



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAROLINE BANDEIRA

PERFIL ALIMENTAR DA POPULAÇÃO ADULTA DE FLORIANÓPOLIS
COM E SEM DIAGNÓSTICO DA DIABETES E/OU HIPERTENSÃO

FLORIANÓPOLIS
2021

CAROLINE BANDEIRA

**PERFIL ALIMENTAR DA POPULAÇÃO ADULTA DE FLORIANÓPOLIS
COM E SEM DIAGNÓSTICO DA DIABETES E/OU HIPERTENSÃO**

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para defesa, sob orientação do Prof.Dr. Emil Kupek e coorientação da Profa Dra. Silvia Giselle Ibarra Ozcariz.

Área de Concentração: Epidemiologia

**FLORIANÓPOLIS
2021**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bandeira, Caroline

Perfil alimentar da população adulta de Florianópolis com e sem diabetes e/ou hipertensão / Caroline Bandeira ; orientador, Emil Kupek , coorientador, Silvia Giselle Ibarra Ozcariz , 2021.

176 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Perfil Alimentar . 4. Diabetes Mellitus . 5. Hipertensão Arterial . I. Kupek , Emil . II. Ibarra Ozcariz , Silvia Giselle . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Caroline Bandeira

**PERFIL ALIMENTAR DA POPULAÇÃO ADULTA DE FLORIANÓPOLIS
COM E SEM DIAGNÓSTICO DA DIABETES E/OU HIPERTENSÃO**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Mauricio Soares Leite Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Juliana da Silveira Goncalves Dr.(a)

Universidade Estácio de Sá

Prof.(a) Michel Carlos Mocellin Dr.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Emil Kupe , Dr.

Orientador(a)

Florianópolis, 2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família. Aos meus filhos **Caio, Mayná e Kael**, por sempre terem me apoiado, encorajado e aguentando tanto no caminho que escolhi trilhar.

Aos **meus irmãos, pai e minha mãe Elaine** que mesmo não estando mais entre nós sempre esteve ao meu lado e torcendo por mim.

As minhas amigas **Patricia, Fernanda, Juliana e Cintia** por me incentivar sempre e me dar colo quando necessário.

Ao meu amor **Adilson**, por tornar este processo mais leve quando ele foi exaustivo, complicado e que me trouxe a paz e o amor que eu precisava.

E também a todos os meus alunos, ex alunos e pacientes que por todos esses anos me ensinaram muito sobre mim mesma.

A ti senhor, toda honra e toda glória!

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos ao **Prof. Dr. Emil Kupek**. Obrigada pela oportunidade, orientação, aprendizado e, mais que tudo isso, pela compreensão das minhas ausências. Muito obrigada!

À **Prof.^a Dra. Josimari Telino de Lacerda**, por não me deixar desistir desse doutorado, pela atenção e gentileza.

À **Prof.^a Dra. Marta Verdi**, obrigada por intermediar tantas vezes com a sua doçura, generalizabilidade e acolhimento que todos nós seres humanos deveríamos aprender.

Obrigada a **Prof.^a Dra. Silvia Giselle Ibarra Ozcariz**, por ter sido um divisor de águas na minha carreira acadêmica. Com toda certeza essa tese não teria sido a mesma, se você não tivesse me orientado de forma amorosa e respeitosa. Eu admiro enormemente seu esforço, trabalho e a carreira que construiu. Sou grata por ter tido a oportunidade de trabalhar e aprender com você!

A secretária do programa **Maria Júlia das Chagas**, por sempre atender a nós alunos com carinho, respeito e disponibilidade para nos ajudar no que for preciso,

Aos meus amigos da pós-graduação, que dividiram as preocupações e anseios, mas também os bons momentos.

As amigas que fiz nesses 10 anos de UFSC para a vida: **Carla e Silvia**. Vocês duas foram e são muito importantes para o meu crescimento acadêmico e eu nunca esquecerei isso.

A CAPES pelo apoio financeiro e ao estudo EpiFloripa por me conceder

uma parte do estudo para que a minha tese pudesse ser executada.

“Os que esperam e confiam no senhor, renovam as suas forças e são fortalecidos”.

(Isaiás, 40)

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por uma elevada carga de morbimortalidade, no Brasil e no mundo, assim como pelos principais gastos com medicamentos e internações do sistema público de saúde do país. Considerando isso, conhecer a adesão de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, às recomendações alimentares, é importante para o planejamento em saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. **Objetivos:** (1) Verificar se indivíduos adultos com diagnóstico de diabetes tipo II e/ou hipertensão seguem as recomendações alimentares após o diagnóstico da doença; (2) Avaliar o consumo de calorias de alimentos ultraprocessados na dieta e comparar este perfil de consumo entre indivíduos com e sem as doenças. **Metodologia:** Estudo de coorte de base populacional que teve a sua primeira coleta de dados em 2009, e o *follow-up* em 2012. Pesquisa realizada em Florianópolis, Santa Catarina, com uma amostra de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade. As análises descritivas foram feitas através do cálculo das prevalências, sendo estimados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bruta, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas dicotômicas e politômicas nominais. Para verificar a associação entre a variável independente e os desfechos foi utilizada a regressão de Poisson. O comando margins do programa STATA foi posteriormente usado para estimar as prevalências médias ajustadas entre fatores sociodemográficos, de variáveis de consumo alimentar, e de mudança no estado nutricional, entre os indivíduos de ambos os sexos com e sem a doença e os respectivos IC95%. Para avaliar a diferença entre a participação calórica proveniente de alimentos ultraprocessados entre indivíduos doentes e sem doença, foi realizada a regressão linear simples e ajustada. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico STATA versão 13.0, considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (no 351/08 e 1772/11) e os participantes assinaram um termo de consentimento em cada onda da pesquisa. **Resultados:** Os resultados encontrados do presente estudo sendo que a taxa de resposta foi de 85% (n=1462) e 57,01 % foi composta pelo sexo feminino. Dos

que referem ter DM e/ou HAS, 58,47% (n=303) são do sexo masculino e 41,53% (n=279) feminino. Quanto a mudança do estado nutricional após o diagnóstico da doença, 58,8% manteve-se com excesso de peso ou passou a ter excesso de peso. No que se refere ao consumo alimentar segundo as recomendações da SBD (2019) e SBC (2020), entre indivíduos de ambos os sexos com DM e/ou não há diferença estatística, porém em relação ao excesso de açúcar de adição há um consumo menor quando comparados com os saudáveis, sendo 61,01g no sexo masculino e 62,55g no sexo feminino com $p < 0,001$. Após o ajuste demonstra que o efeito da mudança no consumo não se deve ao diagnóstico de HAS e/ou DM, e sim aos fatores de confusão (IMC, idade, escolaridade, renda). Para avaliar a diferença entre a participação calórica proveniente de alimentos ultraprocessados e o consumo dos mesmos, foi realizada a regressão linear simples e ajustada. Os resultados em relação ao consumo alimentar dos indivíduos existem uma diferença significativa entre as mulheres estudadas em ambos os grupos, com maior consumo de AUP ($p < 0,001$) e elevado consumo de açúcar de adição de AUP, sendo $p = 0,005$. Os resultados indicam prevalências de consumo elevado de AUP em quase 1/3 da amostra estudada. Conclusão: Conclui-se que os pacientes com DM e/ou HAS relataram baixa adesão as recomendações dietéticas e manutenção de um estilo de vida saudável independentemente do conhecimento da doença entre os com a doença. Assim como, recomenda-se a realização de novas iniciativas que priorizem o consumo alimentar de alimentos saudáveis em portadores de doenças crônicas melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: perfil alimentar, consumo alimentar, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, recomendações dietéticas

ABSTRACT

Introduction: Nutrition and health status in the world are important indicators of economic and social development, the level of health and the quality of the population, as well as important information for the formulation of national and international public health strategies and prevention and control of illnesses. Considering that adherence to dietary recommendations is important for health planning, especially in developing countries such as Brazil, where NCDs are responsible for the main expenditures on medications and hospitalizations in the country's public health system. Objectives: (1) to verify if adult individuals diagnosed with diabetes and / or hypertension follow the dietary recommendations after the diagnosis of the disease; (2) evaluate the consumption of calories from ultra-processed foods in the diet and compare this consumption profile between individuals with and without diseases. Methodology: This is a cross-sectional analysis based on the Epifloripa study, a population-based cohort that had its first data collection in 2009, and the second collection in 2012 in the city of Florianópolis, Santa Catarina. With a sample composed of 1,720 adults between 20 and 59 years of age. Descriptive analyzes were performed by calculating the prevalences, and the respective 95% confidence intervals (95% CI) were estimated. In the crude analysis, Pearson's chi-square test was used for nominal dichotomous and polytomous categorical variables. To verify the association between the independent variable and the outcomes, Poisson regression was used. The margins command of the STATA program was subsequently used to estimate the adjusted mean prevalences between sociodemographic factors, food consumption variables, and changes in nutritional status, between individuals of both sexes with and without the disease and the respective 95% CI. To assess the difference between caloric participation from ultra-processed foods between sick and healthy individuals, simple and adjusted linear regression was performed. Data analysis was performed using the STATA version 13.0 statistical program, considering the sampling plan. Sample weights were used in the estimates, combining the probability of selection in 2009 and the probability of location in 2012, so as to minimize biases related to follow-up losses. The project was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (no. 351/08 and 1772/11) and the participants signed a consent form in each wave of the research. Results: The results found in the present study were that the response rate was 85% (n = 1462) and 57.01% was composed of females. Of those who report having DM

and / or SAH, 58.47% (n = 303) are male and 41.53% (n = 279) female. Regarding the change in nutritional status after the diagnosis of the disease, 58.8% remained overweight or became overweight. With regard to food consumption according to the recommendations of the SBD (2019) and SBC (2020), between individuals of both sexes with DM and / or there is no statistical difference, however in relation to the excess of added sugar there is less consumption when compared to healthy ones, with 61.01g in males and 62.55g in females with $p < 0.001$. After the adjustment, it demonstrates that the effect of the change in consumption is not due to the diagnosis of SAH and / or DM, but to the confounding factors (BMI, age, education, income). To assess the difference between the caloric participation from ultra-processed foods and their consumption, simple and adjusted linear regression was performed. The results in relation to the individuals' food consumption, there is a significant difference between the women studied in both groups, with higher consumption of AUP ($p < 0.001$) and high consumption of sugar from addition of AUP, with $p = 0.005$. The results indicate prevalence of high consumption of AUP in almost 1/3 of the studied sample. Conclusion: It is concluded that patients with DM and / or SAH reported low adherence to dietary recommendations and maintenance of a healthy lifestyle regardless of the knowledge of the disease among those with the disease. As well as, it is recommended to carry out new initiatives that prioritize the food consumption of healthy foods in patients with chronic diseases, thus improving the individual's quality of life.

Keywords: Feeding profile, food consumption, type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, dietary recommendations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Números de artigos localizados - revisão de literatura (fase de revisão e números de artigos achados)

Figura 2. Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013.

Figura 3. Setores censitários selecionados para o estudo EpiFloripa Adultos 2009 na cidade de Florianópolis, SC, Brasil

Figura 4. Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo grupo de causa, Brasil (2000-2018) Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade.

Figura 5. Mapas dos setores censitários fornecidos pelo IBGE (A), Google Maps (B) e Google Earth (C e D)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Valores de mediana, média, mínimo e máximo para o Erro Técnico de Medida (ETM) relativo das entrevistadoras do estudo EpiFloripa 2012.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Comparação das metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis com as metas do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022’, e a perspectiva de o Brasil adotar as metas globais

QUADRO 2. Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

QUADRO 3. Classificação de valores de referência do DM

QUADRO 4. Estudos que avaliaram a adesão/mudança de hábitos alimentares após o diagnóstico de HAS e/ou DM

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF Atividade Física

AUP Alimentos Ultraprocessados

AVE Acidente Vascular Encefálico

AVC Acidente Vascular Cerebral

CC Circunferência da Cintura

CDC Centers for Disease Control and Prevention

DALY Disability Adjusted Life Years

DAP Doença Arterial Periférica

DCbV Doenças Cerebrovasculares

DCV Doença Cardiovascular

DH Doenças Hipertensivas

DIC Doenças Isquêmicas do Coração

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM Diabetes Mellitus

GSR Relatório de Status Global da OMS

GBD Carga Global das Doenças

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM Infarto do Miocárdio

IC Insuficiência Cardíaca

ICC IC Congestiva

IMC Índice de Massa Corporal

IR24h Inquérito Recordatório de 24 horas

MAPA Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial

MRPA Monitorização Residencial de Pressão Arterial

Kg Quilograma

OMS Organização Mundial da Saúde

PA Pressão Arterial

PAS Pressão Arterial Sistólica

PAD Pressão Arterial Diastólica

PDA Personal Digital Assistant

PNS Política Nacional de Saúde

PNCT Política Nacional de Controle do Tabaco

SAFER Nova Iniciativa do Controle de Álcool

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

UP Ultra-processado(s)

VIF Fator de Inflação da Variância

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Excesso de peso:

IMC \geq 25 kg/m² Sobrepeso: IMC 25,0 – 29,9 kg/m² Obesidade: IMC \geq 30 kg/m²

Obesidade Central:

Circunferência de cintura elevada: CC = 94 e <102cm em homens e =80 e <88 em mulheres.

Circunferência de cintura muito elevada: CC \geq 102 em homens e \geq 88cm em mulheres.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	21
1.1	HIPÓTESES	24
1.2	OBJETIVOS	25
1.2.1	Objetivo Geral.....	25
1.2.2	Objetivos Específicos.....	25
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1	Estratégia de Revisão	27
3	MÉTODOS	60
4	RESULTADOS.....	79
4.1	Manuscrito 1	79
4.2	Manuscrito 2	98
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
	Anexos.....	125

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado foi estruturada de forma a conter uma introdução sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como Diabetes Mellitus (DM) e HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), a seguir, são apresentados os dados epidemiológicos no Brasil e no mundo, assim como a descrição dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do estudo utilizados para construção deste trabalho. Os resultados e discussão foram apresentados em formato artigos científicos, contendo introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão e referências bibliográficas, respeitando as normas editoriais do periódico escolhido para submissão, a revista Ciência & Saúde Coletiva. Por fim, são apresentadas as considerações finais, referências bibliográficas utilizadas no texto e seus anexos.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A nutrição e o estado de saúde no mundo são indicadores importantes do desenvolvimento econômico e social, do nível de saúde e da qualidade de vida da população, bem como informações importantes para a formulação de estratégias nacionais e internacionais de saúde pública, prevenção e controle de doenças (HUANG et al., 2021)

A população no mundo tem passado por grandes transformações no que diz respeito à alimentação. Esses fatores redirecionaram o perfil de suscetibilidade às doenças, na mesma medida em que as mudanças socioeconômicas e culturais refletiram nos maus hábitos alimentares, sedentarismo e, conseqüentemente, no aumento das prevalências de excesso de peso dos mesmos (SAATH; FACHINELLO,2018).

Nesse sentido, a transição epidemiológica é uma complexa mudança nos padrões saúde e/ou doença e nas interações entre os mesmos, com influência de outros fatores conseqüentes e determinantes, como demográficos, econômicos e sociais. Isto porque existe uma prolongada e gradativa mudança nos padrões de mortalidade e adoecimento, sendo as doenças infecciosas substituídas por doenças degenerativas e agravos produzidos pelo homem; nesta transição de padrões do processo saúde-doença, ocorrendo as mais profundas e significativas mudanças em crianças e mulheres jovens principalmente (TEIXEIRA ,2012).

Com isso, uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que surge com maior impacto em países desenvolvidos e a partir da década de 1960 se espalhando rapidamente pelo Brasil e Mundo com destaque para as doenças cardiovasculares e distúrbios do metabolismo, compreendendo o diabetes (DM) e a hipertensão (HAS) respectivamente. (PEREIRA,2015; BRASIL, 2017).

As DCNT (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são responsáveis por cerca de 71 % de todas as mortes no mundo, estimando-se 57 milhões de mortes anuais. Sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 17,9 milhões de óbitos, câncer por 9,0 milhões, doenças respiratórias crônicas por 3,8 milhões e diabetes por 1,6 milhões de mortes anualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente

(menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões em países de baixa e média renda, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis por mais da metade das mortes. Em 2018, 54,7% de mortes foram ocasionadas por DCNT (BRASIL, 2020). O DM e a HAS constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual são agravos de grande relevância para a saúde pública (BRASIL, 2017).

A epidemia de DCNT como DM e HAS resultam em muitas consequências para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Alguns estudos referem que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (ABEGUNDE *et al.*, 2007).

Fatores de risco como: sexo, idade, fatores genéticos, tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, consumo de alimentos ultra processados e obesidade, são associados à maior probabilidade de desenvolver DCNT, enquanto que a adoção de hábitos alimentares saudáveis é considerada fator de proteção para condições crônicas (BRASIL, 2011).

