., 2014).

Mais de 50% dos 671 milhões de adultos obesos no mundo vivem em dez países (listados em ordem de número de indivíduos obesos): Estados Unidos, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia, sendo que do total de obesos 62% vivem em países em desenvolvimento. Os Estados Unidos responderam por 13% das pessoas obesas em todo o mundo em 2013, com a China e a Índia responsáveis em conjunto por 15% (NG et al., 2014).

Estima-se que no Brasil, de acordo com a recente Pesquisa Nacional de Saúde, mais da metade da população adulta brasileira encontra-se com excesso de peso (56,9%), o que representa 82 milhões de adultos (IBGE, 2015). Já em Pernambuco, a III *Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição*, realizada em 2006, com amostra representativa do Estado de Pernambuco, observou-se uma prevalência de 51,5% (PINHO et al., 2011).

O problema do excesso de peso trata de um processo pandêmico que extrapola fronteiras geopolíticas, blocos econômicos, culturas e estratos sociais, com a observação surpreendente de que atualmente, ao contrário do passado, são as camadas mais pobres dos países ricos ou em desenvolvimento que constituem os segmentos mais expostos a sua ocorrência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Considerando, num recorte mais restrito e apropriado, a situação nutricional de populações adultas faveladas no Brasil, identifica-se alguns dados, como o de Barbosa et al. (2009), realizado em assentamentos urbanos subnormais de Maceió (Alagoas), que encontraram uma prevalência de 41,2% de sobrepeso ou obesidade. Também em moradores de favelas em São Paulo, Sawaya et al. (1995) observaram que 36,5% dos adultos

apresentaram classificações de sobrepeso e obesidade. Já em estudo realizado com mulheres de baixa renda do Rio de Janeiro, 56,3% estavam acima do peso (LINS et al., 2013).

1.3 Contexto do sobrepeso e obesidade na pobreza

Aglomerado subnormal é o conceito que foi incorporado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para definir áreas “dispostas, de forma desordenada e densa, carente, em sua maioria, de serviços públicos essenciais” e trazendo assim a diferença entre áreas com definições de normalidade e, conseqüentemente, anormalidade, reafirmando-as como zonas de exclusão (IBGE, 2010a).

Em nível global, dos 6 bilhões de pessoas que vivem no mundo, 1 bilhão de pessoas vivem em favelas (UN-HABITAT, 2003). No Brasil, cerca de 6% da população brasileira reside em aglomerados subnormais, representando quase o dobro da proporção encontrada em 1991 (3,1%). As Regiões Metropolitanas de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Belém, estão entre as 20 Regiões Metropolitanas brasileiras com maior número de domicílios em aglomerados subnormais. Em conjunto, elas abrigam 88,6% dos domicílios em aglomerados subnormais. Já a Região Metropolitana do Recife concentra 41% dos seus domicílios nesta condição (IBGE, 2010a).

O paradoxo entre a obesidade e pobreza foi observado pela primeira vez nos Estados Unidos e os resultados indicaram que os estados pobres eram caracterizados por maiores taxas de obesidade. Estados onde a proporção de pobreza foi superior a 35% foram caracterizados por um aumento de 145% na quantidade de obesos, em comparação com os estados mais ricos (ŻUKIEWICZ-SOBCZAK et al., 2014). A literatura tem constatado o aumento da obesidade em contextos de pobreza nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (FINUCANE et al., 2011; MONTEIRO et al., 2004; MOORE et al., 2010; POPKIN, 2011).

A característica epidemiológica marcante do processo de transição nutricional da população brasileira nas últimas três décadas se traduz pela mobilidade social das condições socioeconômicas da população, com tendência à redução do excesso de peso no quartil de renda mais elevada e deslocamento crescente para as famílias classificadas nos estratos econômicos mais precários (BARBOSA et al., 2009; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). A realização dos inquéritos nutricionais de âmbito nacional ao longo das últimas décadas permitiu analisar a magnitude da obesidade no Brasil, bem como mapear o comportamento da doença, concluindo que a obesidade global avança na população adulta brasileira e apresenta impacto importante nos segmentos menos favorecidos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

O sobrepeso e obesidade desloca seu foco de risco para as etnias socialmente mais desfavorecidas no Brasil, como negros e pardos, ou outros agrupamentos aproximados pela condição de pobreza, como famílias de estratos de renda mais baixa ou em condições inadequadas de saneamento da moradia e do meio ambiente (COSTA et al., 2014). Desta forma, a tendência do excesso de peso no contexto da pobreza no Brasil coloca o agravo como tema prioritário para o campo da saúde pública na atualidade, desde que suas consequências biológicas e sociais se tornam mais complexas e até certo ponto imprevisíveis (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; FERREIRA et al., 2010).

Portanto, a preocupação com as repercussões do excesso de peso, que era uma peculiaridade epidemiológica das classes sociais mais abastadas, passa a ser representada nos grupos menos favorecidos impondo uma reflexão teórica sobre sua dinâmica para um delineamento de políticas públicas mais eficazes para sua prevenção e o controle das enfermidades nesses segmentos (FERREIRA et al., 2010; LINS et al., 2013).

1.4 Fatores associados ao sobrepeso e obesidade

O sobrepeso e a obesidade têm causas multifatoriais e resultam de uma complexa interação entre o meio ambiente, contextos e interações sociais, questões econômicas, sistemas alimentares, predisposição genética e comportamento humano, que demandam o estabelecimento de ações que atinjam desde o nível individual ao social (SÁ; MOURA, 2011; GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). Nesse sentido, não são os fatores da dieta ou o sedentarismo apenas que devem ser avaliados, mas as condições de trabalho, moradia, segurança, rede de abastecimento e globalização que estão incluídos nos modelos causais desses problemas (BRASIL, 2014a).

Dentre os diversos fatores associados ao excesso de peso, os fatores sociodemográficos (sexo, idade, raça, escolaridade, renda) vêm ganhando destaque, por sua consistência, entretanto diferenças na prevalência de excesso de peso ou na especificidade destas associações sinalizam para uma maior investigação nas diferentes regiões do Brasil e particularmente em territórios com condições socioeconômicas reconhecidamente precárias (MORAES; HUBERTO; FREITAS, 2011).

Revisões sistemáticas sobre o tema indicam que tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento a obesidade tende a ser mais frequente entre indivíduos de menor renda, menor escolaridade e com ocupações de menor prestígio social (MCLAREN,

2007; MONTEIRO; MOURA; CONDE, 2004). Estudo realizado nos Estados Unidos sobre obesidade e status socioeconômico em adultos demonstrou que a prevalência de obesidade aumentava com a diminuição da renda. Foi ainda observado que a prevalência de obesidade em mulheres aumentava com a diminuição da escolaridade e que no sexo masculino não havia associação entre o nível de escolaridade e a prevalência de obesidade (OGDEN et al., 2010). Uma pesquisa realizada na Colômbia referente aos fatores socioeconômicos associados com a obesidade revelou que a prevalência da obesidade foi maior em pessoas de baixa e média renda, em comparação com as de alta renda. Ainda nesse estudo, foi apresentado maior prevalência de obesidade entre as mulheres (19,1%) do que nos homens (11,1%) e por grupos etários, a frequência da obesidade aumentou substancialmente a partir dos 30 anos, passando de 7,4% no grupo de 18-30 anos para 16,7% no grupo de 31 a 44 anos (CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012).

No Brasil, a pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2014, realizado nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, revelou que o excesso de peso foi maior entre o sexo masculino (56,5%) do que feminino (49,1%) e que não havia diferença nas proporções de obesidade entre os sexos (17,9%). Demonstrou ainda que havia um aumento da prevalência da obesidade com a idade até os 44 anos e diminuía com o aumento do nível de escolaridade, em ambos os sexos (BRASIL, 2015). Em estudo realizado com mulheres usuárias de uma unidade de saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada em área socialmente desfavorecida do município de São Paulo, foi constatado que o excesso de peso aumentou estatisticamente com a idade e foi mais frequente entre mulheres com menor escolaridade (CRISTÓVÃO; SATO; FUJIMORI, 2011). Já em Pelotas (RS), o incremento na prevalência de obesidade foi associado positivamente com classe econômica apenas no sexo masculino (LINHARES et al., 2012).

No que se refere à raça/etnia, uma pesquisa referente ao excesso de peso nos Estados Unidos observou tendência de aumento na prevalência do excesso de peso em um período de seis anos nas mulheres mexicanas negras, que viviam nos Estados Unidos em comparação as mulheres brancas. (OGDEN et al., 2006). Já no Brasil, um estudo sobre variação temporal do sobrepeso e obesidade apresentou uma tendência de aumento em suas prevalências nas mulheres brancas e pardas, quando comparadas as de raça negra, no período de 2006 a 2009. (GIGANTE et al., 2011). No Sul do Brasil, observou-se que a prevalência de obesidade era mais elevada em mulheres da raça/etnia preta quando comparadas às brancas e pardas. (LINHARES et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2003b) aponta as mudanças comportamentais, principalmente a alimentação inadequada e o aumento da inatividade física como causas principais do rápido aumento na prevalência do número de obesos no mundo. Segundo estudo realizado com as famílias da Polónia, as populações pobres consomem quantidades significativas de alimentos altamente processados, ricos em calorias mais pobres em valor nutritivo e confirma que as pessoas mais ricas consomem mais de duas vezes mais frutas do que as famílias com rendimentos mais baixos (URAMOWSKA-SYTO; KOZLOWSKA-WOJCIECHOWSKA, 2003).

No caso do Brasil, resultados relatados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada nos anos de 2008-2009, evidenciaram que menos de 10% da população atingiu as recomendações do uso de frutas, verduras e legumes - consumo diário de cinco porções. O excessivo consumo de açúcar foi referido por 61% da população e a prevalência de consumo excessivo de gordura saturada por 82% (IBGE, 2011). Esses dados, somados a outros estudos locais, vêm caracterizando grandes percentuais de inadequação da alimentação da população no país (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008; MACIEL et al., 2012). A desigualdade de acesso a alimentos faz com que o excesso de peso incida mais entre as famílias de classe socioeconômica baixa, visto que estes tendem a consumir alimentos pouco nutritivos e mais calóricos em decorrência de menor custo, bem como da falta de informações, decorrente de menor escolaridade (AGUIRRÉ, 2000). Em estudo realizado com mulheres de baixa renda, não consumir semanalmente verduras esteve associado ao sobrepeso, assim como não realizar alimentação saudável esteve associada à obesidade (LINS et al., 2013).

Mudanças na sociedade tem contribuído para o aumento do comportamento sedentário, que desempenha uma função importante no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade, sendo evidenciado tal relação entre a ascensão do excesso de peso e a diminuição do nível de atividade física pelas alterações na distribuição das ocupações por setores e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional; modificações nas atividades de lazer, que passaram de atividades de elevado gasto energético, como práticas esportivas, para longos períodos perante a televisão ou computador; e da utilização crescente de equipamentos domésticos com diminuição do gasto energético da atividade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Estimativas globais indicaram que a inatividade física foi responsável por 9% das mortes prematuras no mundo em 2008 (HALLAL et al., 2012). Estudo realizado em países em desenvolvimento revela que o nível de atividade física regular é baixa entre muitas populações, mas particularmente entre as de baixo nível socioeconômico (BHUROSY;

JEEWON, 2014). Ferraz et al. (2013) demonstraram este comportamento no Brasil, apresentando que a prática de atividade física regular não é um hábito das famílias de baixa renda. A ausência de prática de atividade física mostrou-se associada com a obesidade em estudo realizado no sul do Brasil (LINHARES et al., 2012). Estudo realizado com adultos de uma universidade federal revelou que 75,9% dos indivíduos que apresentavam baixo nível de atividade física tinham excesso de peso (COSTA; VASCONCELOS; FONSECA, 2014).

Em relação à influência do excesso de peso sobre outras morbidades, a Organização Mundial da Saúde (1997) revelou que indivíduos obesos apresentam pelo menos o dobro da chance de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, apnéia do sono, doença da vesícula, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença coronariana, osteoartrite e gota. Na Suíça, 42,5% dos casos de DM2 foram atribuídos à obesidade em 2002 e por 54,7 % dos casos na Austrália, em 2004 (BEEG et al., 2008; SCHMIDT, 2005). Mokdad et al. (2003) demonstrou em seu estudo, nos Estados Unidos, associação significativa entre o excesso de peso e DM2 e HAS e ainda revelou que o risco de desenvolver estas doenças, respectivamente, é de sete e seis vezes maior nos adultos obesos comparando-se com indivíduos com peso normal. Já é consistente a associação entre excesso de peso e maior prevalência de DM2 e essa associação torna-se alarmante em países como o Brasil, onde mais da metade da população adulta está acima do peso ideal (FLOR et al., 2015).

Estudo realizado no país com base no VIGITEL 2006, demonstrou associação entre o excesso de peso, dislipidemia, DM2 e HAS, revelando que a frequência dessas doenças nos adultos com sobrepeso/obesidade foi mais de duas vezes maior do que naqueles com peso normal (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). Feijão, Gadelha e Bezerra (2005) revelaram em seu estudo realizado em Fortaleza (Ceará), com população de baixa renda, a relação entre hipertensão com excesso de peso e observaram que a prevalência de HAS aumentava significativamente com o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo 59% maior entre os indivíduos com sobrepeso e 149% entre os obesos, quando comparados com os indivíduos de peso normal.

2 JUSTIFICATIVA

A realização do presente trabalho é justificada pelo excesso de peso constituir um importante problema de saúde pública no mundo, tanto pela sua magnitude, repercussão em diversas doenças crônicas como pela mortalidade associada. Suas prevalências vêm aumentando ao longo do tempo, inclusive na população adulta que reside em territórios socioeconômicos que delimitam populações sob condições reconhecidamente precárias. Considerando as particularidades das populações que residem nessas áreas é fundamental conhecer a magnitude desse problema frente uma realidade complexa, de grandes limitações. Em tempo, sabe-se que o incremento progressivo do excesso de peso é resultado da combinação de múltiplos fatores, mas que ainda são escassos os estudos que avaliam como estes se comportam em áreas urbanas de pobreza (favela), sobretudo no Brasil, em particular em Recife (PE).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso (sobrepeso/obesidade) em adultos residentes na área urbana de pobreza da comunidade dos Coelhos em Recife, Nordeste do Brasil.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, comportamental e de morbidades de adultos com idade entre 20 e 59 anos;
- b) Descrever o estado nutricional e a prevalência do sobrepeso e obesidade em adultos com idade entre 20 e 59 anos;
- c) Identificar os fatores associados ao excesso de peso (socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de morbidades).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo e analítico, com base nos dados da pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*” que consiste em um inquérito proposto para estabelecer a linha de base de um estudo de coorte, focado nos problemas de saúde de interesse prioritário. Para fins desse estudo esta pesquisa será tratada como Pesquisa Coelhos. A pesquisa foi desenvolvida pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Prefeitura da Cidade do Recife. A coleta de dados foi de base domiciliar e ocorreu entre junho a dezembro de 2014, numa área urbana carente, conhecida como Comunidade dos Coelhos, no bairro da Boa Vista, município do Recife, capital do Estado de Pernambuco.

4.2 Amostra e Casuística

Para a realização da pesquisa Coelhos, calculou-se uma amostra para estimar a prevalência do excesso de peso (sobrepeso/obesidade) em adultos maiores de 20 anos de idade residentes na Comunidade dos Coelhos. Assim, tomou-se como referência um universo de 4.381 adultos residentes na comunidade, estimado pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) – Recife, no ano de 2013, e considerou-se uma prevalência de 51,5% de excesso de peso dos adultos entre 25-60 anos na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco (PINHO et al., 2012). Assumiu-se um erro de estimativa de 4,0% e um intervalo de confiança de 95%, resultando numa amostra inicial de 527 indivíduos. Sobre este valor foi aplicado um fator de correção de 1,5%, como ajuste do efeito de desenho (estudo de prevalência) e acrescentado 10% para compensar possíveis perdas, casos de não resposta ou questionários eventualmente invalidados por inconsistências, obtendo-se assim uma amostra final de 870 participantes. A amostragem foi do tipo probabilística e os adultos foram indicados por sorteio aleatório simples a partir de uma listagem numerada dos adultos dos domicílios, com probabilidade proporcional à população de 20 anos ou mais na relação de um em cada quatro pessoas, sem substituição. Foram excluídas as gestantes, os indivíduos com limitação física congênita ou adquirida que impossibilitasse a aferição das

medidas antropométricas e os casos com edema visível ou transtornos psíquicos que dificultassem a colaboração ou adesão consciente para fins éticos.

Especificamente, para atender aos objetivos do presente estudo, partindo desta matriz amostral (870 adultos), foi construído um banco de dados “ad hoc” composto por 644 adultos com idade entre 20-59 anos.

4.3 Instrumentos de medida

A pesquisa primária aplicou seis formulários estruturados em sua coleta de dados (formulário de registro do domicílio e aspecto da renda familiar, de registro da família, de crianças, de adolescentes, de adultos e de mulheres em idade fértil), dos quais o presente estudo utilizou os dados de três formulários (formulário dos moradores da família, de registro do domicílio e aspecto da renda familiar e dos adultos) contendo informações relativas às características socioeconômicas, demográficas, fatores comportamentais e morbidades (ANEXO A). Também foram aferidas medidas antropométricas, porém foram consideradas para fins desse estudo apenas o peso e a estatura. Para mensuração das medidas de peso e estatura foram utilizadas as técnicas propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

O peso foi obtido utilizando balança digital, da marca Seca[®] 876, com capacidade de até 250 Kg e escala de 100 gramas, com os indivíduos descalços, usando indumentária mínima e sem qualquer objeto nos bolsos, nas mãos ou na cabeça. A estatura foi avaliada através do estadiômetro portátil, marca Alturaexata, Ltda., milimetrado, com precisão de até (1mm) em toda a sua extensão. Os voluntários ficaram em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo. As medidas antropométricas foram realizadas por duplas de técnicos treinados e para garantir a acurácia das mensurações foram aferidas em duplicatas. Quando a diferença entre as avaliações excedia 0,5cm para altura e 100g para o peso, repetia-se a mensuração e anotavam-se as duas medições com valores mais próximos, sendo então utilizada a média destas medidas.

Para as atividades de campo foram capacitados entrevistadores, antropometristas e supervisores e realizou-se estudo piloto visando testar o instrumento de coleta e a logística de trabalho de campo.

4.4 Classificação das variáveis

A relação entre o peso e altura foi obtida a partir do Índice de Massa Corporal (IMC). De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1995), os adultos foram classificados como: baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ e $< 25\text{kg/m}^2$), sobrepeso (≥ 25 e $< 30\text{kg/m}^2$), obesidade ($\geq 30\text{kg/m}^2$) e obesidade grave ($\geq 40\text{kg/m}^2$). Para este estudo a variável resposta foi representada pelo excesso de peso (sobrepeso/obesidade), considerando-se os adultos com $\text{IMC} \geq 25\text{kg/m}^2$.

As variáveis independentes foram representadas, de forma categórica, sendo consideradas como variáveis:

- a) **demográficas:** sexo (masculino e feminino), faixa etária (20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos);
- b) **socioeconômicas:** classe econômica, avaliada com base no critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014), sendo definida a partir de um sistema de pontos que considera a posse de bens e o grau de instrução do chefe de família (B1/B2 - equivale a três e meio a sete salários mínimos, C1/C2 – um e meio a dois salários mínimos, D/E – um salário mínimo), escolaridade (analfabeto/fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo/ fundamental 2 incompleto, fundamental 2 completo/médio incompleto, médio completo/superior completo/ superior incompleto), raça/etnia (branca, preta, parda e outras), ocupação (não trabalha, desempregado, trabalho esporádico, benefícios sociais, empregado/autônomo e desempregado), habitação - parede (tijolo/alvenaria e outros), número de cômodos (>4 e ≤ 4), saneamento básico – destino do lixo (coleta pública e outros), destino de dejetos e abastecimento de água (rede geral e outros);
- c) **comportamentais:** consumo alimentar semanal – feijão, verduras e legumes, frutas, suco de fruta natural, refrigerante ou suco artificial, doces, troca de almoço por lanches – sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches (1-2 vezes na semana ou nunca 3-4 vezes, 5-7 vezes), carnes com excesso de gordura (não e sim), atividade física (ativo e insuficientemente ativo) e
- d) **morbidades** – diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (não e sim).

O consumo alimentar foi avaliado através do questionário de consumo semanal utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Para determinação do nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em sua versão curta (MATSUDO et al., 2001). Este instrumento mede a frequência e duração

das atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhadas realizadas na última semana por pelo menos dez minutos contínuos, incluindo exercícios padronizados, esportes, atividades físicas ocupacionais e recreacionais realizadas em casa, no tempo livre, como meio de transporte e no lazer.