Assim, a intervenção na promoção de saúde, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (MALTA *et al.*, 2017). Da mesma forma, controlar os fatores modificáveis relacionados ao consumo alimentar, prática de atividade física e eliminação do hábito de fumar, em pacientes com diagnóstico estabelecido de DM e/ou HAS, está associado a uma melhor qualidade de vida e redução da morbimortalidade. Sendo o ponto-chave da boa condução tanto do diabetes tipo II e o HAS, o envolvimento do paciente e dos familiares como parte ativa de todo o processo, de modo a desenvolver o autoconhecimento e auxiliando na tomada de decisão. Educação voltada para a autogestão das doenças e o processo de facilitação de conhecimentos, habilidades e capacidades necessárias ao autocuidado da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020; SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2020).

Considerando a gravidade do problema, que tomava proporções cada vez mais importantes, no ano 2000, a OMS aprova uma Resolução endossando a “Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis” com ênfase nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2010), visando a conscientização e

estabelecimento de guias para o cuidado e formação de hábitos saudáveis que reduzissem a incidência de DCNT assim como a redução da morbimortalidade na população já diagnosticada com alguma DCNT.

No ano de 2004, foi aprovada a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, com quatro objetivos principais: 1. reduzir os fatores de risco para as DCNT decorrentes da alimentação inadequada e inatividade física; 2. aumentar a atenção e o conhecimento a respeito de alimentação e atividade física; 3. encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implantação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia; e 4. monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física, com apoio para pesquisa e fortalecimento dos recursos humanos necessários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Em 2005, no relatório intitulado “Prevenindo doenças crônicas: um investimento vital”, a OMS apontou e esclareceu mal-entendidos comuns que negligenciaram a atenção às DCNT em países de média e baixa renda. O relatório ressalta a importância de reconhecer, entender e agir, o que requer novas abordagens por parte das lideranças nacionais e internacionais; e que o primeiro passo a ser dado é divulgar os mais atuais e fidedignos conhecimentos e informações aos profissionais de saúde e à população em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Popkin (2015) refere que os países de renda baixa e média, enfrentam uma rápida mudança na transição nutricional em direção a aumentos nas DCNT. Subjacente a esta transição estão as mudanças no sistema agrícola e o subsequente crescimento dos setores de varejo e serviços alimentícios modernos em todas as regiões e países, uma mudança na tecnologia que afeta a atividade física e a inatividade, o acesso aos meios de comunicação de massa, a urbanização e a penetração dos sistemas alimentares modernos em todas as sociedades. As principais mudanças resultantes na dieta são em direção ao aumento de carboidratos refinados, adição de adoçantes, óleos comestíveis com destaque para a comida industrializada com ampla utilização de ultraprocessados e alimentos de origem animal e redução de leguminosas, outros vegetais e frutas.

Desta forma, se faz necessário investigar de forma longitudinal, se portadores de diabetes tipo II e/ou hipertensão modificam o padrão alimentar após o diagnóstico da doença, em países de renda média/baixa como o Brasil. Levando em consideração os

fatores destacados acima, este estudo tem por objetivo verificar o Perfil alimentar da população adulta de Florianópolis com e sem diagnóstico da diabetes e/ou hipertensão de acordo com as diretrizes.

1.1 HIPÓTESES

- 1) Mesmo após receberem o diagnóstico de DM e/ou HAS, os indivíduos estudados não apresentarão adesão as recomendações alimentares adequadas quando comparados aos indivíduos sem a doença.

- 2) Indivíduos com diagnóstico de DM e/ou HAS apresentam maior consumo de calorias provenientes de alimentos ultra processados quando comparados a indivíduos saudáveis.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O estudo teve como objetivo verificar se indivíduos adultos com diagnóstico de diabetes tipo II e/ou hipertensão seguem as recomendações alimentares após o diagnóstico da doença, assim como avaliar consumo de calorias provenientes de alimentos ultra processados na dieta e comparar este perfil de consumo entre indivíduos com e sem as doenças, em adultos de 20 a 59 anos residentes na cidade de Florianópolis, Santa Catarina entre os anos de 2009 e 2012.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever a amostra avaliada segundo as características sociodemográficas e comportamentais, assim como as prevalências de diabetes tipo II e Hipertensão na população estudada.
- 2) Verificar se os indivíduos aderem às recomendações alimentares após o diagnóstico de Diabetes tipo II e/ou Hipertensão Arterial.
- 3) Comparar a adesão às recomendações alimentares entre os indivíduos com e sem as doenças.
- 4) Avaliar o consumo de alimentos ultra processados em indivíduos com e sem as doenças.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia de Revisão

Uma revisão sistemática da literatura foi realizada para identificar estudos que avaliaram a adesão/mudança do perfil alimentar após o diagnóstico de DM e/ou HAS. Foram selecionados os artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicados a partir do ano de 2010. Sendo feita a busca na base de dados do PUBMED e Scielo de 2010 a 2020.

A chave de busca foi construída a partir dos Descritores para Ciências da Saúde e termos MESH incluindo os livres e controlados (HYPERTENSION OR DIABETES MELLITUS OR NONCOMMUNICABLE DISEASES) AND DIAGNOSIS) AND (SELF-MANAGEMENT OR DIET OR FEEDING BEHAVIOR OR FOOD HABITS OR GUIDELINE ADHERENCE) AND (COHORT STUDIES OR POPULATION-BASED STUDY OR LONGITUDINAL STUDIES) AND (ADULT OR ADULTS OR YOUNG ADULT).

Foram localizadas 3.723 referências nas bases de dados consultadas. Após a exclusão das duplicatas (n=36), 720 títulos foram avaliados, e, posteriormente, 196 resumos foram lidos. Após a leitura dos resumos, 12 artigos foram selecionados e lidos na íntegra (Fluxograma1). Também foram buscados documentos oficiais, protocolos de avaliação de qualidade da atenção em páginas da internet da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde, bem como do Ministério da Saúde.

Para verificar a existência de artigos prévios que avaliaram a mudança ou aquisição de hábitos alimentares saudáveis após o diagnóstico de HAS e/ou DM:

Critérios de inclusão: Ser estudo em adultos, com diabetes tipo 2 e/ou hipertensão, que avaliem a adesão a hábitos alimentares saudáveis após o diagnóstico da doença, estudos observacionais

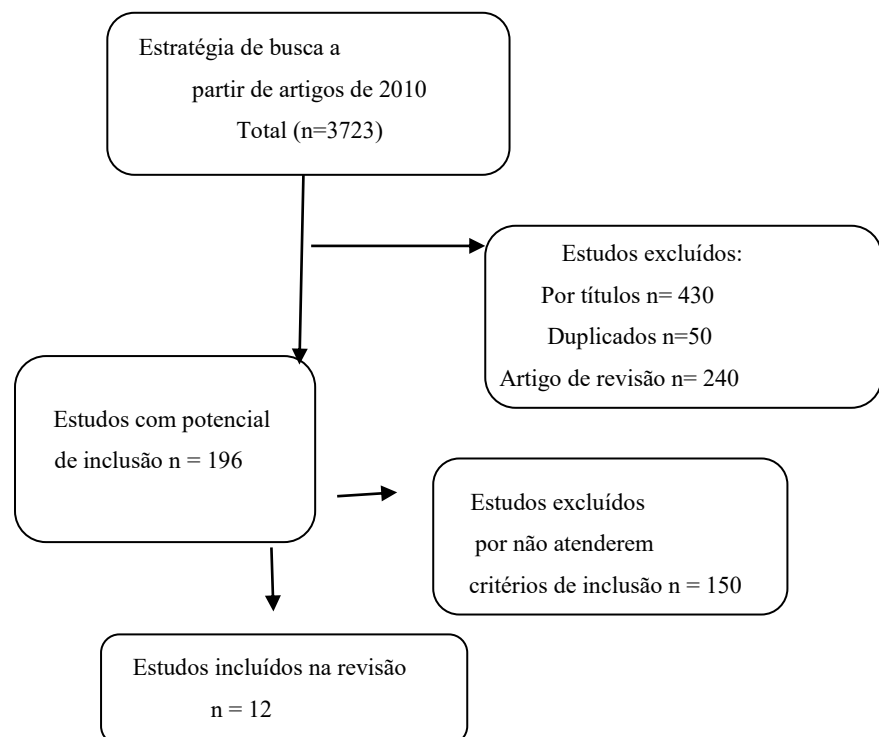
Critérios de exclusão: estudos em crianças, adolescentes ou idosos, estudos com diabetes tipo 1, ECR.

Para falar sobre a importância da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e os efeitos nos níveis pressóricos e glicêmicos:

Critérios de inclusão: Ser estudo em adultos, com diabetes tipo 2 e/ou hipertensão, que avaliem o efeito da adesão a hábitos alimentares saudáveis após o diagnóstico da doença, estudos observacionais, ensaios clínicos randomizados.

Critérios de exclusão: estudos em crianças, adolescentes ou idosos, estudos com diabetes tipo 1

Figura 1. Números de artigos localizados - revisão de literatura (fase de revisão e números de artigos achados)



2.1.1 Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, de 57 milhões de mortes em todo o mundo, 36 milhões ocorreram por DCNT, respondendo por 63% do total de mortes. Nesse grupo, as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas são particularmente proeminentes. Apesar disso, 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, e 29% em menores de 60 anos. (FREITAS; POSENATO, 2012). Essas doenças também apresentam fatores de risco modificáveis comuns: alimentação inadequada, falta de exercícios, alcoolismo, tabagismo e obesidade (NDC, 2016).

De acordo com Bennett, JE et. al. (2018) publicado no NCD Countdown 2030, em 2016 estima-se que 40,5 milhões (71%) das 56,9 milhões de mortes em todo o mundo foram causadas por DCNT. Destes, estima-se que 1,7 milhões (4% das mortes por DCNT) ocorreram em pessoas com menos de 30 anos de idade, 15,2 milhões (38%) em pessoas com idade entre 30 e 70 anos e 23,6 milhões (58%) em pessoas com 70 anos ou mais. Estima-se que 32,2 milhões de mortes por DCNT (80%) foram devido a câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes, e outros 8,3 milhões (20%) foram de outras DCNT. Mulheres em 164 (88%) e homens em 165 (89%) de 186 países e territórios tiveram maior probabilidade de morrer antes dos 70 anos de idade de uma DCNT do que de doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais combinadas.

No Brasil, ano de 2017, cerca de 73% das mortes foram em decorrência das DCNT, tendo destaque os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) citados como causas de morte (MALTA *et al.*, 2014). Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2017), 39,3% da população com 18 anos ou mais no Brasil possui, pelo menos, uma doença crônica, o que equivale a mais de 57 milhões de brasileiros (BRASIL, 2017).

As DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla (sendo os principais: o uso de tabaco, consumo nocivo de álcool, alimentação não saudável e atividade física insuficiente), longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e

também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais, aumentando as taxas de morbimortalidade (MALTA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018).

Estudos indicam que o aumento da carga de DCNT afeta em maior proporção as pessoas de baixa renda e reflete os efeitos negativos da globalização, das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto consumo calórico e da mídia que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA; SILVA JR, 2013; VOS, T. *et al.*, 2019).

Estima-se que o Brasil tenha uma perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar, resultantes da presença de apenas três DCNT – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico, as quais levarão a uma perda na economia brasileira bem elevada (MALTA; SILVA JR, 2013).

No Quadro 1, apresenta-se a comparação das metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis com as metas do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022’, e a perspectiva de o Brasil adotar as metas globais, adaptado de Malta e Silva Jr, 2013.

QUADRO 1. Comparação das metas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis com as metas do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022’, e a perspectiva de o Brasil adotar as metas globais

METAS GLOBAIS DA OMS	APOIO DO BRASIL À META	METAS DOS PLANOS DE DCNT DO BRASIL
Mortalidade prematura por DCNT		
Reduzir incondicionalmente a mortalidade total de doenças entre 30-70 anos em 25%	Sim	Redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano
Diminuir o consumo de álcool em 10% conforme apropriado dentro do país. Seleção de alvos: - Consumo total de	Sim	Redução das prevalências de consumo nocivo de álcool, de 18% (2011) para 12%

álcool per capita (≥ 15 anos); ou - Padronizar a prevalência de acordo com a idade de abuso de adolescentes e adultos; ou - Morbidade e mortalidade por doenças relacionadas ao álcool entre adolescentes e adultos.		(2022)
Inatividade física 10% de redução relativa de prevalência de atividade física insuficiente em adolescentes e adultos.	Sim	Aumento da prevalência de atividade física no lazer, de 14,9% (2010) para 22% (2022)
Uso do tabaco 30% de redução relativa da prevalência do consumo de tabaco atual em adultos e adolescentes.	Sim	Redução da prevalência de tabagismo em adultos, de 15,1% (2011) para 9,1% (2022)
Ingestão de sal/sódio 30% de redução relativa do consumo médio de sal/sódio na população.	Sim	Redução do consumo médio de sal, de 12 gramas (2010) para 5 gramas (2022)
-	-	Aumento do consumo de frutas e hortaliças, de 18,2% (2010) para 24,3% (2022)
FATORES DE RISCO INTERMEDIÁRIO		
Pressão arterial 25% de redução relativa da prevalência de pressão arterial elevada em pessoas ≥ 18 anos (definida como pressão arterial ≥ 140 mmHg / ≥ 90 mmHg)	sim	Não foram definidas metas nacionais para este item
Diabetes e obesidade dificultar a prevalência padronizada de diabetes em pessoas com 18 anos E impedir a prevalência padronizada por idade de sobrepeso e obesidade em adolescentes e pessoas ≥ 18 anos (IMC ≥ 25 kg/m ²)	sim	Diminuir a prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos e em adolescentes de 10 a 19 anos. Deter o crescimento do excesso de peso e da obesidade em adultos (≥ 18 anos)
RESPOSTA DO SISTEMA NACIONAL		
Terapia medicamentosa para prevenir ataques cardíacos e derrames Garantia de 50% das pessoas elegíveis recebendo medicamentos e aconselhamento (incluindo o controle glicêmico) com o objetivo de prevenir ataques cardíacos e acidentes cardiovasculares	sim	Não foram definidas metas nacionais para este item.
Tecnologias básicas e medicamentos essenciais ao tratamento de DCNT 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e de medicamentos genéricos essenciais para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis prioritárias, a preços acessíveis, em serviços de saúde públicos e privados, incluindo instalações de cuidados primários.	sim	Não foram definidas metas nacionais para este item.

-	-	Aumento da cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, de 54% (2008) para 70% (2022)
-	-	Ampliação da cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos, de 78% (2008) para 85% (2022)
-	-	Garantia do tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer de colo de útero e de mama

Fonte: adaptada de Malta e Silva Jr, 2013

2.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020). Abaixo (Quadro 2) segue informações de valores de referência para a definição de HAS pelas medidas de consultório em maiores de 18 anos, adaptada das Diretriz Brasileira de Hipertensão ,2020.

QUADRO 2. Valores de referência para a definição de HAS pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

Categoria	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório	\geq 140	\geq 90
MAPA		
Vigília	\geq 135	\geq 85
Sono	\geq 120	\geq 70
24 horas	\geq 130	\geq 80
MRPA	\geq 135	\geq 85

Fonte: adaptada da Diretriz Brasileira de Hipertensão ,2020. *PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica

2.1.3 Efeitos da HAS em relação a morbidades e mortalidade

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020) refere a que a HAS está presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto do miocárdio (IAM), 77% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE), 75% com insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP). Sendo responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE.