Os critérios estabelecidos pelo IPAQ referem-se a quatro categorias do nível de atividade física: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. Para fins de análise, foi realizada uma recategorização destas variáveis em “suficientemente ativas” (muito ativo + ativo) aplicada as pessoas que referiram praticar atividade vigorosa com frequência maior ou igual a três vezes na semana por 20 minutos ou mais ou que praticavam atividade moderada ou de caminhada com frequência maior ou igual a cinco vezes na semana por 30 minutos no mínimo ou ainda qualquer atividade que somada fosse equivalente a uma frequência maior ou igual a cinco vezes na semana e maior ou igual a 150 minutos na semana (caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa) e “insuficientemente ativas” (irregularmente ativas + sedentário), as pessoas não enquadradas no critério supracitado.

Em relação às morbidades, o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) foi autorreferido pelo entrevistado e para o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi realizada a aferição da pressão arterial, segundo procedimentos padronizados (MALACHIAS et al., 2016). Foram efetuadas duas medidas em momentos distintos e considerou-se como casos de HAS os adultos com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg ou com relato de uso prescrito de medicação anti-hipertensiva.

4.5 Análise dos dados

As análises estatísticas foram processadas com o auxílio de *software* SPSS, versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e Stata, versão 14.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Inicialmente, realizaram-se análises descritivas para caracterizar a distribuição de frequência das variáveis estudadas. Posteriormente, foram efetuadas análises univariadas, através da Regressão de Poisson simples, para evidenciar possíveis associações do excesso de peso com as variáveis independentes consideradas pertinentes em relação ao conjunto sobrepeso/obesidade.

As variáveis que apresentaram nesta primeira análise um valor de $p < 0,20$ foram preliminarmente indicadas para ingressar na etapa seguinte de ajustamento (análise

multivariada). No modelo ajustado, foram consideradas como associações estatisticamente significantes, aquelas com valor de $p < 0,05$ obtidas através da Regressão de Poisson multivariada, com ajuste robusto do erro padrão. Os resultados foram expressos por razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

5 ASPECTOS ÉTICOS

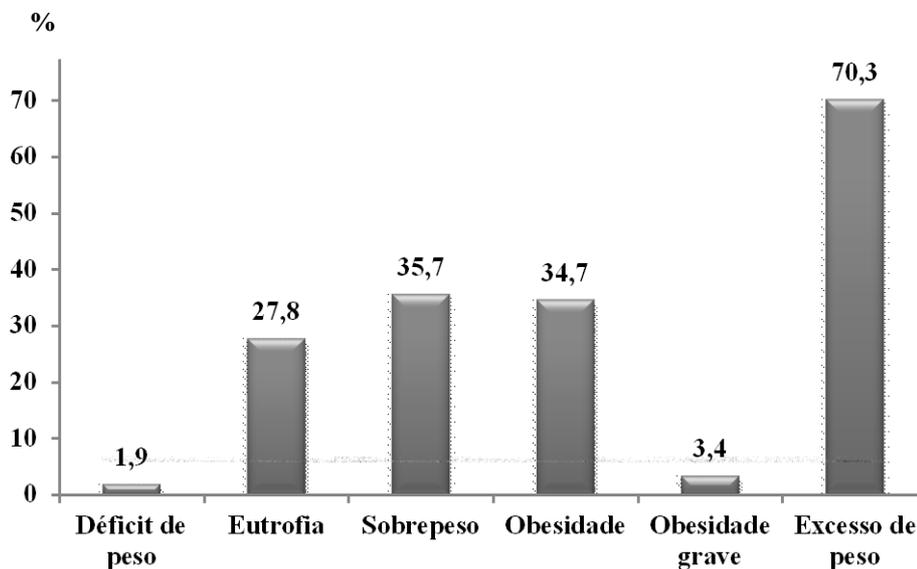
A pesquisa Coelhos “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*”, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) com o número do protocolo 3.201 - 12 (ANEXO B), de acordo com os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 e suas complementares, e recomendados pelo Conselho Nacional de Pesquisas (CONEP). Tendo em vista as novas normas da CNS, tratando da ética em pesquisa, a Resolução nº 466/12, o presente estudo foi desenvolvido respeitando todos os parâmetros bioéticos da atual Resolução o qual foi aprovado pelo CEP-IMIP com o seguinte número do protocolo 2811 – 12 (ANEXO C).

Todos os investigados foram informados quanto à participação voluntária na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D).

6 RESULTADOS

O estado nutricional da população estudada é apresentado na Figura 1. As prevalências do sobrepeso e da obesidade representaram, respectivamente, 35,7% e 34,6% dos adultos. Detalha-se, ademais, que 3,4% do total de obesos da amostra tinham obesidade grave, o que equivale a praticamente o dobro da frequência dos casos de baixo peso (1,9%). A frequência conjunta do sobrepeso/obesidade, configurando o excesso de peso, foi de 70,3%.

Figura 1 - Estado nutricional de adultos (20-59 anos) de uma área urbana de pobreza (Comunidade dos Coelhos). Recife, 2014.



Fonte: Elaborada pela autora

A Tabela 1 apresenta as prevalências do excesso de peso segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. O problema estudado foi predominante entre as mulheres (72,4%), quando comparado com os homens (66,4%). Em relação à distribuição por faixa etária, a menor prevalência de excesso de peso (53,5%) foi observada no grupo de 20-29 anos, enquanto a faixa etária de 30-39 anos apresentou a maior prevalência (75,7%), estabilizando-se neste patamar para as demais faixas etárias.

No que concerne às categorias econômicas, as classes B1/B2 apresentaram a maior prevalência de sobrepeso/obesidade (91,9%), representando, entretanto, apenas 5,8% da amostra. A classe econômica “A” não foi incluída na análise, por não se encontrar pessoas

nesta categoria. Houve uma maior prevalência de excesso de peso entre os adultos da raça/etnia preta (79,7%) e, para a ocupação profissional, a maior frequência do problema foi encontrada entre aqueles que não trabalhavam (79,5%). As prevalências do excesso de peso de adultos foram semelhantes (em torno de 70%), independente do grau de escolaridade e das características da habitação analisadas (tipo de parede e número de cômodos), bem como em relação às variáveis relativas ao saneamento básico (abastecimento de água, destino de lixo e dos dejetos).

Tabela 1 - Prevalência e razão de prevalência bruta do excesso de peso de adultos (20-59 anos) em uma área urbana de pobreza (Comunidade dos Coelho), segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife, 2014.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Demográficas						
Sexo	644					0,120
Masculino	220	34,2	146	66,4	1,0	
Feminino	424	65,8	307	72,4	1,04 (0,99-1,08)	
Faixa etária (anos)	644					<0,001
20-29	127	19,7	68	53,5	1,0	
30-39	177	27,5	134	75,7	1,14 (1,07-1,22)	
40-49	172	26,7	128	74,4	1,14 (1,06-1,22)	
50-59	168	26,1	123	73,2	1,13 (1,06-1,21)	
Socioeconômicas						
Classe econômica	644					<0,001
D/E (1 SM*)	227	35,2	144	63,4	1,0	
C1/C2 (1½ -2 SM)	380	59,0	275	72,4	1,06 (1,01-1,10)	
B1/ B2 (3½ - 7 SM)	37	5,8	34	91,9	1,17 (1,10-1,25)	
Escolaridade	633*					0,828
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	132	20,8	89	67,4	1,0	
Fundamental 1 completo/ fundamental 2 incompleto	139	22,0	101	72,7	1,03 (0,97-1,10)	
Fundamental 2 completo/ médio incompleto	133	21,0	93	69,9	1,01 (0,95-1,08)	
Médio completo/ superior incompleto/superior completo	229	36,2	161	70,3	1,02 (0,96-1,08)	
Raça/etnia	641*					0,053
Parda e outras	443	69,1	301	67,9	1,0	
Branca	119	18,6	86	72,3	1,03 (0,97-1,08)	
Preta	79	12,3	63	79,7	1,07 (1,01-1,13)	

Tabela 1 - Prevalência e razão de prevalência bruta do excesso de peso de adultos (20-59 anos) em uma área urbana de pobreza (Comunidade dos Coelhoos), segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Recife, 2014.

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta (IC 95%)	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Ocupação	642*					0,192
Trabalho esporádico ^a	115	17,9	76	66,1	1,0	
Não trabalha ^b	83	12,9	66	79,5	1,20 (1,01-1,43)	
Desempregado ^c	110	17,1	74	67,3	1,02 (0,85-1,22)	
Benefícios Sociais ^d	32	5,0	23	71,9	1,09 (0,84-1,40)	
Empregado/Autônomo	302	47,0	212	70,2	1,06 (0,91-1,23)	
Habitação						
Parede	644					0,913
Tijolo/alvenaria	531	82,5	374	70,4	1,0	
Outros	113	17,5	79	69,9	1,00 (0,94-1,06)	
Número de cômodos	644					0,122
> 4	327	50,1	239	73,1	1,0	
≤ 4	317	49,2	214	67,5	0,97 (0,93-1,01)	
Saneamento Básico						
Destino do lixo	644					0,773
Coleta pública	580	90,1	409	70,5	1,0	
Outros	64	9,9	44	68,8	0,99 (0,92-1,06)	
Destino dos dejetos	644					0,572
Rede geral	316	49,1	219	69,3	1,0	
Outros	328	50,9	234	71,3	1,01 (0,97-1,06)	
Abastecimento de água	643*					0,152
Rede geral	601	93,5	427	71,0	1,0	
Outros	42	6,5	25	59,5	0,93(0,85-1,03)	

Fonte: Elaborada pela autora

Nota: RP: Razão de prevalência IC95%: Intervalo de Confiança = 95% * SM: salário mínimo. **As diferenças de valores amostrais em algumas variáveis se devem às perdas de observações, por conta de questionários incompletos e/ou por inconsistência de dados.

Legenda: **a**: trabalho esporádico/biscateiro/ambulante **b**: Nunca trabalhou e donas de casa **c**: Já trabalhou, mas estava desempregado há 30 dias ou mais **d**: aposentado, pensionista, benefícios provisórios.

Como pode ser observado na Tabela 2, verificou-se que os adultos que consumiam feijão com mais frequência (cinco ou mais vezes na semana), apresentavam menor prevalência de excesso de peso (67,7%). Já em relação ao consumo de verduras, legumes e frutas, a menor prevalência foi encontrada entre aqueles que os consumiam com menos frequência (1-2 vezes na semana ou nunca), o que corresponde à cerca de 68%. As prevalências do sobrepeso/obesidade eram semelhantes em relação ao consumo mais ou menos frequente de refrigerantes ou suco artificiais e/ou doces (em torno de 70%). No que

se refere ao consumo de carnes com excesso de gordura, a prevalência foi de 74,5%. Quanto à prática de atividade física, as prevalências de excesso de peso foram praticamente as mesmas para os adultos “suficientemente ativos” (70,2%) e “insuficientemente ativos” (71,0%). Entre os diabéticos e hipertensos as prevalências de sobrepeso/obesidade oscilaram entre 83% e 85%.

Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência bruta do excesso de peso de adultos (20-59 anos) numa área urbana carente (Comunidade dos Coelhos), segundo variáveis comportamentais e morbidades. Recife, 2014.

(Continua)

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n	%	n	%	IC 95%	
Comportamentais						
Consumo alimentar semanal						
Feijão	644					0,079
5-7 vezes	436	67,7	295	67,7	1,0	
3-4 vezes	106	16,5	81	76,4	1,06 (1,00-1,11)	
1-2 vezes ou nunca	102	15,8	77	75,5	1,05 (0,99-1,11)	
Verduras e legumes	644					0,458
5-7 vezes	279	42,9	199	72,1	1,0	
3-4 vezes	119	18,5	86	72,3	1,00 (0,95-1,06)	
1-2 vezes ou nunca	249	38,7	168	67,5	0,97 (0,93-1,02)	
Frutas	644					0,387
5-7 vezes	200	31,1	142	71,0	1,0	
3-4 vezes	147	22,8	109	74,1	1,02 (0,96-1,08)	
1-2 vezes ou nunca	297	46,1	202	68,0	0,98 (0,94-1,03)	
Suco de fruta natural	644					0,234
5-7 vezes	215	33,4	144	67,0	1,0	
3-4 vezes	123	19,1	84	68,3	1,01 (0,95-1,17)	
1-2 vezes ou nunca	306	47,5	225	73,5	1,04 (0,99-1,09)	
Refrigerante ou suco artificial	644					0,320
1-2 vezes ou nunca	360	55,9	260	72,2	1,0	
3-4 vezes	82	12,7	52	63,4	0,95 (0,89-1,02)	
5-7 vezes	202	31,4	141	69,8	0,99 (0,94-1,03)	
Doces	644					0,214
1-2 vezes ou nunca	445	69,1	319	71,7	1,0	
3-4 vezes	80	12,4	49	61,2	0,94 (0,88-1,01)	
5-7 vezes	119	18,5	85	71,4	1,00 (0,95-1,05)	
Trocar almoço por lanches	644					0,581
1-2 vezes ou nunca	611	94,9	429	70,2	1,0	
3-4 vezes	22	3,4	15	68,2	0,99 (0,88-1,11)	
5-7 vezes	11	1,7	9	81,8	1,07 (0,94-1,21)	

Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência bruta do excesso de peso de adultos (20-59 anos) numa área urbana carente (Comunidade dos Coelhos), segundo variáveis comportamentais e morbidades. Recife, 2014. (Conclusão)

Variáveis	Amostra		Excesso de peso		RP bruta	p
	n	%	n	%	IC 95%	
Carnes com excesso de gordura	644					0,104
Não	440	68,3	301	68,4	1,0	
Sim	204	31,7	152	74,5	1,04 (0,99-1,08)	
Atividade física	644					0,844
Suficientemente ativo	506	78,5	355	70,2	1,0	
Insuficientemente ativo	138	21,4	98	71,0	1,01 (0,96-1,06)	
Morbidades						
Diabetes mellitus	644					0,003
Não	602	93,5	417	69,3	1,0	
Sim	42	6,5	36	85,7	1,10 (1,03-1,17)	
Hipertensão arterial sistêmica	631*					<0,001
Não	401	62,3	222	62,8	1,0	
Sim	230	37,7	193	83,9	1,13 (1,09-1,17)	

Fonte: Elaborada pela autora

Nota: RP: Razão de prevalência IC95%: Intervalo de Confiança = 95% *As diferenças de valores amostrais em algumas variáveis se devem às perdas de observações, por conta de questionários incompletos e/ou por inconsistência de dados.

Nas análises univariadas as variáveis que ingressaram na etapa de ajustamento ($p < 0,20$) foram: sexo, faixa etária, classe econômica, raça/etnia, ocupação, número de cômodos, abastecimento de água (Tabela 1), consumo semanal de feijão, consumo de carne com excesso de gordura, HAS e DM (Tabela 2). Submetidas a uma análise multivariada (Tabela 3), demonstrou-se que as variáveis: sexo, faixa etária, classe econômica, consumo semanal de feijão, consumo de carnes com excesso de gordura e HAS mantiveram-se estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 3 - Análise ajustada do excesso de peso de adultos (20-59 anos) numa área urbana carente (Comunidade dos Coelhos). Recife, 2014.

Variáveis	RP ajustada	IC 95%	P
Sexo			0,029
Masculino	-	-	
Feminino	1,06	1,01-1,10	
Faixa etária (anos)			<0,001
20-29	-	-	
30-39	1,14	1,07-1,21	
40-49	1,12	1,05-1,20	
50-59	1,08	1,01-1,16	

Tabela 3 - Análise ajustada do excesso de peso de adultos (20-59 anos) numa área urbana carente (Comunidade dos Coelho). Recife, 2014.

Variáveis	RP ajustada	IC 95%	(Conclusão) P
Classe econômica			<0,001
D/E (1 SM*)	-	-	
C1/C2 (1½ - 2 SM)	1,06	1,01-1,11	
B1/ B2 (3½ - 7 SM)	1,18	1,12-1,26	
Raça/etnia			0,263
Parda e outras	-	-	
Branca	1,05	0,92-1,18	
Preta	1,11	0,98-1,26	
Ocupação			0,228
Trabalho esporádico ^a	1,17	0,98-1,38	
Não trabalha ^b	1,04	0,86-1,24	
Desempregado ^c	0,99	0,77-1,27	
Benefícios Sociais ^d	1,00	0,85-1,16	
Empregado/Autônomo			
Número de cômodos			0,709
> 4	-	-	
≤ 4	0,98	0,88-1,09	
Abastecimento de água			0,200
Rede geral	-	-	
Outros	0,85	0,66-1,09	
Consumo semanal de feijão			0,030
5-7 vezes	-	-	
3-4 vezes	1,06	1,01-1,12	
1-2 vezes ou nunca	1,05	1,00-1,10	
Carnes com excesso de gordura			0,024
Não	-	-	
Sim	1,05	1,01-1,09	
Diabetes mellitus			0,080
Não	-	-	
Sim	0,88	0,77-1,01	
Hipertensão arterial sistêmica			<0,001
Não	-	-	
Sim	1,12	1,08-1,17	

Fonte: Elaborada pela autora

Nota: RP: Razão de prevalência IC95%: Intervalo de Confiança = 95% * SM: salário mínimo.

Legenda: **a**: trabalho esporádico/biscateiro/ambulante **b**: Nunca trabalhou e donas de casa **c**: Já trabalhou, mas estava desempregado há 30 dias ou mais **d**: aposentado, pensionista, benefícios provisórios.

7 DISCUSSÃO

As populações residentes em áreas urbanas carentes (favelas tradicionais ou “aglomerados urbanos subnormais”, segundo a nova nomenclatura do IBGE) representam cerca de 11 milhões de habitantes no Brasil (IBGE, 2010a). No entanto, apesar de sua importância demográfica, econômica, social e cultural, a escassez de estudos epidemiológicos em espaços territoriais de acentuada pobreza das grandes cidades representa uma atitude de possível desinteresse dos pesquisadores e instituições que deveriam ser mobilizados para a questão do processo saúde/doença em espaços urbanos de elevada vulnerabilidade social, como é o caso típico das favelas. Essa omissão se torna mais evidente quando se trata de problemas nutricionais, que por sua natureza, devem demandar um questionamento básico dos estudiosos, autoridades e profissionais de saúde e setores sociais correlatos face ao cenário epidemiológico que prevalece no mundo do século XXI. A propósito, trata-se de uma questão que as Nações Unidas, a partir de 2012, estão colocando como reconhecida e urgente prioridade de saúde internacional (UNICEF, 2012).

Constituindo um universo à parte, os aglomerados urbanos subnormais são tipicamente concebidos como um mundo diferente, com seu *modus vivendi* peculiar. Em comum, a percepção impressionista é que são comunidades pobres, com um espaço de trabalho instável, baixa renda individual e familiar, ocupações informais, moradias insalubres, ruas sem alinhamento, condições precárias de saneamento, falta ou insuficiência de serviços de saúde, de educação e de segurança pública. Nesta configuração, como seria o estado nutricional da população num cenário urbano típico de grandes restrições de bens e serviços? Ademais, considerando as rápidas mudanças que caracterizam a transição epidemiológica das últimas três ou quatro décadas no Brasil e na grande maioria dos países, o que aguardar do perfil nutricional dessas populações?

Diante destas interrogações, os resultados deste artigo se tornam, de certa forma, inovadores e até surpreendentes. De fato, a elevada prevalência de sobrepeso/obesidade compondo o conjunto “excesso de peso”, seria inusitado num ambiente urbano de marcante pobreza e onde até há alguns anos, a previsão seria de frequências elevadas de déficits ponderais (COSTA et al., 2014). Contrariando esta expectativa, Ferreira e Magalhães (2005), consideram que a obesidade no contexto da pobreza nada tem de contraditório, integrando a dinâmica social e adquirindo contornos próprios em cada segmento social.

Na realidade, há falta de inquéritos com definições amostrais claras e procedimentos comparáveis de coleta de dados, o estudo mais atual que pode ser tomado como referencial para o nosso, seria o trabalho de Barbosa et al. (2009), numa amostra de 3.214 adultos de áreas urbanas carentes de Maceió, Estado de Alagoas. Nesta pesquisa revelou-se que 41,2% dos adultos se classificavam na categoria de sobrepeso ou obesidade, enquanto em nosso estudo foi encontrada uma prevalência de 70,3%, bem acima, inclusive, do valor encontrado na população urbana de Pernambuco em 2006, 51,5% (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2012) e do Brasil em 2013, 56,9% (IBGE, 2015). Um estudo mais antigo e provavelmente pioneiro nessas áreas, realizado em São Paulo, encontrou 36,5% de excesso de peso em adultos de 535 famílias residentes em áreas carentes (SAWAYA et al., 1995), o que corresponde praticamente a metade da prevalência detectada no presente estudo.