No Brasil, atinge cerca de 32,5% (36 milhões) dos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Associado ao DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (SCALA *et al.*, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

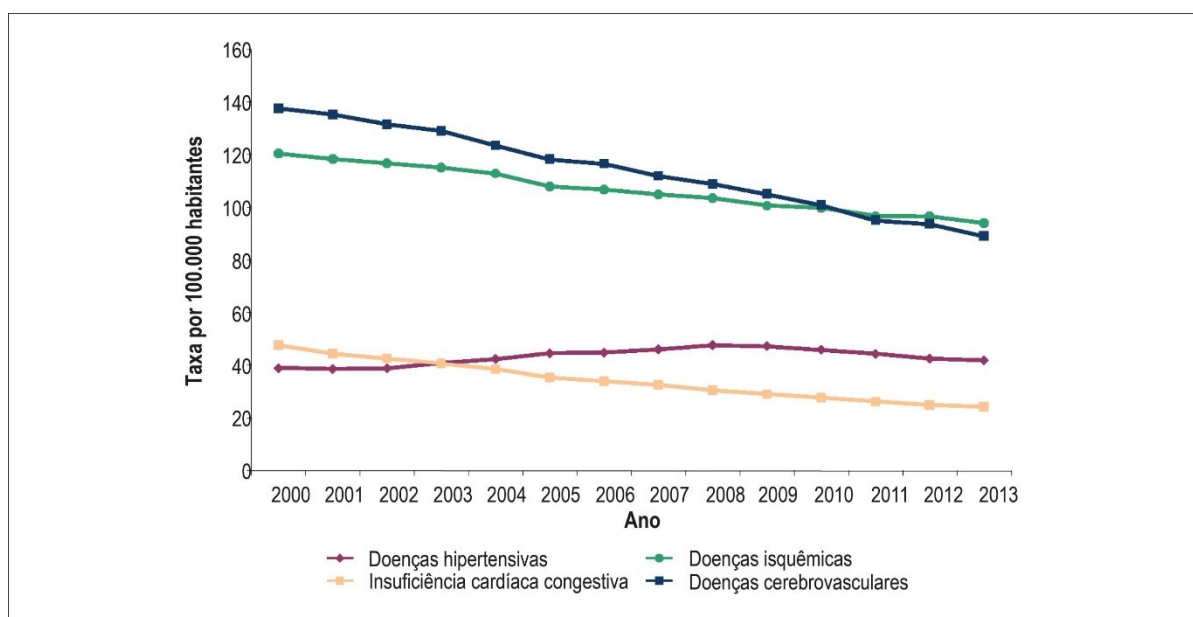
Em 2017, dados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HAS estava associada em 45% destas mortes cardíacas (BRASIL, 2018). No ano de 2017, dados da Carga Global das Doenças (GBD) indicaram que as DCV foram responsáveis por 28,8 % do total de mortes entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O estudo GBD revelou que, em 2017, ocorreram quase 18 milhões de mortes por causas cardiovasculares (31,8% do total de mortes). Ainda, segundo o GBD, observou-se que a elevação da PAS foi o principal fator de risco, responsável por 10,4 milhões de mortes e também responsável por cerca de 40,0% das mortes em portadores de DM (NCD, 2017; GBD, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

As taxas de mortalidade demonstram redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que sofreram aumento entre 2002 e 2009 e passaram a apresentar tendência a redução desde 2010. As taxas de mortalidade por DH oscilaram no período, de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. Já as taxas de mortalidade para as doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013).

Também houve redução da mortalidade por IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013) , conforme observada na figura 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As doenças crônicas vasculares (DCV) também são responsáveis por uma alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A figura 2, mostra a evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde, MS.

Figura. 2 Evolução da taxa de mortalidade por DCV no Brasil de 2000 a 2013. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde, MS.

2.1.4 Prevalência de HAS no Mundo e Brasil

O diagnóstico e o controle da HAS são extremamente importantes para reduzir o risco de IAM e AVC. Nos Estados Unidos, foram analisadas as tendências de prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial no período entre 1999 e 2004. Os resultados verificaram uma prevalência de 29,3%, que quando comparado com o período de 1999 a 2000, não apresentou aumento significativo na sua prevalência nem no tratamento da hipertensão (LIMA *et al.*, 2011).

Em 2014, de acordo com os dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 30,4% dos indivíduos com 20 anos ou mais possuíam HAS. Além disso, os custos anuais no mesmo ano com a HAS nos Estados Unidos, chegavam a 51 bilhões de dólares, sendo que destes, 47,5 bilhões eram destinados a despesas médicas (Lakerveld *et al.*, 2014).

No Brasil, a prevalência varia com a população estudada, no entanto, 25% da população adulta apresenta a doença e estima-se que em 2025 esse número terá um aumento de 60%, atingindo uma prevalência de 40% (SILVA, *et al.*, 2016).

Um estudo de meta-análise comparando 40 estudos transversais e de coorte mostraram tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para 31,0%. Outro estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou uma prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens 40,1% e 32,2% entre mulheres (PICON, *et al.*, 2012; CHOR, 2015).

De acordo com os dados do VIGITEL (2020), a prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 16,9% a 28,5%, respectivamente, sem diferenças inclusive por sexo. Entre adultos com 18 a 24 anos, no ano de 2019, a prevalência foi de 4,1%; 25 a 34 anos, 9,8%, de 35 a 44 anos, 17%; de 45 a 54 anos, 31,6%, 55 a 64 anos, 45,2%; de ≥ 65 anos, 59,3%. Em relação as regiões do Brasil com maior prevalência de HA autor referida, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Distrito Federal (29,6%), em Porto Alegre (27,2%) e Recife (26%); e as menores em Rio Branco (14,9%), São Luís (15%) e Curitiba (16,7%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro

(32,8%), em Recife (30,2%) e Salvador (30%); e as menores em Palmas (17,9%), São Luís (18,5%) e Manaus (19,7%) (BRASIL, 2020).

Em 2014, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a Política Nacional de Saúde (PNS) aferiu a pressão arterial (PA) de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semiautomáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de PA, com intervalos de dois minutos, considerando a média das duas últimas, inseridas em smartphones da pesquisa. A prevalência geral de PA \geq 140/90 mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana de 21,7% em relação à rural 19,8%.

2.1.5 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento sérico de glicose (hiperglicemia), resultante da deficiência na produção de insulina e/ou ação. O DM pode ser dividido em quatro subtipos: diabetes tipo 1 e 2, gestacional e outros tipos específicos (monogênico, neonatal e secundário às alterações de base) (DITEN, 2011).

A classificação da doença segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017/2018) é realizada com base no valor da taxa de glicemia encontrada em exame de sangue, com jejum preconizado de no mínimo 8 horas. Atualmente são três os critérios aceitos para a classificação de DM:

1. Sintomas de poliúria, polidipsia acrescido de valores de glicemia causal $>$ 200 mg/dl (glicemia causal é aquela realizada a qualquer momento, independente do horário das refeições);
2. Glicemia de jejum $>$ 100mg/dl;
3. Glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose $>$ 140mg/dl.

QUADRO 3. Classificação de valores de referência do DM

Classificação de valores normais de glicemia	Glicemia de jejum	Glicemia pós - prandial
Glicemia normal	<100	<140
Intolerância à glicose diminuída	>100 a <125	>140 a <199
Diabetes Mellitus	≥126	≥200
HbA1c	≥ 6,5%	

Fonte: adaptada das Diretrizes de SBD 2017-2018, (2019); ADA (2020)

Atualmente a doença é considerada como uma epidemia mundial, desafiando os sistemas de saúde de todo o mundo. Tal crescimento está associado aos fatores de risco como: estilo de vida sedentário, excesso de peso, alimentação inadequada, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, envelhecimento populacional e, sobretudo, aos fatores genéticos, ambientais, autoimunes ou idiopáticos são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (OLIVEIRA et al., 2017; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; BOTTA, 2015).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Geralmente, acomete indivíduos a partir dos 40 anos, embora se descreva, em alguns países, o aumento na sua incidência em crianças e jovens. Trata-se de doença uma poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos alimentares e sedentarismo, que contribuem para o sobrepeso e a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017; RAO, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia através da realização de quatro tipos de exames bioquímicos: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g de dextrose em duas horas, hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013) e, também, os sinais e sintomas

característicos conhecidos como os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

As complicações relacionadas ao diabetes incluem, entre outras, doenças micro e macro vasculares (retinopatias, neuropatias, nefropatia e doenças cardiovasculares, respectivamente, sendo esta última, a maior causa de óbitos nestes pacientes) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2018).

O tratamento do diabetes envolve o uso de hipoglicemiantes orais ou injeções de insulina via subcutânea, em alguns casos, pode ser necessária a atuação conjunta destes medicamentos, além do controle e monitoramento do nível de glicose no sangue, atividade física regular, controle de peso e mudança dos hábitos alimentares (BRASIL, 2018).

A terapia nutricional é uma das partes primordiais no tratamento do diabetes (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012). Entretanto, a falha na adesão a um padrão alimentar adequado continua a ser um grande desafio referido por pacientes diabéticos e pela equipe multidisciplinar, visto que, a complexibilidade do ato de comer envolve questões emocionais, culturais, sociais, financeiras, não apenas uma questão de ingerir nutrientes (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

2.1.6 Efeitos da DM em relação a morbidades e mortalidade

Tanto a frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência) são informações importantes para o conhecimento da carga da doença. A DM é responsável por 14,5% da mortalidade mundial por todas as causas, e isso é maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas (1,5 milhão por HIV/ AIDS, 1,5 milhão por tuberculose e 0,6 milhão por malária) (IDF, 2015, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) os 10 países com maior número de indivíduos de idade entre 20 a 79 anos com diabetes no ano de 2015, foram:

China 109,6 milhões, Índia 69,2 milhões, EUA 29,3 milhões, Brasil 14,3 milhões, Federação Russa 12,1 milhões, México 11,5 milhões, Indonésia 10,0 milhões, Egito 7,8 milhões, Japão 7,2 milhões e Bangladesh com 7,1 milhões. Com isso, o Brasil ocupava o quarto lugar, o DM estava entre as cinco principais causas de morte, responsável por mais de 59 mil óbitos no ano de 2015.

Nos países desenvolvidos, esse aumento da prevalência ocorre principalmente pela contribuição de indivíduos idosos com diabetes, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional. Já nos países em desenvolvimento, indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, com destaque para a faixa etária de 20 a 44 anos, em que a prevalência deverá duplicar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Constantemente, o diabetes está associado a outras morbidades. O estudo de Rzewuska (2017) utilizou dados da PNS de 2013, e mostrou que, dentre os indivíduos que declararam apresentar diabetes, 26,6% tinham relato de outra morbidade associada; 23,2%, de outras duas; e 32,0%, de outras três ou mais morbidades associadas. O diagnóstico de diabetes apareceu de forma isolada em apenas 18,1% dos indivíduos.

Muitos estudos sobre as causas múltiplas de óbito, que refletem a frequência da DM por ocasião do óbito, têm mostrado o quanto é subestimada a contribuição da doença para os óbitos. Estudos destacando esse aspecto, realizados nos municípios de São Paulo (SP), Botucatu (SP), São Manoel (SP), Salvador (BA) e Recife (PE), mostram que, pela análise da mortalidade por causas múltiplas, a mortalidade por diabetes seria até 6,4 vezes maior. Com isso, a análise da causa de óbito, por tempo de início e duração do diabetes, mostra que o coma cetoacidótico é uma importante causa de óbito para os indivíduos com diagnóstico recente de diabetes tipo 1, assim como a nefropatia diabética, para os indivíduos com longa duração da doença. Nos indivíduos com diabetes tipo 2, as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

2.1.7 Prevalência de DM no Mundo e Brasil

A prevalência é um indicador extremamente importante para mostrar o panorama atual da carga que a doença representa para os serviços de saúde e para a sociedade, bem como um forte indicador da futura carga que as complicações crônicas do diabetes representarão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Em 2017, a estimativa epidemiológica mundial de pessoas de 20-79 anos que viviam com diabetes correspondia a 425 milhões. Com o aumento progressivo da doença, a projeção para 2045 é que esse número seja superior a 629 milhões de casos. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento nas prevalências de diabetes nas próximas décadas (IDF, 2015, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A meta para diminuição das taxas de DM e obesidade é global e prevista até o ano de 2025 (OMS,2020).

Dados indicam que as taxas mais altas de DM foram observadas em países-ilhas do Pacífico, como Tokelau (37,5%), Estados Federados da Micronésia (35,0%) e Ilhas Marshall (34,9%), por exemplo. Também são elevadas, em torno de 20%, em alguns países do Oriente Médio, como Arábia Saudita, Kuwait e Qatar. Na região das Américas, as taxas mais altas encontram-se no México (11,8%), nos Estados Unidos da América (10,9%), no Chile (10,4%), no Canadá (10,2%), em Cuba (9,7%) e no Brasil (9,0%) (IDF, 2015).

No final da década de 1980 no Brasil, estimou-se em 7,6% a prevalência de diabetes na população adulta, já na década de 90, dados apontavam para prevalências mais elevadas, como 15% em Ribeirão Preto (SP) (MARBELI, FRANCO, 1992).

Schmidt *et al.*, 2014 realizou um estudo em seis capitais do Brasil, com servidores de universidades públicas na faixa etária de 35 a 74 anos, incluindo teste oral de tolerância à glicose. Os pesquisadores encontraram uma prevalência de DM de 20%, em que aproximadamente metade dos casos não tinha diagnóstico prévio.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde (MS), estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu possuir diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens, com maior taxa de diabetes (9,6%) nos indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto.

Segundo os dados do VIGITEL 2020, a prevalência de DM autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, a doença variou entre 4,6%, em Porto Velho, e 8,6%, em Porto Alegre. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Distrito Federal (10,7%), em Porto Alegre (8,4%) e São Paulo (7,8%); e as menores em Rio Branco (4,1%), Porto Velho (4,3%) e Palmas (4,5%). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente no Rio de Janeiro (9%), em Belo Horizonte e Fortaleza (8,9%) e Maceió (8,8%); e menos frequente em Porto Velho e Palmas (4,9%), no Distrito Federal (5,1%) e em Macapá (BRASIL, 2020).

Aspectos étnicos são marcantes na prevalência de DM, no Brasil, há uma elevada prevalência (28,2%) entre os índios Xavante do estado de Mato Grosso, o que evidencia a população nativa das Américas como um grupo de maior risco para diabetes. As mudanças no estilo de vida em migrantes também parecem impactar no DM: Estudo realizado na comunidade de origem japonesa no Brasil, mostrou um aumento da prevalência de diabetes, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993, para 34,0%, em 2000, evidenciando o impacto produzido pelas alterações no estilo de vida, em particular no padrão alimentar e no nível de atividade física, em uma população com provável carga genética (GIMENO, 2000).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, (2000) para a 6ª com 11,3%, em 2030 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

2.1.8 Importância do cuidado após o diagnóstico das DCNT

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo. Além do impacto econômico nas famílias e nos governos, levam a um grande número de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida e grandes restrições às atividades de trabalho e lazer (DOMINGUES *et al.*, 2019). Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas de promoção de saúde, para redução de seus fatores de risco, e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento adequado (DOMINGUES *et al.*, 2019).

Visando diminuir a mortalidade prematura em um terço até 2030 em nível mundial, pesquisadores recomendam que sejam tomadas ações para reduzir os principais fatores de risco (tabaco, poluição do ar, má alimentação, inatividade física, consumo de álcool, sobrepeso, obesidade, transtornos mentais), assim como a melhora da detecção e o tratamento das DCNT (MALTA, NETO, SILVA JR, 2011).

De acordo com a OMS (2019) cerca de 3,2 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à atividade física insuficiente, a redução do tempo sedentário, mesmo que por curto período de tempo, diminui o risco de mortalidade. A prática regular de atividade física diminui a incidência de HAS e DM. Além disso, os hipertensos que alcançam as recomendações de prática de atividade física. Para a saúde apresentam uma redução de 27 a 50% no risco de mortalidade, mas níveis menores também apresentam efeito benéfico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O consumo nocivo do álcool é responsável por 5,9% do total de mortes no mundo. O hábito de fumar apesar de estar diminuindo a cada ano, ainda mata 428 pessoas por dia no Brasil, em decorrência de doenças causadas pelo tabaco. No total são 156.216 óbitos por ano, o que equivale a 12,6% de todas as mortes ocorridas no país (OMS, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT elaborado pelo Ministério da Saúde (2011) foi elaborado para enfrentar e deter o crescimento das DCNT até 2022. O documento aborda diretrizes e ações considerando três eixos importantes, como:

- a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) Promoção da saúde;
- c) Cuidado integral.

Dentre as medidas protetoras se destacam:

- a) Ações contra o consumo abusivo de tabaco e bebidas alcoólicas;
- b) Redução do sal nos alimentos;

- c) Eliminação das gorduras trans;
- d) Promoção da amamentação adequada;
- e) Restrições sobre o marketing de alimentos, especialmente para crianças.

A partir de 2020, foram feitas algumas modificações e nesse sentido incorporaram ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (2011 a 2022) um novo plano estratégico com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030 , sendo essas as metas estabelecidas para as DCNT : “reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de mama em 10%”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias de colo do útero em 20%” e “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias do aparelho digestivo em 10%” no Brasil até 2030 (BRASIL, 2020).

2.1.9 Principais fatores de redução das co-morbidades e complicações com práticas de controle de DCNT

2.1.9.1 Alimentação

A educação em saúde com foco nos hábitos alimentares é essencial para o acompanhamento nutricional de pacientes com quaisquer DCNT. Na maioria dos casos, se usados, esses hábitos retardarão o aparecimento de complicações devido ao DM e HAS (BRASIL,2013).

Evidências crescentes têm demonstrado relação entre doenças crônicas e a alimentação inadequada, caracterizada pelo alto consumo de alimentos ultraprocessados. Tais alimentos costumam possuir elevada densidade energética, além de serem ricos em açúcar, gorduras (principalmente trans) e/ou sódio. Ainda, eles possuem características, como alta palatabilidade e conveniência, que favorecem o consumo excessivo de calorias, por serem de rápido consumo e pela sua praticidade (BRASIL, 2018).

O princípio de uma dieta saudável é comer alimentos frescos e minimamente processados (como grãos e tubérculos, feijão, frutas, vegetais, carnes, peixes, ovos e leite desnatado) todos os dias, para que os alimentos possam fornecer água e nutrientes necessários para o bom funcionamento do organismo (BRASIL, 2018).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2018) apresenta orientações voltadas à prevenção e ao cuidado das DCNT.

Refere os dez passos para alimentação adequada e saudável, que são eles:

- 1) Alimentos *in natura* ou minimamente processados como a base da alimentação;
- 2) Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar/cozinhar alimentos;
- 3) Limitar o consumo de alimentos processados;
- 4) Evitar o consumo de ultraprocessados;
- 5) Comer com regularidade e atenção, com companhia, sempre que possível;
- 6) Fazer compras em locais com variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados;
- 7) Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;
- 8) Planejar o uso do tempo para a alimentação;
- 9) Quando fora de casa, dar preferência para locais que servem refeições feitas na hora;
- 10) Ser crítico quanto a informações e orientações sobre alimentação em propagandas comerciais.

Nos próximos capítulos serão abordadas as recomendações voltadas a portadores de DM e/ou HAS.

2.1.9.2 Atividade Física

Promover um estilo de vida mais ativo e saudável é uma estratégia utilizada para desenvolver melhoria em saúde e na qualidade de vida da população. A prática de atividade física (AF) é fator de proteção para um conjunto de doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio,

câncer de mama e de cólon, depressão, entre outras (BRASIL, 2018; LEE *et al.*, 2012).

Indivíduos que não praticam atividade física apresentam risco aumentado para estas doenças, além de apresentarem menor expectativa de vida (BRASIL 2013). A prática de AF é indicada a todo indivíduo hipertenso, uma vez que tais hábitos associados à redução do peso e menor ingestão de sódio e álcool podem reduzir a pressão arterial em até 10 mmHg (BRASIL, 2013).

Ainda, é importante a incorporação destas práticas a todo hipertenso com excesso de peso, pois a diminuição de 5% a 10% do peso corporal é suficiente para reduzir a pressão arterial também. Aos indivíduos diabéticos, também se recomenda a prática de atividade física, pois contribui no controle metabólico, melhora a qualidade de vida, diminui as chances de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Sua prática é considerada prioritária, uma vez que a atividade física faz parte do tratamento da doença em questão (SIGAL, *et al.*, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

A OMS (2010) recomenda a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividades físicas de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos de atividades físicas de intensidade vigorosa, uma combinação de atividades físicas de diferentes intensidades. Com o objetivo de alcançar as recomendações propostas, a prática de AF pode ocorrer em diferentes contextos, como no lazer, no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas.

A clássica recomendação de 150 minutos de atividade física, moderada ou vigorosa, por semana tem a finalidade de promover um estilo de vida ativo e livre de doenças crônicas (WHO,2010).

Como exemplos de atividades físicas de intensidade leve ou moderada: caminhada, musculação, hidroginástica, dança e ginástica em geral. Já para atividades físicas de intensidade vigorosa: corrida, esportes coletivos no geral, ginástica aeróbica, entre outras atividades que devem aumentar a frequência cardíaca muito além dos níveis de repouso (AINSWORTH, *et al.*, 2012)

Atualmente, consideram-se recomendações diferenciadas para as populações adulta e idosa. Para os adultos, recomenda-se, pelo menos, 150 minutos de atividade física moderada na semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa.

É importante lembrar que as atividades devem ser praticadas por, pelo menos, 10 minutos contínuos (WHO, 2010).

Para os idosos, a mesma recomendação de 150 minutos semanais é válida. No entanto, recomenda-se ainda, para fortalecimento muscular, atividades de resistência, com 8 a 10 exercícios por dois dias na semana. E, para manter a flexibilidade, é aconselhável realizar atividades que aumentem a flexibilidade corporal, durante 10 minutos, duas vezes na semana. Vale ressaltar que estas recomendações de atividade física sobrepõem-se as atividades instrumentais da vida diária (NELSON, *et al.*, 2007)

2.1.9.3 Tabaco

De acordo com Malta *et al.* (2015) em 4 de dezembro de 2014, a Portaria Interministerial nº 2.647, regulamentou o uso de tabaco fumado em ambientes coletivos e estabeleceu normas de proteção para os trabalhadores. Em 2005, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e desde então, esse tratado passou a ser a base da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) com a implementação de uma série de acordos e medidas. Desse modo, tem-se usado o controle do tabaco no país e com isso diminuindo as DCNT pelo fumo :

- a) proibição da venda de produtos de tabaco para menores;
- b) proibição do uso de tabaco fumado em lugares e meios de transporte coletivos fechados;
- c) inclusão de advertências nos maços de cigarros sobre os perigos do consumo de tabaco;
- d) aumento de impostos e preços sobre os produtos do tabaco;
- e) proibição da propaganda, do patrocínio e da promoção do tabaco.

2.1.9.4 Consumo de álcool

O consumo de álcool contribui para mais de 3 milhões de mortes em todo o mundo a cada ano e mais de 5% da carga global de doenças e lesões, de acordo com o Relatório de Status Global da OMS (GSR) sobre Álcool e Saúde 2018, recentemente publicado. É também um importante fator de risco para DCNT, incluindo câncer e doenças cardiovasculares, doenças transmissíveis como TB e HIV / AIDS, violência e lesões. Globalmente, o consumo de álcool é o sétimo principal fator de risco para morte prematura e invalidez (WHO,2018).

A OMS (2018) por meio da iniciativa SAFER (sigla com as iniciais das iniciativas em inglês), traz um pacote técnico com cinco estratégias de alto impacto para reduzir o uso nocivo do álcool e suas consequências sociais, econômicas e de saúde.

O SAFER fornece cinco ações estratégicas de alto impacto que são priorizadas para implementação para promover a saúde e o desenvolvimento:

1. Fortaleça as restrições à disponibilidade de álcool.
2. Avançar e aplicar contra-medidas ao dirigir sob o efeito do álcool.
3. Facilite o acesso a exames, intervenções breves e tratamento.
4. Aplique proibições ou restrições abrangentes à publicidade, patrocínio e promoção de bebidas alcoólicas.
5. Aumente os preços do álcool por meio de impostos especiais de consumo e políticas de preços.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), são necessárias ações para reduzir a carga sobre os danos relacionados ao álcool em países de baixa, média e alta renda. Para que os países obtenham sucesso nestas estratégias, são necessárias fortes vontades políticas, com disponibilidade de recursos adequados e capacidade técnica e institucional em âmbito nacional; fortes sistemas de monitorização que apoiem a implementação, para permitir a responsabilização e acompanhamento de progressos; proteção das medidas de controle do álcool, garantindo que sejam orientadas e formuladas por interesses da saúde pública e protegidas da interferência da indústria e dos interesses comerciais. Por fim, enfatizar a importância da construção de parcerias entre governos, filantropia, sociedade civil e do setor privado para apoiar as ações nacionais (WHO, 2018).

2.1.10 Alimentação, tabaco, inatividade física e consumo de álcool e seus efeitos na saúde do DM

As medidas não farmacológicas incluem modificações da dieta alimentar e atividade física, constituindo, portanto, mudanças do estilo de vida (BRASIL, 2018).

A terapia nutricional é importante na prevenção do DM e no retardo das complicações associadas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). As modificações na alimentação são reconhecidas como um importante recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (KIRSTEN et al., 2010).

A alimentação está relacionada diretamente com alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle do DM tipo 2 e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES, 2019; WHO, 2018).

Já o tabaco pode levar a complicações cardiovasculares, renais e oculares. Sendo as principais complicações do tabagismo o comprometimento progressivo do sistema cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019)

A falta da atividade física pode atrapalhar o trabalho muscular, perdendo massa magra, descontrole da glicemia, bem como diminui estoques de glicogênio muscular acarretando perdas muito significativas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em relação ao álcool, o mesmo é totalmente prejudicial, pois o fígado não consegue fazer o seu papel, desregulando a quantidade de açúcar no sangue acarretando em uma hipoglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Porém a Sociedade Americana de Diabetes (2019) recomenda o consumo de no máximo 1 drink por dia para mulheres e 2 drinks por dia para homens. Já a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) recomenda para adultos com diabetes, a ingestão diária de álcool deve ser limitada a uma dose ou menos para mulheres e a duas doses ou menos para homens.

2.1.11 Diretrizes para controle do DM

Mudança do estilo de vida é a principal recomendação para o paciente diabético. Estudos epidemiológicos e intervencionistas sugerem que a perda de peso seja a principal forma de reduzir o risco de diabetes. Os principais objetivos da intervenção intensiva, comportamental e de estilo de vida do DM resumem-se em alcançar e manter no mínimo 7% de perda de peso e 150 minutos de atividade física por semana. programas de estilo de vida que atingem um déficit energético de 500 a 750 kcal/dia ou proporcionam de 1.200 a 1.500 kcal/dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal/dia para homens, ajustados ao peso corporal inicial do indivíduo. Para muitos obesos com DM2, a perda de peso de 5% promove resultados benéficos quanto a controle glicêmico, lipídios e pressão arterial, sendo a perda de peso sustentada de $\geq 7\%$ a ideal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em relação aos Macronutrientes: A Sociedade Brasileira de Diabetes(2019) recomenda um consumo calórico de Carboidratosque contribua com 45 a 60% do Valor Energético Total (VET), o consumo não deve ser inferior a não 130 g/dia, e deve priorizar-se o consumo de carboidratos complexos. A Sacarose deve compor como máximo, 5 a 10% do VET e não se recomenda a adição de frutose aos alimentos. No que se refere às fibras, o consumo mínimo recomendado é de 14 g/1.000 kcal a 20 g/1.000 kcal. Para DM2, recomenda-se utilizar de 30 a 50 g/dia.

Em relação as Gorduras totais, estas devem constituir de 20 a 35% do VET; dando preferência para ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados; recomenda-se limitar as gorduras saturadas em até 10% e manter uma dieta isenta de gorduras trans (SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES, 2019). .

Quanto às proteínas, estas devem contribuir com 15 a 20% do VET. Em relação aos micronutrientes, as vitaminas e minerais seguem as recomendações da população sem diabetes e o sódio não deve ultrapassar 2000mg/día (SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES, 2019).

2.1.12 Alimentação, tabaco, inatividade física e consumo de álcool e seus efeitos na saúde do HAS

As mudanças no estilo de vida são essenciais para o tratamento. A alimentação inadequada potencializa a HAS, por ser pobre em nutrientes e apresentar excesso de alimentos industrializados. Porém a utilização de dietas radicais e muito restritivas podem resultar no abandono ao tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle da hipertensão, e parece potencializar a interrupção do uso de medicamentos antihipertensivos. No entanto, não há evidências que a cessação do tabagismo reduza a pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

A inatividade física tem sido considerada o maior problema de saúde pública. Por ser o mais prevalente dos fatores de risco e a segunda causa de morte no mundo. Há relação direta entre o tempo sentado ou o tempo de televisão com o aumento da pressão arterial. Recomenda-se a redução do tempo sentado, levantando-se por pelo menos 5 min a cada 30 min sentado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

O consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HAS. Estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

2.1.13 Diretrizes para controle da HAS

De acordo com as diretrizes para controle da HAS, a manutenção de um peso adequado é essencial para o controle da HAS. A diretriz atual recomenda a manutenção de um IMC < 25 kg/m² até 65 anos e < 27 kg/m² após 65 anos, assim como uma circunferência abdominal < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) é a dieta mais recomendada, a qual enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar parece reduzir a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Em relação ao consumo diário de sódio, se recomenda limitá-lo a 2,0 g ou seja, 5 g de cloreto de sódio. Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Finalmente, a prática de no mínimo 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana é fortemente recomendada em hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

2.1.14 Educação e auto-cuidado em saúde

O diagnóstico de DCNT significa mudanças importantes na vida dos pacientes. Como resultado, os pacientes passam a necessitar de cuidados integrais, envolvendo todos os aspectos da fisiologia, sociedade, economia e psicologia, resultando em um sentimento quase incontrolável sobre suas próprias vidas. Muitas vezes, o conhecimento da própria doença pelo paciente é rejeitado, o que está relacionado principalmente à falta de compreensão das complicações tardias, o que dificulta a adaptação do paciente ao tratamento e a mudança no estilo de vida. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de técnicas de estímulo e treinamento que promovam o autocuidado para promover mudanças específicas no comportamento do paciente, a fim de conferir-lhe autonomia no cuidado relacionado à doença (MAGRI, *et. al.* , 2020).

A falta de escolaridade, somada à falta de linguagem e às diferentes interações entre profissionais de saúde e pacientes, estão diretamente relacionadas à baixa adesão às práticas farmacológicas, principalmente às não farmacêuticas, essenciais para o

processo de educação em saúde do DM e a HAS, tornam-se um obstáculo para o processo de autocuidado (DIAS et al., 2017).

A educação em saúde é um instrumento que contribui para as escolhas conscientes dos usuários, principalmente ao se tratar do conhecimento da doença, a fim de refletir autonomia e favorecer um cuidado direcionado para suas reais necessidades (ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2014).

Dessa forma, a abordagem educativa deve fundamentar-se em uma visão total do indivíduo, compreendendo-o como ser biopsicossocial para que se possa ir além da patologia e de seus sofrimentos, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes (MAGRI, *et. al.* , 2020).

Nesse contexto, são necessárias atividades educativas que possam ser facilmente realizadas por profissionais capacitados, que produzam resultados de curto prazo e melhorem a capacidade do paciente de autogerenciar suas doenças, adaptar essas práticas ao seu dia a dia e, assim, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (MAGRI, *et. al.* , 2020).

Nesse sentido, o desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, entretanto essa possibilidade relaciona-se ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população. Portanto, torna-se imprevisível e necessário conhecer a realidade educativa a partir da visão dos usuários foco da atenção do sistema de saúde e contrapor a lógica da maioria dos estudos encontrados na literatura que trabalham a temática a partir da ótica dos profissionais (FREIRE, 2011) .

A seguir, no quadro 4, são apresentados os estudos que avaliaram a adesão ou mudança de hábitos alimentares a partir do diagnóstico de HAS e/ou DM.