A prevalência bem mais elevada obtida em nossa avaliação poderia resultar de três possíveis interpretações: A primeira versão seria que como o excesso de peso representa uma epidemia rapidamente progressiva no Brasil, é admissível que uma diferença marcante dentro de cinco anos possa resultar do próprio ritmo acelerado de aumento do problema. A segunda versão aceitaria que a situação dos adultos da área analisada possa ser efetivamente bem distinta da encontrada em Maceió, numa amostra maior e distribuída em diversas áreas faveladas. Uma terceira conjectura seria que as populações faveladas passam a reproduzir e a até mesmo exceder um padrão generalizado para todo o país, como parte da “homogeneização epidemiológica” expressa como o cenário mais atualizado do estado nutricional da população brasileira. Esta pode representar a interpretação mais consistente, embora sem o apoio de dados sequenciais, atualizados e representativos sobre populações residentes nessas áreas urbanas carentes.

A situação revela um quadro preocupante, desde que a prevalência de obesidade (34,6%) excede a condição de eutrofia (27,8%), sendo sua forma grave (3,4%) quase duas vezes maior que o baixo peso (1,9%). É oportuno ressaltar que pesquisas em outras localidades urbanas no Brasil não são apropriadamente comparáveis com a nossa, em razão de limitações amostrais, tipo de descrição, diversidade metodológica e até diferenças de conceitos e enfoques, como o que seriam “populações urbanas pobres” ou “em condições de baixa renda”, ou ainda abordagens qualitativas. Nesse sentido, podem ser citados o estudo realizado em Curitiba (PR) com beneficiários do Programa Bolsa Família, observando-se que 55,4% dos adultos tinham sobrepeso/obesidade (LIMA; RABITO; DIAS, 2011) e o de Lins et al. (2013) com mulheres de baixa renda de Duque de Caxias (RJ), com prevalência de 58,3% de excesso de peso. Em famílias pobres integrantes do Programa Comunidade

Solidária do Governo Federal, Marinho et al. (2003) descreveram uma prevalência de 42,6% de sobrepeso/obesidade em adultos. Na Rocinha (RJ), considerada como a maior favela do país, um estudo qualitativo observou que o sobrepeso e a obesidade expressariam novos contornos da pobreza urbana e da exclusão social (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

Em nível internacional, é pertinente considerar que a condição do excesso de peso em populações adultas pobres aparece em estudos realizados nos Estados Unidos (EUA), com uma ocorrência de 78% em hispânicos americanos de baixa renda (SMITH et al., 2016). Numa avaliação de 46 países mulçumanos de alta, média e baixa renda, dos quais 12 deles eram de baixa renda, o Afeganistão, um dos países mais pobres do mundo, apresentou uma prevalência de 69,3% de adultos com excesso de peso (KAHAN, 2015). Em populações predominantemente pobres no Egito foram encontradas prevalências de 73,4% (MOWAFI et al., 2014), praticamente idênticas à encontrada na Comunidade dos Coelhos. Nesse sentido, Popkin e Slining (POPKIN; SLINING, 2013) em estudo sobre a dinâmica do excesso de peso em países de média e baixa renda, revelaram crescente mudança “para a direita da curva de Gauss” na distribuição do IMC, com tendência de aumento desproporcional entre aqueles que estão mudando de sobrepeso para a categoria de obesos e de obesos para níveis ainda mais altos de IMC.

Na pesquisa aqui relatada encontrou-se que a prevalência de sobrepeso/obesidade no sexo feminino foi maior do que no sexo masculino, com diferença estatisticamente significativa. Essa diferença pode ser explicada pelo fato das mulheres possuírem processos fisiológicos que contribuem para o maior armazenamento de gordura, provavelmente por questões reprodutivas e hormonais (CORREIA et al., 2011). No Brasil, Barbosa et al. (2009) analisando o problema em áreas carentes urbanas de Maceió, identificaram que 46,2% das mulheres e 32,6% de homens tinham excesso de peso, corroborando também com Marinho et al. (2003), ao estudar adultos pobres de São Paulo, que observaram o excesso de peso em 54,5% das mulheres e 30,7% dos homens. Nos 39 anos decorridos de 1974-1975 a 2013, os inquéritos populacionais brasileiros revelaram que a prevalência de sobrepeso em adultos aumentou três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 57,3%) e em mais de duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 59,8%). No mesmo período, a obesidade elevou-se mais de seis vezes para homens adultos, passando de 2,8% para 17,5%) e em mais de três vezes para mulheres passando de 8,0% para 25,2% (IBGE, 2010B, 2015). Em nível internacional, Ettarh et al. (2013), em avaliação de adultos moradores de favelas em Nairobi (Quênia) e Adeniyi et al. (2015) em pesquisa sobre determinantes da obesidade realizada em população rural da África do Sul, encontraram resultados semelhantes aos nossos.

Na comunidade dos Coelhos, observou-se associação estatisticamente significativa entre o sobrepeso/obesidade e a faixa etária ($p < 0,001$), ressaltando-se uma maior prevalência entre os adultos de 30 a 39 anos, estabilizando-se nas demais faixas etárias. No Brasil, Lima et al. (2011) analisando o estado nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família e Lins et al. (2013) também encontraram associação entre o problema e a faixa etária, que evidenciaram uma maior prevalência do problema entre os adultos com idade igual ou acima de 40 anos e a faixa de 50-59 anos, respectivamente. Silva et al. (2015), em estudo com adultos de baixa renda do distrito de Kalutara na Ásia, encontraram uma maior prevalência de sobrepeso a partir dos 40 anos, com redução a partir dos 50 anos. É provável que as diferenças de ecossistemas de vida próprios para cada população de baixa renda possam justificar esses desencontros de resultados.

Foram encontradas as maiores prevalências do problema investigado nas classes mais elevadas B1/B2. Contudo, esta representa apenas 5,8% da amostra. O risco de excesso de peso foi 1,18 vezes maior, quando comparado à categoria mais pobre (D/E). Linhares et al. (2012), em Pelotas (RS), também observaram uma maior frequência de obesidade nas classes mais altas (A/B), diferindo de Vasconcelos et al. (2012) no Ceará, em estudo com população assistida na Estratégia de Saúde da Família, que encontraram uma maior prevalência de excesso de peso nas classes mais pobres (D/E). Já Castaño et al. (2012), estudando população pobre na Colômbia, observaram associação entre a obesidade e nível socioeconômico dos adultos e concluíram que o estrato de renda baixo apresentava uma chance maior de obesidade em comparação aos estratos médio e alto (OR 2,26; IC95%: 1,64-3,10).

Quanto à escolaridade, não foi constatada associação com o excesso de peso dos adultos, corroborando com Sarturi et al. (2010), num município de pequeno porte no Rio Grande do Sul. Entretanto, a importância da associação da escolaridade com o excesso de peso é ressaltada no estudo de Barbosa et al. (2009) em áreas urbanas carentes de Maceió e de Moraes et al. (2011) em Ribeirão Preto (SP). Em nível internacional, He et al. (2014), também encontraram essa associação, com adultos de baixa renda em área rural da China.

Sob o aspecto conceitual, sem sombra de dúvida, o consumo alimentar ao lado da atividade física é um quesito de suma importância na determinação do excesso de peso corporal. No entanto, dos vários itens que classificam os alimentos em fatores de proteção ou categoria de risco, alguns resultados se mostraram paradoxais, onde a maior prevalência do desfecho foi encontrada entre os adultos que consumiam com maior frequência alimentos considerados de proteção (frutas, verduras e legumes). Um possível viés para essa relação

seria a falsidade intencional, que ocorre quando os indivíduos tendem a relatar hábitos saudáveis quando na realidade não o fazem, bem como o viés de causalidade reversa, típico de estudos transversais, e acontece quando os indivíduos com excesso de peso ou outras doenças crônicas, como HAS e DM tendem a modificar o consumo alimentar inadequado por um padrão alimentar saudável. Essas tendências são frequentemente observadas em estudos populacionais sobre consumo alimentar em indivíduos com excesso de peso (ANDRADE, 2015; AVELINO et al., 2014; LINS et al., 2013). Ainda nesse sentido, já é reconhecido que erros são inerentes a qualquer método de avaliação dietética, inclusive nos métodos semi-quantitativos, como o que foi usado neste estudo, com base no VIGITEL e que nenhuma medida pode expressar o verdadeiro consumo dietético (CRISPIM; SILVA; RIBEIRO, 2003).

No país, as modificações do consumo alimentar da população puderam ser percebidas ao analisar os dados dos alimentos básicos e tradicionais na dieta do brasileiro, como arroz, feijão e farinha de mandioca; observou-se que esses alimentos perderam importância nos dias atuais, enquanto cresce a participação relativa de alimentos processados e ultraprocessados, ricos em gordura e açúcares como embutidos, biscoitos, refrigerantes e refeições prontas (IBGE 2011). Neste estudo, o comportamento de consumir carne com excesso de gordura e consumir feijão com menos frequência durante a semana se mostraram associados estatisticamente com o excesso de peso. Esses achados, contudo, não foram constatados por Andrade et al. (2015), em estudo realizado em dois bairros com as maiores desigualdades intraurbanas de Belo Horizonte (MG). Ademais, não foram observadas associações entre o problema e as demais variáveis de consumo alimentar. Num nível mais genérico, a Organização Mundial de Saúde (2007) admite que o consumo de refrigerantes e uma baixa disponibilidade de legumes, verduras e frutas seriam preditivos de um padrão de estilo de vida associados à obesidade em grupos de baixo *status* socioeconômico, potencializando os fatores dietéticos de risco para obesidade. É razoável considerar que famílias de baixa renda escolham alimentos de baixo custo com alta densidade calórica. Estudo realizado com famílias da Polónia demonstrou que as pessoas de maior classe econômica consomem mais de duas vezes mais frutas do que as famílias de classe baixa (URAMOWSKA-SYTO; KOZLOWSKA-WOJCIECHOWSKA, 2003). Admite-se ainda o efeito de adaptações metabólicas em casos de longos e recorrentes períodos de restrição alimentar, incluindo o período intrauterino, estas adaptações envolve a economia de energia corporal, aumentando dessa forma o risco de excesso de peso (BRASIL, 2014c).

Não se evidenciou associação entre o nível de atividade física e a prevalência de excesso de peso, diferente de Lins et al. (2013), que em seu estudo observou que realizar atividade física de lazer e tarefas domésticas na categoria leve se mostrou como fator de proteção contra o sobrepeso. No caso da comunidade dos Coelhos, a coexistência de 70,2% de indivíduos suficientemente ativos e de aproximadamente 70% de sobrepeso/obesidade, são resultados aparentemente conflitivos, achado semelhante também foi observado por Pinho et al. (2011). A elevada prevalência de adultos ativos pode ser justificada pelo fato da mensuração da atividade física ter sido realizada por um instrumento que considera as atividades desenvolvidas no lazer, deslocamento, em atividades domésticas e ocupacionais, ficando a impressão de que a aplicação do IPAC, versão curta (MATSUDO et al., 2001) não apresenta a acurácia que seria desejável. Contudo, não cabe neste estudo esclarecer esta dúvida metodológica.

Segundo Bhurosy e Jeewon (2014), o nível de atividade física regular nos países em desenvolvimento é baixo entre muitas populações, particularmente entre os estratos de baixo nível socioeconômico. A propósito do sedentarismo em áreas de pobreza urbana, Ferreira e Magalhães (2011) referem à falta de locais públicos, a dificuldade de locomoção por conta de irregularidades físicas das ruas e precárias condições de saneamento, além da própria insegurança pública como fatores que dificultariam a prática regular de exercícios físicos aos grupos mais desfavorecidos, representando assim um contexto de risco para o excesso de peso.

Como se esperava, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se apresentou associada ao sobrepeso/obesidade (CORREIRA et al., 2011; FEIJÃO et al., 2005; MOKDAD et al., 2003), evidentemente assumindo, nessa análise, uma condição de causalidade reversa, já que se reconhece não ser um fator de risco, senão o resultado, seja de sobrepeso e da obesidade ou, mais apropriadamente dos fatores comuns que levam ao excesso de peso e a própria etiopatogenia da HAS; na realidade, trata-se de uma trílogia de comorbidades (HAS, diabetes tipo II e sobrepeso/obesidade). Neste estudo, todavia, só houve associação estatisticamente significante entre o excesso de peso e diabetes mellitus na análise univariada ($p=0,003$); na análise multivariada esta variável perdeu a significância estatística. Tal resultado pode ter sido comprometido pelo tamanho amostral do estudo, bem como pelo fato da doença ter sido autorreferenciada pelos adultos.

8 CONCLUSÕES

A prevalência de 70% de sobrepeso/obesidade na população adulta da comunidade dos Coelhos, área de pobreza do Recife, está bem acima dos resultados publicados para outras populações urbanas de características semelhantes e até bem superiores à frequência do problema no estado de Pernambuco e em amostras representativas do Brasil. A elevada prevalência do problema, situando-se em cerca de 30% acima das frequências encontradas em estudos publicados no país após o ano de 2003, pressupõe que a população analisada se inclui no rápido processo de transição nutricional que o país experimenta, nos últimos 40 anos.

Sob o ponto de vista analítico, dos 22 grupos de variáveis explanatórias investigadas, o sexo, a faixa etária, a classe econômica, o consumo semanal de feijão, o consumo de carne com excesso de gordura e a hipertensão arterial sistêmica foram os fatores que compuseram o modelo final ajustado para definir os riscos associados à prevalência de excesso de peso.

Conclusivamente, os níveis surpreendentes de sobrepeso/obesidade detectados no aglomerado urbano subnormal estudado e sua associação com a hipertensão arterial sistêmica que também se integra no complexo das DCNT, impõe a necessidade de incluir este problema como prioridade de saúde pública nestas comunidades. Mais ainda, impõe a recomendação de expandir estudos semelhantes e também de abordagem qualitativa para outras comunidades urbanas faveladas que se espalham no território nacional, de modo a retratar uma situação ainda pouco conhecida.

REFERÊNCIAS

ADENIYI, O. V.; LONGO-MBENZA, B.; GOON, D. T. Female sex, poverty and globalization as determinants of obesity among rural South African type 2 diabetics: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 298, p. 1-8, dez. 2015.

AGUIRRÉ, P. Aspectos sócio antropológicos de la obesidad en la pobreza. In: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública**. Washington, 2000. (Publicación Científica, n. 576).

ANDRADE, R. G. Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. S1-S11, nov. 2015. Suplemento.

ARNOLD, M. et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. **Lancet**, London, v. 16, n. 1 p. 36-46, Jan. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação econômica Brasil 2014**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

AVELINO, G. F. et al. Sub-relato da ingestão energética e fatores associados em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 663-668, 2014.

BARBOSA, J. M. et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do nordeste brasileiro. **Archivos Latino Americanos de Nutrición**, Caracas, v.59, n. 1, p. 22-29, 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 181-191, 2003.

BEGG, S. J. et al. Burden of disease and injury in Australia in the new millennium: measuring health loss from diseases, injuries and risk factors. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 188, n. 1, p. 36-40, 2008.

BHUROSY, T.; JEEWON, R. Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries: A Problem with Diet, Physical Activity, or Socioeconomic Status? **The Scientific World Journal**, London, v. 2014, p. 1-7, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: Um retrato multidimensional – Relatório 2014**. Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção a Saúde**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, A. et al. **Atlas da exclusão social no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

CASTAÑO, L. S. A.; RUEDA, J. D. G.; AGUIRRE, C. C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 11, n. 23, p. 98-110, 2012.

CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, 2011.

COSTA, E. C. et al. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p. 513-524, set./out. 2014.

COSTA, M. A. P.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, M. J. M. Prevalência de obesidade, excesso de peso e obesidade abdominal e associação com prática de atividade física em uma universidade federal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 421-436, abr./jun. 2014

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, p. 332-340, 2008.

CRISPIM, S. P.; SILVA, M. M. S.; RIBEIRO, R. C. L. Validação de questionários de frequência alimentar. **Nutrição Brasil**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 286-90, 2003.

CRISTÓVÃO, M. F.; SATO A. P.; FUJIMORI, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1667-1672, dez. 2011.

ETTARH, R. Overweight, Obesity, and Perception of Body Image Among Slum Residents in Nairobi, Kenya, 2008–2009. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 10, E 2012, dec. 2013. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/pdf/13_0198.pdf>. Acesso em: 5 set. 2016.

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

FERRAZ, A. I. et al. Calorie and Nutrient Intake in Obese Women With Low-Income. **Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism**, Washington, v. 3, n 4-5, p. 81-90, 2013.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov./dez. 2005.

FERREIRA, V. A. et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1423-1432, 2010.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2279-2287, 2011.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos na Cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 777-785, ago. 2008.

FINUCANE, M. M. et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. **Lancet**, London, v. 377, p.557-567, 2011.

FLOR, L. S. et al. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 29, p. 1-11, maio. 2015.

FREESE E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

HE, J. et al. Ethnic Differences in Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity among Low-Income Rural Kazakh and Uyghur Adults in Far Western China and Implications in Preventive Public Health. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 9, Sep. 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0106723.PDF>>. Acesso em: 5 set. 2016.

GIGANTE, D. P. et al. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14 supl. 1, p. 157-165, set. 2011.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 83-89, nov. 2009.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**, London, v. 380, p. 247-257, jul. 2012.

HASLAM, D. W.; JAMES, W. P. Obesity. **Lancet**, London, v. 366, p. 1197-1209, 2005.

HOFFMANN, R. et al. Obesity and the potential reduction of social inequalities in mortality: evidence from 21 European populations. **European Journal of Public Health**, London, v. 25, p. 1-8, may, 2015.

IBGE. **Aglomerados subnormais**. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro, 2015.

KAHAN, D. Prevalence and correlates of adult overweight in the Muslim world: analysis of 46 countries. **Clinical Obesity**, London, v. 5, n. 2, p. 87-98, Apr. 2015.

LIMA, F. E. L.; RABITO, E. I.; DIAS, M. R. M. G. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 198-206, 2011.

LINHARES, R. S. et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 28, n. 3, p. 438-448, mar. 2012.

LINS, A. P. M. et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-3663, fev. 2013.

MACIEL, E. S. et al. Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25 n. 6, p. 707-718, nov./dez. 2012.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L. Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, 1-83, 2016.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 195-201, 2003.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde**, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MCLAREN, L. Socioeconomic status and Obesity. **Epidemiologic Reviews**, London, v. 29, p. 29-48, 2007.

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

MOKDAD, A. H. et al. Prevalence of obesity diabetes and obesity-related health risk factors 2001. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 289, n. 1, p. 76-79, 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. **Public Health Reviews**, Tel Aviv, v. 82, p. 940-946, 2004.

MOORE, S. et al. Global and National Socioeconomic Disparities in Obesity, Overweight, and Underweight Status. **Journal of Obesity**, London, 2010. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/job/2010/514674/>>. Acesso em: 7 set. 2016.

MOWAFI, M. et al. Socioeconomic status and obesity in Cairo, Egypt: A heavy burden for all. **Journal of Epidemiology and Global Health**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 13-21, Mar. 2014

MORAES, S. A.; HUMBERTO, J. S.; FREITAS, I. C. Estado nutricional e fatores sociodemográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2006. Projeto OBEDIARP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 662-676, dez. 2011.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, London, v. 384, n. 9945, p.766-781, Aug. 2014.

OGDEN, C. L. et al. Obesity and socioeconomic in adults: United States, 2005-2008. **NCHS Data Brief**, Atlanta, n. 50, dec. 2010. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db50.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2016.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 295, p. 1549-1555, 2006.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 570-82, mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

PAIVA, P. T. A.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 303-322, 2005.

PINHO, C. P. B. et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2340-2350, dez. 2011.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **Journal of Nutrition**, Bethesda, v. 131, n. 3, Supl. 1, p. 871-873, mar. 2001.

POPKIN, B. M. Does global obesity represent a global public health challenge? **Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 93, n. 2, p. 232-233, Feb. 2011.

POPKIN, B. M.; SLINING M. M. New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 14, n. 2, p. 11-20, Nov. 2013.

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

SARTURI, J. B.; NEVES, J.; PERES, K. G. Obesidade em adultos: estudo de base populacional num município de pequeno porte no sul do Brasil em 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2010.

SAWAYA, A. L. et al. Obesity and malnutrition in a shantytown population in the city of São Paulo, Brazil. **Obesity Research**, Berlin, v. 3, Supl. 2, p. 107-115, 1995.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, maio 2011.

SCHMID, A. et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. **Soz Präventivmed**, Zürich, v. 50, n. 2, p. 87-94, 2005.

SILVA, A. P. A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 14, n. 6, p. 2-9, 2015.

SMITH, T. M. et al. Household food insecurity as a determinant of overweight and obesity among low-income Hispanic subgroups: Data from the 2011-2012 California Health Interview Survey. **Appetite**, London, v. 97, p. 37-42, Feb. 2016.