QUADRO 4. Estudos que avaliaram a adesão/mudança de hábitos alimentares após o diagnóstico de DM e/ou HAS

Autor e ano de publicação	País, Grupo avaliado, Faixa etária, Tamanho da amostra	Exposição (se diabetes ou HAS, ou ambas) Critério de avaliação	Desfecho (se mudança nos hábitos, ou aquisição dos hábitos)	Instrumento de avaliação de consumo alimentar	Tipo de estudo	Resultados principais
Giroto et al., 2013	Brasil, n= 385, ambos os sexos, 20 a 79 anos	Hipertensos	Houve mudança da alimentação.	Autorrelato por meio de entrevista	Transversal, exploratório	266 (69,1%) referiram mudanças da alimentação. Hipertensos do sexo masculino, com escolaridade igual ou superior à 4ª série, que receberam pelo menos uma consulta ao ano, com diabetes e sem relato de colesterol elevado mostraram-se mais aderentes à atividade física regular. A realização de dieta associou-se à escolaridade inferior à 4ª série e ao fato de ter recebido no mínimo uma consulta ao ano. Tais resultados demonstram níveis variados de adesão ao tratamento e evidenciam a importância de ações integrais na atenção ao hipertenso.
Figueiredo NN, Asakura L., 2010	Brasil N=54 ambos os sexos. 30 e 90 anos.	Hipertensos	Adesão às prescrições dietéticas	Informações de prontuário seguida de entrevista de um único pesquisador	corte transversal	Dentre os 54 pacientes hipertensos 66,7% eram do sexo feminino. As médias da pressão arterial (mmHg) sistólica e diastólica foram 138 e 83, respectivamente, mas apenas metade dos pacientes apresentava pressão arterial controlada. Observou-se associação entre o conhecimento sobre a doença e o seguimento das orientações para o tratamento da hipertensão.
Klinovszky et al., 2019	N= 113 ambos os sexos 20-85anos	Diabéticos	Adesão da dieta associado aos fatores psicodemográficos	Questionário	Estudo transversal	Alto nível de adesão à medicação se correlacionou negativamente com a adesão ao estilo de vida. A análise de regressão multivariada mostrou que a adesão ao monitoramento da glicose no sangue é principalmente prevista pelo HLOC externo-social, autoeficácia do diabetes e HLOC interno, enquanto a adesão à dieta é prevista pela autoeficácia do paciente e pela duração da doença. compreender e seguir o tratamento do diabetes foram significativamente associados à adesão à

						dieta e aos altos níveis de autoeficácia do paciente
Pontieri & Bachion , 2010	Brasil, n= 9 Ambos o sexo 30 a 75 anos	Diabéticos	Adesão da dieta	Entrevista	Estudo transversal	Os resultados obtidos nos exames de hemoglobina glicosilada aplicados revelaram níveis entre 7,3 a 13,9%, pode significar baixa adesão ao tratamento e/ou medicação inadequada. No processo de análise das falas, foram identificadas duas categorias, denominadas "Recomendações recebidas sobre a alimentação" e "Adesão à terapia nutricional".
Ribeiro et al , 2011	Brasil. N=28 mulheres	Hipertensos	Adesão a dieta	Informações de orientação de educação nutricional por meio de oficina e orientação familiar	Ensaio clínico randomizado	A média de idade foi de 55,6 (± 2,8) e 50,7 (± 6,5) nos grupos 1 e 2, respectivamente. A estratégia de orientação domiciliar promoveu maior aderência às mudanças dietéticas, levando a uma melhora estatisticamente significativa nos parâmetros clínicos, antropométricos, bioquímicos e dietéticos. O grupo 2 reduziu o consumo de alimentos de risco (p = 0,01), óleo (p = 0,002) e açúcar (p = 0,02), e diminuiu o índice de massa corporal (-0,7 kg / m ² ; p = 0,01); circunferência da cintura (-4,2 cm; p = 0,001), pressão arterial sistólica (-13 mm HG; p = 0,004) e glicemia (-18,9 mg / dl; p = 0,01). No grupo 1, apenas a circunferência da cintura (-2 cm; p = 0,01) mudou significativamente.
Michels et al , 2010	Brasil n=105 ≥ 30 anos ambos os	Diabéticos	Adesão a dieta	Questionário	Estudo transversal	A avaliação da aderência aos itens do QAD mostra os níveis de aderência às atividades de autocuidado da população avaliada neste estudo e

	sexo					permite a comparação entre as diferentes atividades de autocuidado nos pacientes diabéticos. Nos pacientes avaliados, aderência da dieta em (5,45±2,33 dias por semana)
Martins et al, 2014	Brasil n=140	Hipertensos	Adesão a dieta	Questionário - Dados secundários (SIS Hiperdia)	Estudo transversal	Quanto à distribuição da não adesão dos hipertensos ao tratamento associada à orientação exclusiva realizada pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, os hipertensos apresentaram 2,21 vezes mais chance de ser “não aderente” ao tratamento em relação àqueles não orientados pelo ACS, independente da renda familiar, do uso de medicamentos e de cigarros
Kröger et al, 2014	Germania n=12.403 ambos os sexo	Diabéticos	Aquisição de hábitos	Questionário	Coorte	Após ajuste multivariável, incluindo tamanho corporal, os escores aHEI e DASH não se associaram significativamente ao diabetes, embora para o aHEI tenha havido tendência de associação inversa em países com média de idade mais elevada. Observamos associações inversas das três pontuações de padrão dietético derivadas de RRR com diabetes: HRs (IC de 95%) para uma diferença de 1-SD foram 0,91 (0,86, 0,96), 0,92 (0,84, 1,01) e 0,87 (0,82, 0,92) . As meta-análises de efeitos aleatórios revelaram heterogeneidade entre os países, explicada por diferenças na idade dos participantes ou na distribuição da ingestão alimentar.
Destri,Zanini & Assunção, 2017	Brazil n=422 ≥18 anos Ambos os sexos	Diabéticos e hipertensos	Adesão a dieta	Questionário (dados secundários)	Estudo transversal	os alimentos que tiveram maior frequência de consumo recomendada foram salada crua (60,7%), frutas (73,0%), lácteos (61,4%), frituras (57,3%), salgados (66,4%) e refrigerantes (76,3%); embutidos e doces foram os alimentos

						que tiveram maior frequência de consumo não recomendado, 34,8% e 23,9% respectivamente; a prevalência de consumo semanal recomendado de frutas foi 19% maior entre mulheres (p=0,004). o consumo alimentar na população do estudo parece estar de acordo com as frequências recomendadas, especialmente entre mulheres.
Bernini et al, 2017	Brasil , acima de 40 anos ambos os sexo. N=60	Diabéticos	Adesão a dieta	Questionário	Estudo transversal	A amostra foi de 59 indivíduos, com idade de 63,5 ± 10 anos, peso de 79 ± 13 kg e índice de massa corporal de 29 ± 4 kg/m ² . O questionário B-PAID indicou escore de 19 (11 a 48) pontos, demonstrando baixo sofrimento emocional, o DQOL indicou que as preocupações mais frequentes foram complicações decorrentes do DM e o QAD encontrou menor aderência no item “Ingerir doces” . Apenas 20% Preocupam-se com a comida e o que comer
Baldoni & Fabbro, 2017	Brasil. ≥ 18 anos , N=100	Diabéticos	Aquisição da dieta	Entrevista	Estudo transversal	Mediante a indicação do tamanho da porção de alimento foi possível calcular o Valor Calórico Total (VCT) e com isso constatouse que a média diária de calorias consumidas pelos entrevistados foi de 1500 kcal, mediana e desvio padrão de 1431, 5 e 459. Já a média da TMB de 1619,5 kcal, mediana e desvio padrão de 1563 kcal e 380. Com relação ao consumo alimentar, 49% informaram não realizar a quantidade recomendada de refeições diárias (6 refeições/ dia) No que se refere à proporção de carboidratos, proteínas e lipídeos, 64%, 60% e 81%, respectivamente consomem a quantidade adequada; e com relação às fibras 79% consomem mais que 20 gramas por

						dia.O consumo adequado de macronutrientes apresentou associação com a escolaridade e com ter convenio de saúde privado
Chollou et al , 2020	Irã. ≥30 anos n= 192 ambos os sexo	Diabéticos	Adesão da dieta	Questionário	Estudo transversal	Os comportamentos de autocuidado em conjunto com as dimensões da PA explicaram 80,4% da variância da HbA1c. Dos fatores, dieta e exercícios são os fatores mais importantes associados ao controle glicêmico. Portanto, estratégias para melhorar os comportamentos de autocuidado dos pacientes, especialmente a dieta saudável, devem ser desenvolvidas no planejamento da educação dos pacientes diabéticos para o controle da HbA1c entre os pacientes com DM2. Vários estudos encontraram a associação protetora entre a adesão à dieta e a melhora no controle do diabetes

3 MÉTODOS

População e coleta de dados Estudo EpiFloripa

Local do estudo

O estudo EpiFloripa foi realizado na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, sul do Brasil. A população de Florianópolis era de 427.298 habitantes em 2011, com 97% dos residentes na zona urbana. Em 2008 o município apresentava uma razão de dependência de 44,8%, e em 2000 o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) foi de 0,875, considerado alto para os parâmetros brasileiros (4^a posição dentre os municípios brasileiros). A mortalidade infantil foi de 8,3/1000 nascidos vivos em 2010-11 e a expectativa de vida de 75,8 anos.

População de referência do estudo

Os dados do projeto são provenientes do estudo de base populacional EpiFloripa Adulto, que teve o seu primeiro levantamento de dados em 2009, sendo que em 2012 foi realizada uma segunda coleta. O estudo EpiFloripa ocorreu durante os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010; com 35 entrevistadoras, onde pesquisaram as condições de vida e saúde de uma amostra composta de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade (taxa de resposta de 85%), representativa de todas as regiões e condições sociais e econômicas da cidade de Florianópolis. A amostragem foi por conglomerados, sendo que em cada residência sorteada, todos os adultos responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, auto-avaliação das condições de saúde, ocorrência de doenças crônicas e de dor, hábitos alimentares, prática de atividade física, condições de saúde bucal, uso de medicamentos e de serviços de saúde, saúde mental e violência

doméstica. Além do questionário, os participantes da pesquisa foram pesados, medidos e tiveram a circunferência da cintura e pressão arterial verificadas.

Cálculo do tamanho de amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra do EpiFloripa 2009, foi utilizado a fórmula para cálculo de prevalência por meio do programa Epi-Info versão 6.04 de domínio público. Utilizou-se a equação para o cálculo de prevalência, considerando os seguintes parâmetros: população de referência, nível de confiança em 95%, prevalência para os desfechos desconhecidos em 50%, erro amostral de 3,5 pontos percentuais, efeito de delineamento (deff) de 2,0, percentual (%) de perdas estimadas em 10%. Considerando ainda que o EpiFloripa tinha por objetivo avaliar diferentes associações, as quais precisariam ainda de ajuste para fatores de confusão, foram acrescentados 15% ao tamanho final da amostra. Por meio da aplicação desses parâmetros, obteve-se o tamanho da amostra de 2.016 pessoas. O processo de amostragem foi efetuado através de conglomerados em virtude de sua praticidade. As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários, unidades de recenseamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada. A unidade de segundo estágio foi o domicílio. A unidade de análise do estudo foi o indivíduo. Assim, todos os adultos de cada domicílio sorteado eram elegíveis.

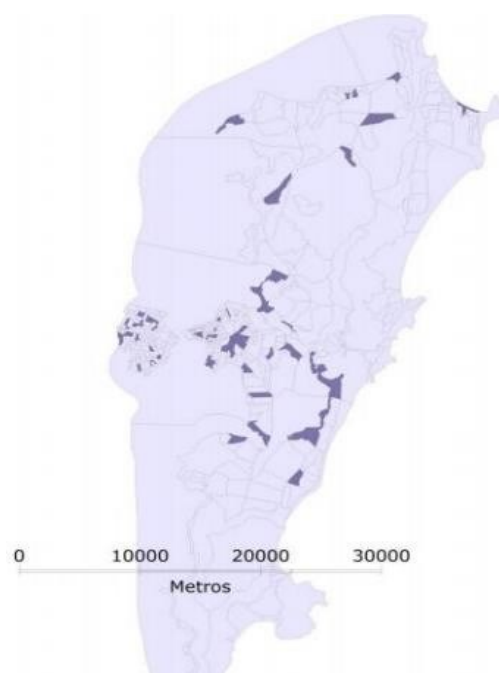
Cálculo do número de domicílios a serem visitados em cada setor censitário

Foram sorteados aleatoriamente 60 setores censitários domiciliares urbanos para o estudo, dentre os 420 setores existentes na cidade. Estes setores estão agregados em dez distritos. Os 420 setores censitários urbanos foram estratificados segundo os decis de renda do chefe de família (R\$ 192,80 a R\$ 13.209,50) e sorteados sistematicamente 60 setores (fração de amostragem igual a sete), totalizando seis setores em cada decil. Dessa forma, foi assegurada a representatividade socioeconômica da amostra. Dois setores foram sorteados para o estudo piloto, um do primeiro decil de renda e o outro do

último decil de renda. O número médio de moradores por domicílio equivalia a 3,1. Considerando que em cada um dos setores censitários de Florianópolis tinha, em média, 300 domicílios, estimou-se uma média de 930 pessoas por setor, estando 57% destas (530 pessoas por setor) na faixa etária de interesse para a pesquisa. Após a obtenção dos mapas dos 60 setores censitários sorteados, distribuídos no município de acordo com a figura abaixo, em cada um deles foram identificados os quarteirões domiciliares, os quais foram numerados. Posteriormente foi realizado o reconhecimento e atualização (arrolamento) do número de domicílios dos setores sorteados pelos supervisores do estudo, alunos de pós-graduação, com o auxílio dos mapas dos setores censitários (Figura 4 A) fornecidos pelo IBGE, de mapas oriundos do Google Maps (Figura 4B) e de imagens de satélite obtidas junto ao Google Earth (Figura 4C e 4D). Nessa etapa, os supervisores percorreram os setores e verificaram os endereços, rua por rua, de todos os domicílios ocupados na maior parte do ano. Essa etapa permitiu a atualização do número de domicílios de cada setor e a estimativa do número de moradores em cada setor.

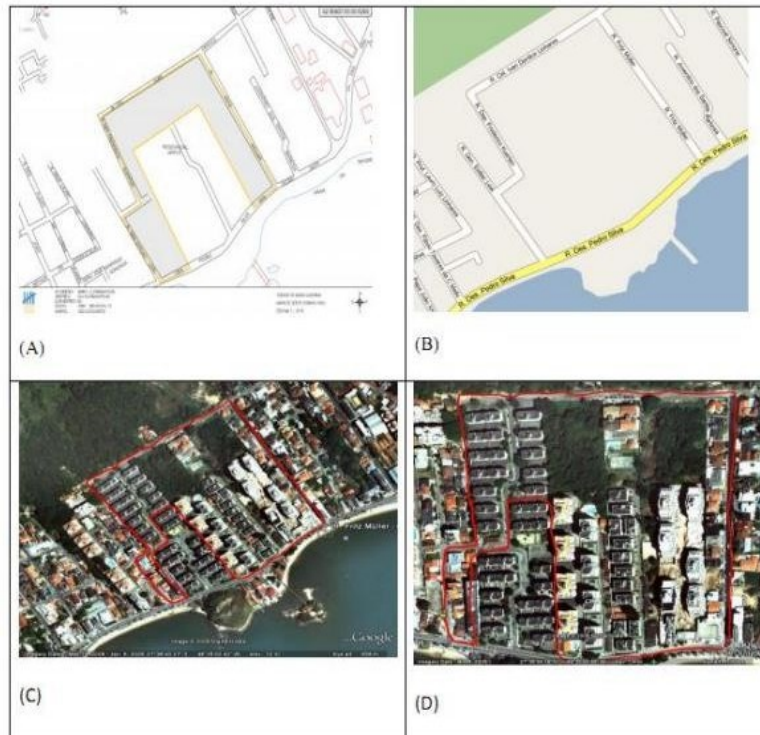
Figura 3. Setores censitários selecionados para o estudo EpiFloripa Adultos 2009 na cidade de Florianópolis, SC, Brasil

Figura 4. Mapas dos setores censitários fornecidos pelo IBGE (A), Google Maps (B) e



Google Earth (C e D)

Três setores foram divididos em dois e seis foram agrupados em três, para



diminuir a variabilidade entre o número de domicílios em cada um deles, e permitir uma amostra auto ajustada. Resultaram 63 setores censitários após este processo, totalizando 16.755 domicílios elegíveis. Logo 1.134 domicílios foram sistematicamente selecionados para o estudo. Em média, 32 adultos foram selecionados em cada setor censitário com a intenção de reduzir a variabilidade. Para o estudo foi sorteado o domicílio de início do trabalho em cada setor a partir de sorteio causal simples. Por exemplo, se em um setor tivesse 330 domicílios e o número necessário estimado de domicílios a serem visitados para se encontrar os adultos proporcionalmente ao tamanho do setor for de 15 ($330/15=22=k$), foi sorteado um número entre 1 e 22 para o início do trabalho de campo, e depois um “pulo de 22” a partir do número sorteado e assim por diante percorrendo o trajeto no sentido horário. Em cada um dos setores o procedimento foi o mesmo.

O estudo Epifloripa Adulto 2012 surgiu a partir da vontade de continuar acompanhando as condições de saúde da população de Florianópolis, avaliando de maneira mais aprofundada as condições de saúde bucal, a alimentação, verificar a evolução dos indicadores de obesidade geral e central, de pressão arterial, trajetória socioeconômica das famílias, experiências discriminatórias ao longo da vida, percepção da imagem corporal na infância e qualidade de vida. Assim, no ano de 2012 os mesmos indivíduos foram acompanhados e os detalhes metodológicos dessa segunda visita estão descritos a seguir.

Localização dos participantes

No ano de 2011, quase 90% dos participantes foram contatados por telefone, usando os contatos que foram coletados em 2009. Com essa estratégia, outros dados telefônicos foram coletados e os endereços e assim foram atualizados. Um e-mail com os resultados principais do levantamento da fase I foi enviado a todos os participantes com endereço de e-mail em funcionamento para aumentar o número de contatos disponíveis e facilitar a adesão à pesquisa. O estudo EpiFloripa 2012 foi também amplamente divulgado nos meios de comunicação (programas de rádio, telejornais, site da universidade) e foi criado um site do estudo (www.epifloripa.ufsc.br) com ajuda de um bolsista do curso de jornalismo, cujo os resultados da primeira onda, assim como informações relevantes são constantemente atualizadas com a intenção de manter um vínculo com o participante. A página apresenta também um espaço que permitiu com que o participante conseguisse atualizar os dados de telefone e endereço em caso de mudança.