UN-HABITAT. **Guide to Monitoring Target 11: Improving the Lives of 100 Million Slum Dwellers**. Nairobi, 2003.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2012: Crianças em um mundo urbano**. New York, 2012.

URAMOWSKA-ŻYTO, B.; KOZŁOWSKA-WOJCIECHOWSKA, M. Nutrition behavior of poor families. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, Warszawa, v. 54, n. 2, p. 221-229, 2003.

VASCONCELOS, H. C. A. Avaliação do excesso de peso entre adultos da Estratégia Saúde da Família. **Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 573-578, out./dez. 2012.

WANDERLEY, E. M.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the Global Epidemic**. Report on a WHO Expert Consultation. Geneva, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.** Denmark, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action?** Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html>. Acesso em: 8 out. 2015.

ŻUKIEWICZ-SOBCZAK, W. et al. Obesity and poverty paradox in developed countries. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Berlin, v. 21, n. 3, p. 590-594, 2014.

ANEXO A - QUESTIONÁRIOS PESQUISA COELHOS

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

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

1.	Nº do Questionário						
2.	USF	1	COELHOS I	2	COELHOS II		
3.	Há quanto tempo (anos) a família vive aqui?						
	1	Menos de 1 ano					
	2	1 a 4 anos					
	3	5 a 9 anos					
	4	10 anos e mais					
Endereço _____							
Ponto de referência _____							
Celular (____) _____, (____) _____ Telefone (____) _____, (____) _____							
Nome do entrevistado _____							
Apelido _____							
Nome do Responsável pelo Domicílio: _____							
ACS da área: _____							
Data da entrevista ____/____/2014						2	0
Entrevistador _____						1	4
Supervisor de campo _____							
FORMULÁRIOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES					
FORMULÁRIO 1 MORADORES							
FORMULÁRIO 2 DOMICILIO							
FORMULÁRIO 3 CRIANÇAS							
FORMULÁRIO 4 ADOLESCENTES							
FORMULÁRIO 5 MULHERES							
FORMULÁRIO 6 ADULTOS							
TOTAL							

Formulário 1

REGISTRO DOS MORADORES DA FAMÍLIA

Número de ordem	Nome	Relação com a pessoa de referência	Idade < 5 anos da mãe da criança	Sexo	Raça/cor	Religião	Data de Nascimento			Idade (meses ou anos completos)	Formulários especiais				Grau de instrução (7 anos e mais)	Condição de Trabalho (10 anos e mais)
							Dia	Mês	Ano		Criança (menor de 3anos)	Adolescente (10 a 19 anos)	Mulher (15 a 49 anos)	Adulto (M e F) (20 anos e mais)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
CÓDIGOS																
(3) RELAÇÃO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA DO DOMICÍLIO		(5) SEXO 1- MASCULINO 2- FEMININO (6) RAÇA/ COR 1- BRANCA 2- PRETA 3- PARDA 4- AMARELA 5- INDÍGENA		(7) RELIGIÃO (≥15 anos) 1 – CATÓLICA 2 – EVANGÉLICA 3 – ESPÍRITA 4 – OUTRA _____ 5 – NÃO TEM RELIGIÃO 8 – NSA (< de 15 anos)			(16) GRAU DE INSTRUÇÃO (ABEP)(≥7 anos) 00 - ANALFABETO/FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO (ANALFABETO/PRIMÁRIO COMPLETO) 01 - FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO (PRIMÁRIO COMPLETO/GINASIAL INCOMPLETO) 02 - FUNDAMENTAL 2 COMPLETO/MÉDIO INCOMPLETO (GINASIAL COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO) 04 - MÉDIO COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO (COLEGIAL COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO) 08 - SUPERIOR COMPLETO (SUPERIOR COMPLETO) 88 - CRIANÇA <7 ANOS				(17) CONDIÇÃO DE TRABALHO (≥10 anos) 00 – NÃO TRABALHA 01 – DESEMPREGADO 02 – APOSENTADO (RECEBE 13º SALÁRIO) 03 – PENSIONISTA 04 – BENEFÍCIO 05 – AUTÔNOMO (URBANO OU RURAL) 06 – EMPREGADO 07 – TRABALHO ESPORÁDICO 08 – BISCATEIRO/AMBULANTE 09 – ESTUDANTE (TRABALHANDO) 10 – ESTUDANTE (NÃO ESTÁ TRABALHANDO) 11 – TRABALHO VOLUNTÁRIO 88 – MENOR DE 10 ANOS					

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

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

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

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

25	<p>O que fez do dinheiro recebido do PBF no último mês?</p> <p>(Considerar até 3 respostas, assinalando os códigos correspondentes às mesmas. Se responder apenas uma opção, colocar 0 (zero) nas demais)</p>																											
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou alimentos</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou aluguel</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou dividas</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou remédios</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou roupas</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="padding-left: 5px;">Outro _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="padding-left: 5px;">Ainda não recebeu</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="padding-left: 5px;">NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="padding-left: 5px;">Não sabe</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou alimentos</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou aluguel</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou dividas</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou remédios</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou roupas</td> </tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dividas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="padding-left: 5px;">Outro _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="padding-left: 5px;">Ainda não recebeu</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="padding-left: 5px;">NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="padding-left: 5px;">Não sabe</td> </tr> </table>	6	Outro _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe	<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">DIMES 1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">DIMES 2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">DIMES 3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	DIMES 1		DIMES 2		DIMES 3	
<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou alimentos</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou aluguel</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="padding-left: 5px;">Pagou dividas</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou remédios</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="padding-left: 5px;">Comprou roupas</td> </tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dividas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="padding-left: 5px;">Outro _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="padding-left: 5px;">Ainda não recebeu</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="padding-left: 5px;">NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="padding-left: 5px;">Não sabe</td> </tr> </table>	6	Outro _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe									
1	Comprou alimentos																											
2	Pagou aluguel																											
3	Pagou dividas																											
4	Comprou remédios																											
5	Comprou roupas																											
6	Outro _____																											
7	Ainda não recebeu																											
8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)																											
9	Não sabe																											
DIMES 1																												
DIMES 2																												
DIMES 3																												

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

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

ATENÇÃO:

Ipaq curto: Não entrevistar pessoas sem mobilidade na última semana.

Se for o caso, assinalar 8 nas questões de 7 a 14 e pular para a questão 15.

ATIVIDADE FÍSICA (Ipaq curto)	
<p>ESTAS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS AO TEMPO QUE O SR(A) GASTA FAZENDO ATIVIDADE FÍSICA NA ÚLTIMA SEMANA. AS PERGUNTAS INCLUEM AS ATIVIDADES QUE FAZ NO TRABALHO, PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO, POR LAZER, POR ESPORTE, POR EXERCÍCIO OU COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES EM CASA OU NO JARDIM.</p> <p>PARA RESPONDER AS QUESTÕES LEMBRE QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (ficar ofegante) Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal <p>PARA RESPONDER AS PERGUNTAS A SEGUIR, PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES QUE O SR(A) REALIZA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS DE CADA VEZ.</p>	
<p>7. Em quantos dias da última semana o Sr(a) CAMINHOU <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa, no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p> <p><input type="text"/> Dia(s) por SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>CAMINHA <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Nos dias em que o Sr(a) CAMINHOU <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINCAM <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>9. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades MODERADAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</p> <p><input type="text"/> Dia(s) na SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>ATIVMOD <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades MODERADAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINCAM <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>11. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades VIGOROSAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?</p> <p><input type="text"/> Dia(s) na SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>DIASVIGOR <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades vigorosas <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORAVIGOR <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINVIGOR <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES 13 e 14 SÃO SOBRE O TEMPO QUE O SR(A) PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÃO DE CASA VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUA O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO.</p>	

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

		QST		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de semana</u> ?								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	SENTASEH <input type="text"/>		
14. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de final de semana</u> ?								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	SENTFIMH <input type="text"/>		
15. Tem Academia da Cidade próxima a sua casa?								
		<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	
16. Acha importante ter?								
		<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	
17. Com que frequência o Sr(a) e/ou alguma pessoa da sua casa frequenta a Academia da Cidade ?								
<input type="text"/>	1	Uma vez na semana	<input type="text"/>	3	Três vezes na semana	<input type="text"/>	8	NSA (não frequenta/não tem academia)
<input type="text"/>	2	Duas vezes na semana	<input type="text"/>	4	Outro _____	<input type="text"/>	9	Não sabe/não lembra
						FREQACAD <input type="text"/>		

SAÚDE BUCAL

18. Quando foi a última vez que o Sr(a) foi ao (à) dentista?							
<input type="text"/>	1	Menos de 6 meses	<input type="text"/>	4	Mais de 2 anos	DENTIULT <input type="text"/>	
<input type="text"/>	2	6 meses a <1 ano	<input type="text"/>	8	Nunca foi ao dentista/usa prótese		
<input type="text"/>	3	1 a 2 anos	<input type="text"/>	9	Não sabe/não lembra		
19. Sr(a) escova os dentes antes de dormir?							
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	ESCOVDOR <input type="text"/>	

TABAGISMO

20. O Sr(a) fuma cigarro?										
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	<input type="text"/>	3	Ex-fumante		
21. Se sim, quantos anos o Sr(a) tinha quando começou a fumar cigarros?										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	8	8	NSA (Nunca fumou cigarros)	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/Não lembra
ENTREVISTADOR: NA PRÓXIMA PERGUNTA PREENCHER COM A QUANTIDADE REFERIDA PELO (A) ENTREVISTADO (A); SE A RESPOSTA FOR "CARTEIRA", CONVERTER PARA QUANTIDADE DE CIGARROS: 1 CARTEIRA = 20 CIGARROS										
22. Em média, quantos cigarros o Sr(a) fuma por dia?										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cigarros por dia	<input type="text"/>	8	8	NSA (Não fuma)	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/Não lembra
						CIGARDIA <input type="text"/>				

ÁLCOOL

23. Durante os últimos 30 dias , em quantos dias aproximadamente (por semana ou por mês) o Sr(a) consumiu bebida alcoólica?								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias por semana	<input type="text"/>	8	8	NSA(não consumiu bebida)	BDIASEM <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias por mês	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/não lembra	BDIAMES <input type="text"/>	