Agendamento e realização de entrevistas

A coleta de dados deste novo acompanhamento iniciou em abril de 2012 foi concluída em março de 2013. Nesta fase, oito dentistas foram treinados e regulado para aplicar os questionários, realizar as medidas biológicas e fazer o exame de saúde bucal dos 1.720 participantes entrevistados na linha de base. As entrevistas eram agendadas através de contato telefônico, em dia e horário escolhido pelo participante. Nos casos de insucesso no agendamento telefônico (telefone inexistente, após pelo menos cinco tentativas infrutuosas de contatar o participante via telefônica ou no caso de participantes sem contato atualizado), o entrevistador recebia uma lista com a identificação, nome e endereço do participante (dados mais atuais disponíveis) e se dirige até o domicílio do mesmo na tentativa de agendar ou realizar a entrevista no momento.

Informações coletadas

O inquérito domiciliar investigou as condições de saúde geral, bucal e nutricional, através da aplicação de um questionário sobre condições demográficas, avaliação da qualidade de vida, capital social, alimentação (através do IR24h – anexo 1), experiências discriminatórias ao longo da vida, renda e questões de saúde bucal. Além do questionário (anexo 2), os participantes foram pesados, tiveram a circunferência da cintura aferida, a pressão arterial verificada e a saúde da boca foi examinada pelos dentistas para avaliação de presença de cáries e doença periodontal. Em outro momento foi realizado por telefone em 40% da amostra para aplicação de segundo IR24h por estudantes de nutrição e nutricionistas formadas previamente treinadas e padronizadas.

Critérios de elegibilidade, exclusão, perdas e recusas

Foram incluídos todos os adultos de 22 a 61 anos (que na fase I tinham entre 20 e 59 anos) que participaram da linha de base do EpiFloripa e concordaram participar dessa fase do estudo. Mulheres após o terceiro mês de gravidez ou que tiveram filho nos últimos três meses e aqueles indivíduos que passaram por alguma cirurgia abdominal

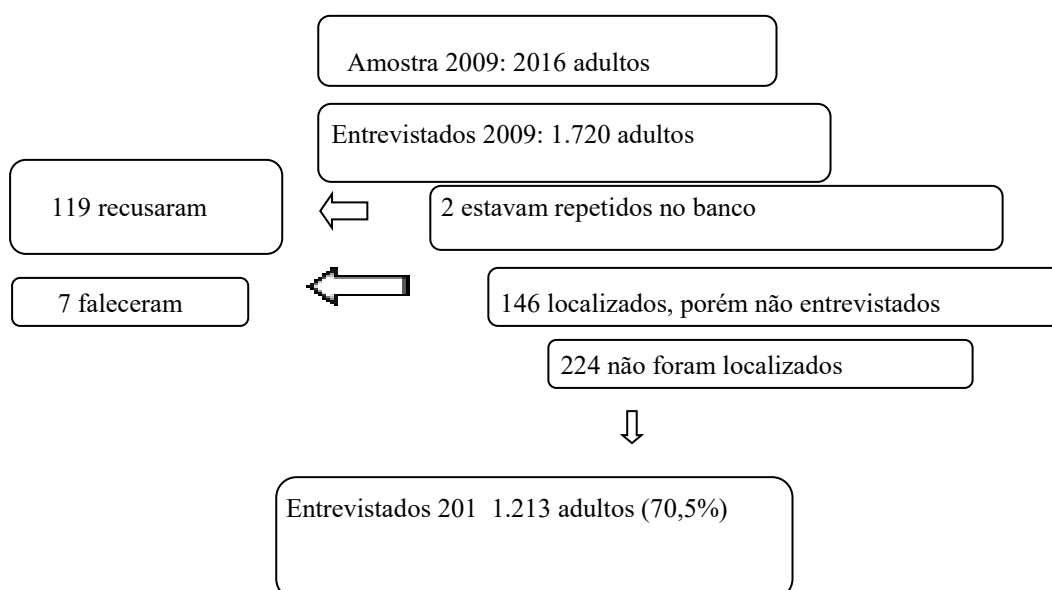
nas semanas anteriores à entrevista não foram submetidos às medidas antropométricas e de pressão arterial, pois tais características podem afetar os valores das mensurações.

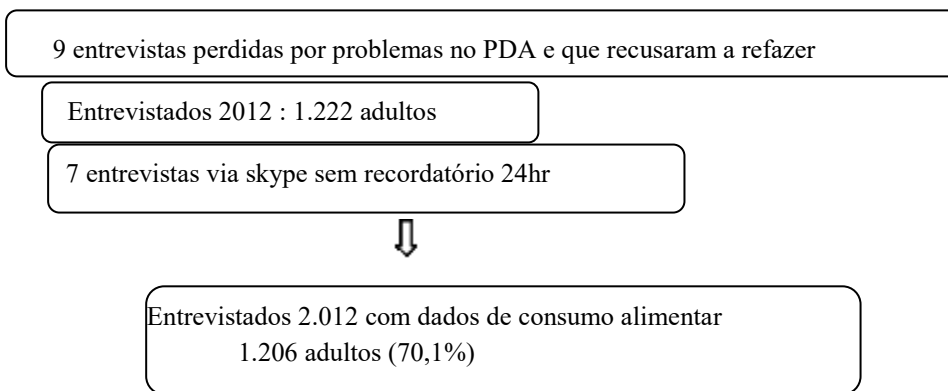
Entretanto, foram coletados dados sobre consumo alimentar e sobre as demais informações previstas no EpiFloripa 2012. Foi considerado como perda o morador que não foi encontrado após, no mínimo, quatro tentativas de agendamento e quatro tentativas de localização no domicílio, sendo uma no final de semana e outra no período noturno. A recusa foi considerada quando, após esclarecimento sobre a pesquisa, o sujeito se negou a participar.

Tamanho final da amostra em 2013

Com a finalização do trabalho de campo da segunda etapa do estudo, que seguiu pelo ano de 2012, foram computados dados de 1.213 indivíduos, referentes a 70,5% dos participantes da linha de base, dos quais 1.206 apresentaram informações completas do consumo alimentar. Os motivos da coleta de dados não ter sido realizada com os demais 29,4% dos participantes são apresentados no fluxograma a seguir (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma de participantes do estudo EpiFloripa em 2009 e 2012





Coleta de dados e equipe de campo

O Personal Digital Assistant (PDA) foi utilizado para o registro e armazenamento dos dados, com exceção do registro do IR24h que foi aplicado na versão impressa. A utilização do PDA elimina a etapa de digitação dos dados e foi utilizado na coleta digital de informações, sendo recentemente incorporado de maneira sistemática nas pesquisas conduzidas pelo IBGE. Essa coleta digital traz inúmeras vantagens para o desenvolvimento da pesquisa, sendo elas: (1) crítica imediata dos campos no momento do preenchimento; (2) preenchimento de todos os itens obrigatórios do questionário; (3) customização do preenchimento por meio dos pulos automáticos; (4) acompanhamento em tempo real da pesquisa; (5) dispensa o transporte de grande volume de questionário em papel. Essas vantagens propiciam a otimização do tempo, melhor gerenciamento da pesquisa, maior precisão da informação e agilidade no processamento de dados coletados. O formato digital do questionário EpiFloripa 2012 foi programado por um profissional da área de informática que testou e corrigiu os erros do sistema antes do uso pelos entrevistadores. A equipe de trabalho de campo foi composta inicialmente por oito entrevistadores, supervisores do trabalho de campo (3 alunas de doutorado, 2 de mestrado e 6 professores doutores envolvidos na pesquisa), 2 bolsistas de iniciação científica e 1 nutricionista voluntária (esses dois últimos para a aplicação de IR24h em entrevista telefônica em uma subamostra de 40%). A seleção e treinamento da equipe foram realizados seguindo o instrutivo descrito no manual de instruções para a equipe de campo que foi elaborado como parte da pesquisa.

Coleta de dados de consumo alimentar

Para o estudo EpiFloripa 2012, o consumo alimentar foi avaliado através da aplicação de um recordatório de 24 horas no total da amostra e mais um Inquérito recordatório (IR24h) aplicado por contato telefônico em uma subamostra de 40%, com a finalidade de ajustar pela variabilidade intrapessoal e obter uma estimativa do consumo habitual. A técnica de aplicação do instrumento foi a do “Multiple pass method” também conhecido como Passagem Múltipla, método que consiste na estimulação da memória do indivíduo, que é consultado sobre o consumo de todos os alimentos e bebidas ingeridas desde a meia noite de anteontem até a meia noite de ontem. O método consta com a aplicação dos seguintes passos:

1) Listagem rápida dos alimentos e bebidas que foram consumidos no dia anterior:

A listagem rápida é utilizada para coletar um esboço do consumo do dia anterior. O primeiro passo é projetado para levar os participantes a pensar sobre o que e quando comeram. O participante deve informar todos os alimentos e bebidas que serão anotados nas colunas de horário e nome do alimento. Se o participante não informar o horário da refeição ou não der um nome específico à refeição durante a listagem rápida, o entrevistador não deve interromper o participante para questionar essa informação, pois isso foi questionado durante o terceiro passo.

2) Revisão da listagem rápida e sondagem: Revisar a listagem rápida permite que o entrevistador obtenha uma visão global do consumo do dia, observando se há grandes lacunas de tempo, se há refeições perdidas ou bebidas em falta, e inserindo as refeições adicionais, lanches e alimentos ou bebidas que foram lembrados durante esse passo.

3) Ciclo de detalhamento:

O passo 3 ajuda o participante a lembrar detalhes específicos sobre o que ele comeu. Informações como o horário, o nome e o local da refeição são fornecidas. O entrevistador completa detalhes descritivos para alimentos e bebidas obtidos durante a primeira passagem. Neste ponto, o participante é questionado sobre itens adicionados a

alimentos e bebidas que foram coletados na listagem rápida. Após especificar o alimento, uma questão aberta é realizada para obter a quantidade ingerida: “Que quantidade o senhor comeu/tomou?”.

4) Revisão detalhada dos alimentos relatados:

Por fim, o último passo da abordagem acontece após completar a fase de detalhamento dos alimentos. Durante essa revisão, o entrevistador sonda possíveis refeições perdidas, bebidas e lanches e qualquer outra informação que possa ter sido negligenciada anteriormente. As informações são editadas conforme necessário. Após a aplicação dos IR24h as informações serão introduzidas no software NDSR (Nutrition Data System for Research) da Universidade de Minnessota. Em relação ao NDS-R, foi utilizada a versão grad pack 2011 do programa (programa para estudantes de pós-graduação com preço diferenciado para análise de dados da tese), que tem como principal base de dados a tabela norte-americana do USDA (United States Department of Agriculture). Entre as vantagens para o uso do NDS-R estão a disponibilidade de informações de mais de 150 nutrientes, a relação de mais de 18.000 tipos de alimentos e a possibilidade de exportação para mais de nove tipos diferentes de arquivos de texto, os quais permitem a análise de nutrientes, alimentos e refeições em nível individual. A entrada de dados no software foi realizada por três nutricionistas alunas de doutorado em saúde coletiva, uma nutricionista aluna de mestrado em Nutrição e uma bolsista PIBIC do curso de nutrição.

Treinamento e padronização

Primeiramente à coleta de dados ocorreu o treinamento de aplicação do questionário, assim como a padronização para coleta de medidas objetivas como peso corporal, circunferência da cintura, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica (PAS e PAD) e exame bucal. Inicialmente foi realizada uma capacitação teórica sobre a aplicação de todo o questionário que teve duração de cinco dias. A aplicação do IR24h (técnica de múltiplos passos) foi treinada e simulada para maior fixação da técnica de aplicação do instrumento, além de solicitar aos entrevistadores, a realização de três IR24h em voluntários para verificação da correta aplicação do instrumento. O

treinamento foi ministrado por uma doutoranda do programa, considerando a sua experiência na aplicação de inquéritos alimentares.

Os entrevistadores eram orientados a completar todos os dados do cabeçalho anotando os dados do participante antes da entrevista, de modo a não gastar esse tempo no momento da coleta de dados. Fora isso, foi reforçada a necessidade de explicar sobre a importância de coletar a informação da forma mais completa e acurada possível. O entrevistador era orientado a explicar que o foco da entrevista é registrar todos os alimentos e bebidas que ele tenha consumido desde a meia noite de anteontem até a meia noite do dia anterior. O IR24h na versão impressa (Anexo 1) consta de seis colunas com as seguintes informações: 1) Horário e local da refeição, 2) Nome da refeição (por ex. almoço, café da manhã, jantar, etc), 3) Nome do alimento, bebida ou preparação (sendo cada alimento colocado em uma linha diferente), 4) Tipo ou forma de preparo dos alimentos (por ex. se cozido, frito, caseiro, industrializado, etc), 5) Quantidade (em medidas caseiras), 6) Marca do alimento (se industrializado). Os entrevistadores foram treinados de forma a preencher todas as colunas segundo ordem estabelecida pela técnica de passagem múltipla citada no capítulo de coleta de dados de consumo alimentar. Alguns pontos foram reforçados no treinamento de aplicação do IR24h, dentre eles o processo de sondagem das informações coletadas foi considerado prioritário. Sondagem é a técnica utilizada para estimular a discussão e obter mais informações sobre alimentos e bebidas relatados. O entrevistador faz a sondagem, quando a resposta do participante não faz sentido ou se ela está incompleta como por exemplo: quando o participante não responde adequadamente a questão, a sondagem pode ser usada para coletar informações sobre as refeições e snacks, bem como itens alimentares adicionados aos alimentos que foram relatados. A qualidade da entrevista depende muito da habilidade do entrevistador para investigar de forma significativa e com sucesso. Outro ponto importante ressaltado no treinamento foi a necessidade de detalhamento sobre a proveniência do alimento ou produto alimentar: se caseiro, comprado pronto, industrializado, para dessa forma verificar a necessidade de solicitar receita do alimento e assim, fornecer maiores detalhes sobre os ingredientes utilizados no preparo. Após o treinamento teórico, foram ensinados os procedimentos de aferição das diversas medidas, seguidos por exercícios práticos e posterior calibração das aferições de circunferência da cintura. O treinamento prático das medidas de peso, pressão arterial e circunferência da cintura, tiveram início com explicações sobre a

técnica e a importância da padronização na aplicação das medidas. Logo depois, foi realizado um treinamento de um turno sobre as técnicas de aferição de medidas antropométricas para posterior padronização das mensurações de circunferência da cintura conforme as recomendações de Lohman et al.(1992) . Ao final do treinamento, os entrevistadores foram submetidos ao cálculo do Erro Técnico de Medida (ETM) antropométrica intra-avaliador e inter-avaliador de acordo com as recomendações de Habicht (1974). Na primeira tentativa de padronização, apenas dois aferidores tiveram as medidas padronizadas, havendo grandes divergências principalmente naqueles indivíduos situados nos extremos (magreza e muito gordos). Foi oferecido mais um treinamento de um dia, onde todas as dúvidas foram esclarecidas, porém a padronização novamente apresentou problemas no mesmo padrão de indivíduos. O treinamento e padronização foram repetidos até que todos os entrevistadores ficassem dentro dos limites permitidos de ETM (Tabela 2).

Tabela 1. Valores de mediana, média, mínimo e máximo para o Erro Técnico de Medida (ETM) relativo das entrevistadoras do estudo EpiFloripa 2012.

	Entrevistadoras do presente estudo				ETM máximo *
	Mediana	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo	
Circunferência da Cintura - Padronização 1					
ETM (intra-avaliador)	0,61	0,64	0,53	0,84	0,96
ETM (inter-avaliador)	1,73	1,63	0,64	2,00	1,44
Circunferência da Cintura - Padronização 2					
ETM (intra-avaliador)	0,49	0,50	0,31	0,76	0,82
ETM (inter-avaliador)	1,48	1,42	0,66	2,2	1,24
Circunferência da Cintura - Padronização final					
ETM (intra-avaliador)	0,70	0,70	0,46	0,92	1,12
ETM (inter-avaliador)	1,03	1,14	0,84	1,66	1,69

*ETM calculado através de medidas aplicadas por Padrão ouro (ETM máximo igual a ETM de padrão ouro multiplicado por 3), de acordo com recomendações de Habicht

Pré-teste

As mensurações antropométricas, pressão arterial, exame bucal e compreensão do questionário foram pré-testadas após a calibração dos instrumentos de medida mediante a aplicação em 3-4 adultos por entrevistador, em uma amostra de voluntários na mesma faixa etária dos participantes do EpiFloripa (22–61 anos), com diferente nível de escolaridade e que não fizessem parte do estudo. As entrevistas foram sempre acompanhadas por um supervisor da pesquisa.

Controle de qualidade

Uma versão menor do questionário foi aplicada, incluindo nove questões chave dos diferentes aspectos investigados no estudo EpiFloripa 2012. As entrevistas foram realizadas por uma das supervisoras de campo por meio de contato telefônico com 10% dos participantes (n previsto = 172 participantes). Os indivíduos foram selecionados por meio de sorteio sistemático dentre as entrevistas realizadas, e a aplicação do controle de qualidade acontece num intervalo de até oito dias após a coleta dos dados do EpiFloripa 2012. As informações coletadas foram digitadas no programa Epidata Entry versão 3.1 em português, fabricado na Dinamarca, Europa. A concordância entre as variáveis qualitativas foi avaliada por meio do teste kappa simples ou kappa ponderado, dependendo da natureza das variáveis.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável desfecho: recomendações alimentares

Adesão às recomendações alimentares, após o diagnóstico da doença se seguem ou não segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), descritos nas páginas de números 47 e 48 respectivamente.

Variável de exposição: consumo alimentar de AUP

Distribuição da participação calórica de alimentos ultraprocessados da dieta e o consumo dos mesmos

O consumo de AUP dos adultos no EpiFloripa foi avaliado através da aplicação de dois IR24 (sendo um em 40% da amostra), e os dados de consumo foram posteriormente digitados no software NDSR conforme referido no capítulo de coleta de dados. A classificação de AUP será dividida em quatro variáveis: Alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e produtos alimentícios ultraprocessados (PUP). Para avaliação do perfil nutricional serão utilizadas as seguintes variáveis (todas de forma contínua): proteína de origem animal, proteína de origem vegetal, carboidratos (descontando o açúcar de adição), açúcar de adição proveniente de PUP, açúcar de adição de outras fontes, gorduras saturadas, gorduras monoinsaturadas, gorduras poliinsaturadas e gordura trans, colesterol e fibra. Todas as variáveis incluídas no perfil com exceção do colesterol (que será avaliado em mg) e da participação calórica relativa de PUP (avaliado em %), serão utilizadas em gramas(g).

A seguir, será descrita a forma em que os grupos de alimentos segundo grau de processamento são gerados

IR24h

Após a aplicação do IR24h no papel, os dados foram tabulados no software NDSR conforme relatado anteriormente. Neste momento, as medidas caseiras dos alimentos foram transformadas em gramas, mediante o auxílio das tabelas de medidas caseiras de Pinheiro (2004). Após a entrada de todas as refeições, forma de preparo e respectivas quantidades no software, são fornecidas as informações nutricionais de cada alimento e/ou ingrediente culinário (sendo que cada item alimentar encontra-se em uma linha diferente), o que permite conhecer o valor calórico, assim como a distribuição de macro e micronutrientes de cada linha (ou alimento) separadamente. O NDSR fornece um banco de dados com todas as informações nutricionais (macro e micronutrientes) de

cada alimento contido nos IR24h em formato de arquivo de texto que foi exportado para o Excel e posteriormente para o Stata.

A análise de consistência de dados foi realizada separadamente para cada IR24h e contou com as seguintes etapas: exportação dos arquivos de texto do NDSR, criação do banco de dados no Stata e verificação dos IR24h. Com o banco de dados no Stata, realizou-se a ordenação ascendente das variáveis gramas e energia, na tentativa de identificar indivíduos com valores de ingestão muito baixos e que, portanto, poderiam ser indicativos da existência erros. Em seguida, as mesmas variáveis foram organizadas de forma descendente com o intuito de identificar valores de ingestão muito elevados. Uma vez identificados os indivíduos com valores extremos de ingestão, procedeu-se à verificação dos tipos e das quantidades de cada alimento relatado no R24h. Assim, para os R24h verificou-se o preenchimento e a conversão das medidas caseiras no formulário impresso e para os IR24h. Para classificação segundo grau de processamento industrial, os alimentos foram convertidos em energia (kcal) e nutrientes (carboidratos (g), gordura (g), proteína (g)), utilizando os dados obtidos através do software NDSR, que fornece dados da tabela de composição de alimentos da US Department of Agriculture (USDA) (CONWAY, 2003; CONWAY,2004). Após a conversão dos itens alimentares em energia, foram calculadas as estimativas de consumo individual e os alimentos foram classificados nos quatro grupos definidos previamente de acordo com a extensão e propósito do processamento industrial, conforme sugerido por Monteiro (26): alimentos in natura ou minimamente processados (Grupo 1); ingredientes culinários processados (Grupo 2); alimentos processados (Grupo 3) e produtos alimentícios ultraprocessados (Grupo 4). O próximo passo foi o cálculo da contribuição relativa dos grupos alimentares em relação ao valor calórico total. Os macronutrientes são diretamente gerados pelo software NDSR.

Variáveis sociodemográficas

Sexo

O sexo (masculino ou feminino) foi observado pelo entrevistador.

Cor da pele

Foi utilizada a cor da pele autorreferida pelo entrevistado, classificada como branca, parda, preta, amarela e indígena, conforme coletada pelo IBGE (Estudo EpiFloripa 2012 e em funcionários da UFSC). Entretanto, a variável não foi utilizada nas análises finais por não se associar nem à exposição nem com o desfecho.

Idade

Tratada como uma variável quantitativa discreta, anos completos e categorizada em faixas etárias (22 a 31 anos; 32 a 51 anos; 52 ou mais) (dados do EpiFloripa 2012).

Estado Civil

O estado civil foi categorizado em Solteiro, Casado ou morando com companheiro/a, Separado/Divorciado/Viúvo.

Variáveis Socioeconômicas

Escolaridade

Foi coletada como uma variável quantitativa discreta (anos completos de estudo com sucesso que é aquele sem reprovação). A variável foi categorizada em três grupos (0 a 8 anos, 9 a 11 anos, ≥ 12 anos).

Fatores comportamentais

Tabagismo

As informações referentes ao tabagismo foram coletadas em 2009 por meio de questões categorizadas em relação ao fumo atual. A variável foi tratada com as seguintes categorias: nunca fumou, ex- fumante e fumante atual.

Atividade física no lazer

A atividade física foi avaliada no levantamento de 2009 através de perguntas similares à da pesquisa do VIGITEL, elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil (FLORINDO *et al.*, 2009). A prática de atividade física foi categorizada em nenhuma, <150min, 150-299 min e >150min.

Medidas antropométricas

Para avaliar os indicadores antropométricos de estado nutricional, foram coletadas as medidas antropométricas de massa corporal e estatura.

Estatura

A estatura foi aferida conforme as padronizações de Lohman. Foram utilizados os valores coletados no ano de 2009. Utilizou-se um estadiômetro construído para o próprio estudo com uma fita métrica de resolução de 1 mm. O avaliado deveria se encontrar em posição ortostática, distribuindo igualmente a sua massa corporal sobre seus membros inferiores, braços livremente soltos ao longo do tronco, com as palmas das mãos voltadas para as coxas, pés descalços e unidos, colocando em contato com o estadiômetro as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital. A cabeça estava orientada no Plano Horizontal de Frankfurt. A variável foi tratada de forma contínua.

Peso Corporal

Aferição do peso corporal conforme as padronizações de Lohman, realizada por meio de uma balança digital da marca GAMA Italy Professional®, modelo HCM

5110M, com resolução de 100 gramas e capacidade de 150 kg, calibrada antes do início da pesquisa. O sujeito foi medido em posição ortostática (em pé sobre a plataforma da balança, posição ereta, pés afastados à largura do quadril, em equilíbrio, distribuindo igualmente a sua massa corporal sobre seus membros inferiores). O sujeito deve estar descalço, usando roupas leves e sem o uso de chaves, relógios e/ou correntes. Embora seja solicitado aos participantes do estudo o uso de roupas leves para a aferição do peso, é registrado em todos os casos o tipo de roupa usada para poder realizar o ajuste de forma a obter o peso real:

1. LEVE: short/lycra e camiseta (ou equivalente)
2. MÉDIA: jeans (curto ou longo) e camisa/camiseta
3. PESADO: o anterior + casaco de lã ou moletom
4. MUITO PESADO: o anterior + casaco grosso

A variável foi tratada de forma contínua.

4.2 Análise estatística

A análise dos dados será conduzida no programa estatístico Stata versão 13.0, sempre considerando o processo de amostragem por conglomerados e os respectivos pesos amostrais (comando “svy” do Stata). Serão realizadas análises descritivas através do cálculo das prevalências, sendo estimados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a análise bivariável será usado o teste de Qui-Quadrado com correção de Rao-Scott.

Para verificar a associação entre a variável independente e os desfechos (comportamentos alimentares) será utilizada a regressão de Poisson, devido à elevada prevalência dos mesmos na população. O comando margins do programa STATA será posteriormente usado para estimar as prevalências ajustadas e os respectivos IC95%. Serão incluídas nas análises ajustadas como possíveis fatores de confusão todas as variáveis sociodemográficas que apresentarem valor-p $<0,20$ na análise bivariável. O valor de significância estatística adotado é de 5%.

Considerando as evidências que mostram comportamentos alimentares diferentes entre homens e mulheres assim como o acesso diferenciado aos serviços de saúde, as análises serão estratificadas por sexo, considerando que esta variável poderia modificar as associações entre a presença das doenças e a prática de cuidados alimentares. Para avaliar a diferença entre a participação calórica proveniente de alimentos ultraprocessados entre indivíduos doentes e sem doença, foi realizada a regressão linear simples e ajustada.

Em ambos os artigos, a análise dos dados foi conduzida no programa estatístico STATA versão 13.0 (StataCorp, Texas, USA), considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (nº 1772) (Apêndice D). Os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

4.4 FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte do Projeto “Condições de Saúde da População Adulta do Município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional” conhecido também como EpiFloripa Adultos 2009. O projeto teve a coordenação do Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres e foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, edital Universal 2007 (nº 485327/2007-4), no valor de R\$ 63.295,32 e CNPQ, edital 2010 (477061/2010-9) no valor de R\$ 101.000,00. Gastos referentes à vinda de membros da banca externa serão financiados pelo Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva.

4 RESULTADOS

Os resultados da tese serão apresentados no formato de dois artigos científicos, conforme rege a norma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

O primeiro artigo intitula-se: “Adesão às recomendações alimentares em portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensos após o diagnóstico da doença: estudo longitudinal com adultos”, sendo a análise sistemática baseada em dados da pesquisa refinada dos artigos. O segundo artigo foi desenvolvido a partir da análise do consumo alimentar entre os diagnosticados com DM e/ou HAS, sendo a pesquisa realizada com a literatura científica e intitulado: “Consumo de alimentos ultraprocessados após o diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão: um estudo de base populacional.

4.1 ARTIGO 1

Adesão às recomendações alimentares em portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensos após o diagnóstico da doença: estudo longitudinal com adultos

Adherence to dietary recommendations in patients with Diabetes Mellitus and / or Hypertension after diagnosis of the disease: longitudinal study with adults

Autores: Caroline Bandeira 1
Silvia Giselle Ibarra Ozcariz 2
Emil Kupek 3

1 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

2 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

3 Departamento de Saúde Pública, universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Contato do autor:

Caroline Bandeira

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Campus universitário – Trindade – Florianópolis – SC – Brasil CEP: 88040-970

Telefones: 55 48 3721 9847 / Fax: 55 48 3721 9542

E-mail: nut.carolbandeira@hotmail.com

RESUMO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) têm sido apontadas como as principais causas de morte e incapacidades no mundo. Constituem um problema de saúde pública mundial, os quais sofrem influência direta da alimentação. Considerando que a adesão às recomendações alimentares é importante para o planejamento em saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde as DCNT são responsáveis pelos principais gastos com medicamentos e internações do sistema público de saúde do país, o presente estudo teve como objetivo verificar adesão às recomendações alimentares em portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensos após o diagnóstico da doença. Trata-se de uma análise transversal baseada no estudo Epofloripa, uma coorte de base populacional que teve a sua primeira coleta de dados em 2009, e a segunda coleta em 2012. Com uma amostra composta de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico STATA versão 13.0 (StataCorp, Texas, USA), considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento. Com análises descritivas através do cálculo das prevalências, sendo estimados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a análise bivariável foi usado o teste de Qui-Quadrado com correção de Rao-Scott. Para verificar a associação entre a variável independente e os desfechos foi utilizada a regressão de Poisson, devido à elevada prevalência dos mesmos na população. O comando margins do programa STATA foi posteriormente usado para estimar as prevalências ajustadas e os respectivos IC95%. Os resultados encontrados do presente estudo sendo que a taxa de resposta foi de 85% (n=1462) e 57,01 % foi composta pelo sexo feminino. Dos que referem ter DM e/ou HAS, 58,47% (n=303) são do sexo masculino e 41,53% (n=279) feminino. Quanto a mudança do estado nutricional após o diagnóstico da doença, 58,8% manteve-se com excesso de peso ou passou a ter excesso de peso. No que se refere ao consumo alimentar segundo as recomendações da SBD (2019) e SBC (2020), entre indivíduos de ambos os sexos com DM e/ou não há diferença estatística, porém em relação ao excesso de açúcar de adição há um consumo menor quando comparados com os saudáveis, sendo 61.01g no sexo masculino e 62,55g no sexo feminino com $p < 0,001$. Após o ajuste demonstra que o efeito da mudança no consumo não se deve ao diagnóstico de HAS e/ou DM, e sim aos fatores de confusão (IMC, idade, escolaridade, renda). Em conclusão, os pacientes com DM e/ou HAS relataram baixa adesão às recomendações dietéticas e manutenção de um estilo de vida saudável independentemente do conhecimento da doença entre os com a doença.

Palavras chave: adesão, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, recomendações dietéticas

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) have been identified as the main causes of death and disabilities in the world. They constitute a worldwide public health problem, which is the direct supply of food. Requesting that adherence to the recommendations is important for health planning, especially in developing countries such as Brazil, where NCDs are responsible for the main expenditures on medicines and hospitalizations in the country's public health system, the present study aimed to verify adherence to dietary recommendations in patients with Diabetes Mellitus and / or Hypertension after diagnosis of the disease. This is a cross-sectional analysis based on the Epofloripa study, a population-based cohort that had its first data collection in 2009, and the second collection in 2012. With a sample composed of 1,720 adults between 20 and 59 years of age. Data analysis was performed using the statistical program STATA version 13.0 (StataCorp, Texas, USA), considering the sampling plan. Sample weights were used in the estimates, combining the probability of selection in 2009 and the probability of location in 2012, so as to minimize biases related to follow-up losses. With descriptive analyzes through the calculation of prevalences, the respective 95% confidence intervals (95% CI) being estimated. For the bivariate analysis, the Chi-Square test with Rao-Scott correction was used. To verify the association between the independent variable and the outcomes, Poisson regression was used, due to their high prevalence in the population. The margins command of the STATA program was later used to estimate the adjusted prevalences and the respective 95% CI. The results found in the present study were that the response rate was 85% (n = 1462) and 57.01% was composed of females. Of those who report having DM and / or SAH, 58.47% (n = 303) are male and 41.53% (n = 279) female. Regarding the change in nutritional status after the diagnosis of the disease, 58.8% remained overweight or became overweight. With regard to food consumption according to the recommendations of the SBD (2019) and SBC (2020), between individuals of both sexes with DM and / or there is no statistical difference, however in relation to the excess of added sugar there is less consumption when compared to healthy ones, with 61.01g in males and 62.55g in females with $p < 0.001$. After the demonstration adjustment, the effect of the change in consumption is not due to the diagnosis of SAH and / or DM, but to the configuration factors (BMI, age, education, income). In conclusion, patients with DM and / or TEM reported low adherence as dietary recommendations and maintaining a healthy lifestyle regardless of knowledge of the disease among those with the disease.

Key words: adherence, type 2 diabetes mellitus, hypertension, dietary recommendations

Introdução

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) têm sido apontadas como as principais causas de morte e incapacidades no mundo ¹. Constituem um problema de saúde pública mundial, os quais sofrem influência direta da alimentação². A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a adoção de hábitos alimentares saudáveis (maior consumo de frutas e hortaliças e menor consumo de sódio, açúcares e gorduras saturadas) é um importante meio de controlar essas DCNT e suas complicações secundárias à saúde^{3,4}, sendo a adesão à alimentação saudável um constante desafio no tratamento para a maioria dos pacientes portadores destas patologias ^{5,6}.

Investigar a adesão às recomendações alimentares é uma tarefa complexa, tendo em vista as diversas variáveis envolvidas neste fenômeno, que ainda não está bem estabelecida na literatura, e que dentre os fatores envolvidos, podemos destacar sexo, idade, escolaridade, renda, moradia, entre outros ⁵⁻¹⁰.

Diretrizes nacionais e internacionais recomendam que o plano alimentar seja individualizado e de acordo com as necessidades de cada indivíduo, levando em consideração suas necessidades energéticas, atividade física e terapêutica medicamentosa. Deve-se levar em consideração o diagnóstico e evolução da doença, assim como o diagnóstico nutricional, hábitos alimentares, comportamento alimentar, renda, crenças e valores socioculturais.