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

ESCLARECER AO ENTREVISTADO, NA PRÓXIMA PERGUNTA, CONSIDERAR COMO DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA: ½ GARRAFA OU 1 LATA DE CERVEJA, 1 TAÇA DE VINHO, 1 DRINQUE OU COQUETEL OU 1 DOSE DE CACHAÇA, WÍSCUE OU OUTRAS BEBIDAS DESTILADAS. SENDO ASSIM:		QST			
24. Nos dias em que o Sr(a) bebeu, quantas doses, em média o Sr(a) ingeriu por dia?					
<input type="text"/>	Doses por dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NSA (não consumiu bebida)	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
25. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes nos últimos 30 dias, o Sr(a) consumiu cinco ou mais copos ou doses em uma única ocasião?					
<input type="text"/>	Vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NSA (não consumiu bebida)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Não sabe / não lembra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Não sabe / não lembra	<input type="text"/>
26. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes o Sr(a) dirigiu um carro, moto ou bicicleta, depois de ter consumido bebida alcoólica?					
<input type="text"/>	Vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NSA (não consumiu bebida/não sabe dirigir)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Não sabe / não lembra	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA					
27. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS.					
<input type="text"/>	Muito bom	<input type="text"/>	Bom	<input type="text"/>	Regular
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Ruim
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Não sabe
28. Alcum médico já disse que o Sr(a) tem ou teve alguma das seguintes doenças?					
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não
<input type="text"/>			<input type="text"/>		NSA
<input type="text"/>			<input type="text"/>		9
<input type="text"/>			<input type="text"/>		Não
2. Artrose dos joelhos/Artrite/Reumatismo/Gota	<input type="text"/>		<input type="text"/>		ARTROSE
3. Tendinite/LER (Lesão por esforço repetitivo)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		TENDINIT
4. Infarto / Angina (ataque do coração)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		INFARTO
5. Insuficiência cardíaca (coração grande)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		INSUFICAR
6. AVC / Trombose cerebral (derrame)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		DERRAME
7. Hipertensão Arterial (pressão alta)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		PALTA
8. Diabetes	<input type="text"/>		<input type="text"/>		DIABETES
9. Colesterol alterado	<input type="text"/>		<input type="text"/>		COLEST
10. Triglicérideo alto	<input type="text"/>		<input type="text"/>		TRIGLIC
11. Ansiedade / Depressão	<input type="text"/>		<input type="text"/>		DEPRES
12. Enfisema do pulmão	<input type="text"/>		<input type="text"/>		ENFISEMA
13. Asma/Bronquite crônica / DPOC	<input type="text"/>		<input type="text"/>		BRONQUIT
14. Obesidade / Sobrepeso	<input type="text"/>		<input type="text"/>		OBESID
15. Doença renal crônica	<input type="text"/>		<input type="text"/>		RENAL
16. Cirrose do fígado	<input type="text"/>		<input type="text"/>		CIRROSE
17. Hepatite	<input type="text"/>		<input type="text"/>		HEPATITE
18. Tuberculose	<input type="text"/>		<input type="text"/>		TUBERC
19. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	<input type="text"/>		<input type="text"/>		PROSTATA
20. Hanseníase	<input type="text"/>		<input type="text"/>		HANSEN
21. AIDS	<input type="text"/>		<input type="text"/>		AIDS
22. Outra _____	<input type="text"/>		<input type="text"/>		OUTRA

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

29. O Sr(a) tem constipação intestinal (prisão de ventre, dificuldade ou dor para evacuar)?							QST								
1	Sim	2	Não				CONSTIPAC	<input type="checkbox"/>							
PRESSÃO ARTERIAL / GLICOSE / COLESTEROL / TRIGLICERÍDEOS / MASSA CORPORAL															
30. Na Unidade de Saúde em que o Sr(a) é acompanhado ou consultado, alguma vez já: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Fez exame de colesterol?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
2. Fez exame de triglicerídeos?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
3. Fez exame de glicose (açúcar no sangue)?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
4. Mediu sua pressão?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
5. Mediu seu peso?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
6. Mediu sua altura?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra							
* NSA = Não é acompanhado em serviços de saúde															
31. Em quantas consultas/visitas ao médico o Sr(a) foi informado(a) que estava com: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Pressão alta?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra			
2. Colesterol alterado?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra			
3. Triglicerídeo alto?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra			
4. Glicose alta no sangue?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra			
5. Excesso de peso /obesidade?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra			
* NSA = Não consultou médico/ não foi informado(a)															
32. Se sim, o médico recomendou ou receitou dieta, uso de remédios ou atividade física para: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)					
2. Colesterol alterado	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)					
3. Triglicerídeo alto	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)					
4. Diabetes	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)					
5. Excesso de peso/ obesidade	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)					
33. O Sr(a) está seguindo as recomendações e receitas dadas acima para: Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)									
2. Colesterol alto	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)									
3. Triglicerídeo alto	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)									
4. Diabetes	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)									
5. Excesso de peso / obesidade	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)									
34. Se usa medicação para o seu tratamento, está disponível no SUS (USF, Farmácia Popular ou da Família) ?															
1	Sempre		4	Nunca											
2	Às vezes		8	NSA (não usa medicação)											
3	Raramente		9	Não sabe/ não lembra											
35. O Sr(a) está inscrito (a) para acompanhamento da pressão alta e/ou diabetes no programa HIPERDIA?															
1	Sim		2	Não		8	NSA (Não tem diabetes/hipertensão)								

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

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

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

SAÚDE MENTAL		QST			
44. O Sr(a) se considera uma pessoa feliz?					
<input type="checkbox"/> 1	Sim, por quê? _____	SIMFELIZ		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2	Não, por quê? _____	NAOFELIZ		<input type="checkbox"/>	
45. Você recebe/recebeu tratamento psicológico ou medicamentos (remédio controlado) para doenças nervosas?					
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TRATPSIC <input type="checkbox"/>	

SE FOR MULHER COM MENOS DE 50 ANOS AGRADECER E ENCERRAR. ASSINALAR 8/88 NAS QUESTÕES ABAIXO
SE FOR HOMEM COM 50 ANOS E MAIS, PASSE PARA A QUESTÃO 69 E ASSINALAR 8/88 NAS QUESTÕES 45 A 68

MULHERES COM 50 ANOS E MAIS			
46. Com que idade a Srª menstruou pela 1ª vez?			
<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	NSA (mulher de < 50 anos e homens)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Não sabe/não lembra	IDMENST <input type="text"/>	
47. A Srª já esteve grávida?			
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não
<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos e homens)		GRAVIDEZ <input type="checkbox"/>
48. Com que idade a Srª engravidou pela primeira vez?			
<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	NSA (mulher de < 50 anos e homens)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Não sabe/não lembra	IDGRAVID <input type="text"/>	
49. A Srª fez laqueadura (ligou as trompas)?			
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não
<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos e homens)		LAQUEAD <input type="checkbox"/>
CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO (MULHER ≥ 50 ANOS)			
LEIA PARA A ENTREVISTADA			
EXAME PREVENTIVO É A COLETA DE MATERIAL NA VAGINA PARA DESCOBRIR CEDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.			
50. A Sra. alguma vez fez exame preventivo do câncer?			
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não
<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos)		<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra		PREVENT <input type="checkbox"/>
51. Se sim, quando foi a última vez que a Sra. fez o exame preventivo?			
<input type="checkbox"/> 1	Menos de um ano		<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 2	De um a dois anos		<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 3	Mais de dois anos		QUANDFEZ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	NSA (Não fez exame)		
<input type="checkbox"/> 9	Não sabe		
ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.			
52. Se não fez, qual o principal motivo de não ter feito o exame preventivo para câncer de colo de útero?			
<input type="checkbox"/> 1	Não acha necessário		<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 2	Nunca foi orientada para fazer o exame		<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 3	Teve dificuldade para fazer o exame		Outro _____
<input type="checkbox"/> 8	NSA (fez o exame)		PQNPREV <input type="checkbox"/>

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

		QST				
<p>53. Se fez exame, foi pelo SUS?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (não fez exame)</p>		PREVSUS		<input type="checkbox"/>		
<p>54. Quando a Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Com menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 2 Entre 1 mês e menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 3 Após 3 meses <input type="checkbox"/> 4 Nunca recebeu (não foi encontrado o resultado) <input type="checkbox"/> 5 Nunca foi buscar <input type="checkbox"/> 8 NSA (não fez exame/coleta recente) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra</p>		RECEBPREV		<input type="checkbox"/>		
<p>55. Após receber o resultado do exame, a Sra. foi encaminhada para fazer algum tipo de tratamento em serviço especializado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)</p>		RESULTTO		<input type="checkbox"/>		
<p>56. Se foi encaminhada, a Sra. fez o tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)</p>		FEZTTO		<input type="checkbox"/>		
<p>56. Se foi encaminhada, a Sra. fez o tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)</p>		FEZTTO		<input type="checkbox"/>		
<p>57. Se não, qual o principal motivo da Sra. não ter feito tratamento em serviço especializado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Não conseguiu marcar consulta <input type="checkbox"/> 2 Não achou necessário <input type="checkbox"/> 3 O tempo de espera para a consulta era muito grande <input type="checkbox"/> 4 Outro _____ <input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra</p>		FREQAUTO		<input type="checkbox"/>		
AUTOEXAME DE MAMAS (MULHERES COM 50 ANOS E MAIS)						
<p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: AUTO-EXAME DE MAMA É UM EXAME EM QUE A MULHER APALPA A SUA PRÓPRIA MAMA, PROCURANDO NÓDULOS OU CAROÇOS.</p>						
<p>58. A Sra. faz o autoexame de mama?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não</p>		FAZAUTEX		<input type="checkbox"/>		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO B - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 1

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



DECLARAÇÃO

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

Recife, 11 de outubro de 2012


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

ANEXO C - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 2

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



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 4017 - 14 intitulado “**Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos num aglomerado urbano subnormal de Recife(PE)**” apresentado pelo(a) pesquisador (a) **Silvia Pereira da Silva de Carvalho Melo** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 19 de fevereiro de 2014.

Recife, 19 de fevereiro de 2014.


Dr. José Eufálio Cabral Filho
 Coordenador do Comitê de Ética
 em Pesquisa em Seres Humanos do
 Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
 UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
 UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
 INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
 CNPJ: 10.988.301/0001-29

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

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA COELHOS

PESQUISA “SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS”

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

Prezado (a) morador da Comunidade dos Coelhos,

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

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

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

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

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

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

Estou ciente de que:

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

Nome completo do morador: _____

Data _____

Data de nascimento: ____/____/____

RG nº _____

Órgão

exp. _____

Assinatura (ou polegar direito) do morador ou responsável

Assinatura do entrevistador de campo responsável