A literatura internacional ressalta a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis como um dos meios mais eficazes de prevenção secundária do DM e HAS ^{4,11,12}, estudos transversais apontam que variáveis como sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupação estão relacionadas à adesão às recomendações nutricionais ^{13,14,15}. No entanto, no Brasil, ainda são escassas as informações de estudos populacionais sobre os hábitos alimentares de indivíduos com essas patologias ^{16,17}.

Considerando que a adesão às recomendações alimentares é importante para o planejamento em saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde as DCNT são responsáveis pelos principais gastos com medicamentos e internações do sistema público de saúde do país, o presente estudo teve como objetivo verificar adesão às recomendações alimentares em portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensos após o diagnóstico da doença.

Métodos

Trata-se de uma análise transversal baseada no estudo Epofloripa, uma coorte de base populacional que teve a sua primeira coleta de dados em 2009, e a segunda coleta em 2012. Com uma amostra composta de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade, residentes na zona urbana da cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina.

Foram sorteados aleatoriamente 60 setores censitários domiciliares urbanos para o estudo, dentre os 420 setores existentes na cidade. Estes setores estão agregados em dez distritos. Os 420 setores censitários urbanos foram estratificados segundo os decis de renda do chefe de família (R\$ 192,80 a R\$ 13.209,50) e sorteados sistematicamente 60 setores (fração de amostragem igual a sete), totalizando seis setores em cada decil. Dessa forma, foi assegurada a representatividade socioeconômica da amostra.

A amostragem foi por conglomerados, sendo que em cada residência sorteada, todos os adultos responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, auto-avaliação das condições de saúde, ocorrência de doenças crônicas e de dor, hábitos alimentares, prática de atividade física, condições de saúde bucal, uso de medicamentos e de serviços de saúde, saúde mental e violência doméstica. Além do questionário, os participantes da pesquisa foram pesados, medidos e tiveram a circunferência da cintura e pressão arterial verificadas.

Os dados coletados foram realizados através de entrevistadores previamente treinados mediante entrevistas face a face, usando Personal Digital Assistants (PDAs). O controle de qualidade foi realizado mediante entrevista telefônica com amostra aleatória de 15% dos entrevistados em 2009 e 10% em 2012, utilizando um questionário reduzido com perguntas-chave. O valor de Kappa para variáveis comportamentais e do estado civil foi 0,7.

A variável de exposição será avaliada o consumo alimentar de AUP considerando o diagnóstico autopercebido e se a partir do diagnóstico da doença aderem as recomendações alimentares segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019)¹⁸ e Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)¹⁹.

As variáveis sociodemográficas foram obtidas em 2009 e categorizadas em sexo feminino e masculino, e escolaridade em anos completos e categorizadas em 0-8 9-11; 12 ou mais, estado civil em solteiro, casado, divorciado ou viúvo e faixa etária

categorizadas em (20-29 anos, 30-39, 40-49 e 50-59 respectivamente). As informações referentes ao tabagismo foram coletadas em 2009 por meio de questões categorizadas em relação ao fumo foi categorizadas em nunca fumou, ex-fumante, e fumante atual. A prática de atividade física foi avaliada pelo domínio lazer , recomendando o mínimo de 150min/semana.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico STATA versão 13.0 (StataCorp, Texas, USA), considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012 com o controle de qualidade realizado mediante entrevista telefônica com amostra aleatória de 15% dos entrevistados em 2009 e 10% em 2012, utilizando um questionário reduzido com perguntas-chave, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, na qual foram empregadas proporções (%) e respectivos IC de 95% para variáveis categóricas. Na análise bruta, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas dicotômicas e politômicas nominais. Para verificar a associação entre a variável independente e os desfechos foi utilizada a regressão de Poisson. O comando margins do programa STATA foi posteriormente usado para estimar as prevalências médias ajustadas entre fatores sociodemográficos, de variáveis de consumo alimentar, e de mudança no estado nutricional, entre os indivíduos de ambos os sexos com e sem a doença e os respectivos IC95%. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (no 351/08 e 1772/11) e os participantes assinaram um termo de consentimento em cada onda da pesquisa.

Resultados

Participaram do presente estudo 1720 indivíduos pertencentes do Epifloripa 2009, sendo que a taxa de resposta foi de 85% (n=1462) e 57,01 % foi composta pelo sexo feminino. Dos que referem ter DM e/ou HAS, 58,47% (n=303) são do sexo masculino e 41,53% (n=279) feminino.

Conforme a Tabela 1 apresenta, dos indivíduos com a doença, 28,42% tinham entre 20 - 29 anos, 20,27% tinham 30 – 39 anos, 24,38% tinham 40 – 49anos, enquanto 26,93%

tinham 50 – 59 anos. Considerando a cor da pele a prevalência é de 87,67% da cor branca e em relação ao estado civil, os indivíduos casados representam 60,82%.

Já os indivíduos com a doença na onda de 2009, apenas 36,89% são eutróficos, e em 2012 32,78%.

Quanto a mudança do estado nutricional após o diagnóstico da doença, 58,8% manteve-se com excesso de peso ou passou a ter excesso de peso.

No que se refere ao consumo alimentar segundo as recomendações da SBD (2019) e SBC (2020), entre indivíduos de ambos os sexos com DM e/ou não há diferença estatística, porém em relação ao excesso de açúcar de adição há um consumo menor quando comparados com os saudáveis, sendo 61.01g no sexo masculino e 62,55g no sexo feminino com $p < 0,001$.

No entanto, o consumo de álcool é considerável em ambos os grupos, assim como o consumo de sódio é elevado e supera as recomendações em ambos os grupos e $p < 0,001$ apenas no sexo feminino.

Ao adotar o nível mínimo de significância de 5% (p-valor $< 0,05$), verificou-se que houve associação entre as mulheres, percebe-se maior diferença nas medias nutricionais O consumo calórico total e de acucar de adicao sao menores em mulheres diagnosticadas com a doenca, já o consumo de gordura trans nao difere entre os grupos assim como o consumo de álcool. O consumo de sódio é superior entre mulheres com o diagnóstico da doença quando comparamos com o grupo sem a doença assim como está descrito na tabela 2

A tabela 3 mostra as médias ajustadas entre fatores sociodemográficos, de variáveis de consumo alimentar, e de mudança no estado nutricional, entre os indivíduos de ambos os sexos com e sem a doença.

Demonstra que o efeito da mudança no consumo não se deve ao diagnóstico de HAS e/ou DM, e sim aos fatores de confusao (IMC, idade, escolaridade, renda).

Discussão

A adesão a uma dieta adequada é um desafio contínuo no tratamento da maioria dos pacientes com DM e/ou HAS, assim como seguir um plano alimentar é geralmente considerado proibitivo, restritivo e distante dos padrões usuais de hábitos dos pacientes.

Por meio dos resultados encontrados no estudo, foi possível verificar que os indivíduos, tanto homens quanto mulheres, não seguem as recomendações alimentares ideais, como forma de auxiliar no tratamento da doença. A avaliação da composição da dieta mostrou que a maioria dos indivíduos referem não possuir a adesão à dieta e não seguem as recomendações para as doenças, assim como, nos estudos encontrados na literatura.^{20,21,26} Com exceção do açúcar de adição, que tem consumo inferior entre doentes quando comparados aos saudáveis, o que mostra um cuidado.

No entanto, o consumo de álcool é considerável em ambos os grupos, assim como os achados em outros estudos. O III Levantamento domiciliar do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicoativas (CEBRID), realizado nas 108 maiores cidades do país, mostrou que a prevalência de uso de álcool foi de 68,7 % e a estimativa de pacientes dependentes foi de 11,2 % para álcool^{32,33}.

Já o consumo de sódio é elevado e supera as recomendações em ambos os grupos, corroborando com a literatura. Porém é superior entre mulheres com o diagnóstico da doença quando comparamos com o grupo sem a doença.

E nesse sentido a ingestão habitual de sódio em todo o mundo foi estimada em 4 g/dia, enquanto a ingestão recomendada para indivíduos HAS e/ou DM e para a população em geral é até 2 g/dia^{18,19,34,35}. A longo prazo, a conformidade pessoal com as restrições de sódio diminuirá, mas somente pessoal, pois as normativas governamentais estão trabalhando com a indústria de alimentos para tomar medidas de redução do teor de sódio nos alimentos^{18,19}.

Além disso, nas mulheres percebe-se maior diferença nas médias nutricionais, quando comparadas aos homens. E em relação ao consumo calórico total e de açúcar de adição são menores em mulheres diagnosticadas com a doença, já o consumo de gordura trans não houve diferença entre os grupos, assim como o consumo de álcool, corroborando com os achados na literatura^{22,23}.

O que os resultados mostram é que o efeito da mudança no consumo não se deve ao diagnóstico de HAS e/ou DM, e sim aos fatores de confusão (IMC, idade,

escolaridade, renda). Isto significa que parece não haver uma conscientização da população quanto à importância do autocuidado. E com isso, potencializam o aparecimento ou a piora de ambas as doenças, sinalizando uma tendência para a progressão da doença, o que corrobora conforme já descrito na literatura ²⁴.

No Brasil, inquérito telefônico Vigitel (2020) autorreferido para DM ou HAS com dados representativos de adultos elegíveis (n= 75.789) das 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que dos participantes com diagnóstico de hipertensão arterial entre homens foi de 21,60% e de mulheres 24,92% . E com diagnóstico de diabetes mellitus 73,18% dos homens e 85,31% das mulheres para a maior tendência dentre os estados, diferindo dos achados neste estudo ²³. A frequência de adultos que praticaram atividade física equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade física por semana foi de 14,10%, sem diferenças entre sexos, já nos achados deste estudo em ambos os sexos foi de 16,41%. Porém mais que a metade da amostra (51,25%) não praticam nenhuma atividade física ²⁵.

O estudo mostra em relação ao tabagismo, que 20,86% são fumantes, e mais da metade (53,68%) nunca fumaram algo muito importante principalmente por estar associado a DCNTs. E visando o controle e a redução na ocorrência de doenças crônicas, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 com intuito de melhorar as condições de saúde da população, entretando em 2020 surgiu um novo Plano de Ações de 2021 – 2030. Esse documento mostra um balanço em relação aos dados anteriores de prevalência de tabagismo, o que apresentou uma redução nos três períodos analisados, apresentando de 2010 a 2019 uma redução média 0,48 pontos percentuais ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observa-se velocidades de quedas diferentes, com uma maior queda acontecendo de 2010 a 2015 e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019. Porém, a meta de redução da prevalência em 30% foi atingida em 2019, semelhante ao nosso estudo ^{26,27}.

No entanto, em relação ao estado nutricional nas duas ondas os indivíduos se mativeram onde estavam, porém 58,8% se manteve com excesso de peso algo que serve de alerta para entender que a mudança de comportamento alimentar e adesão da dieta não existiu nos mesmos. Apresentando um estilo pouco satisfatório de alimentação, principalmente em relação à ingestão de frutas e verduras, em desacordo com o Guia

alimentar para a população brasileira, que enfatiza a importância do consumo frequente desse tipo de alimento, pois confere proteção contra doenças, especialmente as cardiovasculares^{35,36}.

Contudo, permanecem como desafios para estudos futuros compreender as nuances relacionadas às fortalezas e fragilidades de pacientes com as doenças para atenderem às recomendações nutricionais preconizadas^{5,28,29,30}.

Analisar o padrão da dieta é uma tarefa desafiadora, mesmo com auxílio de instrumentos, pois os dados são obtidos a partir de medidas de autorrelato, e lembrar de algo que já passou dificulta a questão da memória, já que temos a capacidade de reter, por alguns segundos, um número limitado de informações⁵.

E de fato, resistir a mudanças é um processo que está naturalmente presente nas relações humanas e são frequentemente interpretadas como algo desagradável e difícil de realizar³¹. Desse modo, cabe os profissionais de saúde intensificar as atividades educativas, enfatizando a alimentação saudável e a prática de atividade física como parte do tratamento, e considerando as dificuldades no que diz respeito ao entendimento dos indivíduos, ao grau de controle metabólico, às complicações crônicas, entre outras, de modo a assegurarem que o mesmo possa adquirir conhecimentos e habilidades para o autocuidado.

Conclusão

Em conclusão, os pacientes com DM e/ou HAS relataram baixa adesão às recomendações dietéticas e manutenção de um estilo de vida saudável independentemente do conhecimento da doença. As diretrizes dietéticas não devem ser consideradas isoladamente e devem refletir a compreensão de sua aplicabilidade à cultura alimentar de uma população, usando uma abordagem prática baseada em evidências. Além de que a investigação longitudinal permitiu identificar que não houve mudanças significativas na adesão às recomendações alimentares entre a linha de base e a segunda onda do estudo.

Algumas limitações do presente estudo merecem ser consideradas. A primeira é que, nos estudos transversais, os comportamentos de adesão são avaliados em um único momento, não sendo possível captar as variações desses comportamentos no dia a dia.

Em segundo lugar, a literatura aponta que a avaliação da adesão por métodos indiretos (autorreferidos) depende da disponibilidade da pessoa para revelar, de fato, qual é o seu comportamento em relação ao seguimento das recomendações e de sua capacidade de memória. Por outro lado, deve-se considerar a habilidade do pesquisador para coletar as informações de forma não coercitiva nem indutiva.

Entretanto, possibilitou estabelecer associações entre algumas variáveis, abrindo novas hipóteses de estudos a serem testadas em futuras investigações.

Sendo assim, após o diagnóstico de DM e/ou HAS os pacientes devem ter mais oportunidades de participação em programas de educação de autogerenciamento e das doenças para aprender como controlar os níveis de glicose e pressóricos, afim de manter um estilo de vida saudável e prevenir complicações.

Financiamento

Este artigo é originário do Projeto EpiFloripa: Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos de números 485327/2007-4 e 508903/2010-6, e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em parceria com o CNPq, edital Pesquisador Visitante Especial PVE A020/2013. Todas as fases do estudo foram desenvolvidas pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Agradecimentos

Agradecemos aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização do deste estudo e ao Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina pela sua parceria na realização dos exames laboratoriais.

Aspectos éticos

O EpiFloripa Adultos foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (pareceres 351/2008 e 1.772/2011) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (parecer 724.824/2014). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas diferentes ondas do estudo.

Referências

1. World Health Organization. The World Health Statistics. Geneva: WHO; 2012.
2. Barbosa MAG, Souza NP, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos na perspectiva do processamento industrial dos alimentos. *Rev de Atenção à Saúde* 2020; 18 (65): 76-89.
3. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report WHO Consultatio. Geneva: WHO 2003.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. Zanetti ML, Arrelias CCA, Franco RC, Santos MA, Rodrigues FFL, Faria HTG. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(4):619-625
6. Cembranel F, Bernardo CO, Ozcariz SG, d’Orsi E. Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores de consumo alimentar saudável: estudo longitudinal com idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2017; 20(1): 34-46.
7. Baquedano IR, Santos MA, Teixeira CRS, Martins TA, Zanetti ML. Factors related to self-care in diabetes mellitus patients attended at Emergency Service in Mexico. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(4):1017-23.
8. Freitas RWJF, Araújo MFM, Marinho NBP, Damasceno MMC, Caetano JA, Galvão MTG. Factors related to nursing diagnosis, ineffective self-health management, among diabetics. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):365-72.
9. Hong JS, Kang HC. Relationship between oral antihyperglycemic medication adherence and hospitalization, mortality, and healthcare costs in adult ambulatory care patients with type 2 diabetes in South Korea. *Med Care.* 2011;49(4):378-84.

10. Zhu VJ, Tu W, Marrero DG, Rosenman MB, Overhage JM. Race and medication adherence and glycemic control: findings from an operational health information exchange. *AMIA Annu Symp Proc.* 2011:1649-57.
11. Gillett M, Royle P, Snaith A, Scotland G, Poobalan A, Inamura M, et al. Non-pharmacological interventions to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2012;16(33):1-254.
12. Nelson KM, Reiber G, Boyko EJ. Diet and exercise among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2002;25(10):1722-28.
13. Muñoz-Pareja M, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Banegas JR, et al. The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations: a cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2012;7(6):e39454.
14. Uchenna O, Ijeoma E, Pauline E, Sylvester O. Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Acad Sci Eng Technol.* 2010;4(9):644-51.
15. Mumu SJ, Saleh F, Ara F, Afnan F, Ali L. Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian J Public Health.* 2014;58(1):40-4.
16. Lima-Costa MFF, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Rev Saude Pública.* 2009;43(Supl 2):18-26.
17. Villas-Boas LCG, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):272-9.
18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: 2019.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia .Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020; [online].ahead print, PP.0-0.
20. Zanetti ML, Arrelias CC, Franco RC, Santos MA, Rodrigues FF, Faria HT. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus [Adherence to nutritional recommendations and sociodemographic variables in patients with diabetes mellitus]. *Rev Esc Enferm USP.* 2015 Aug;49(4):619-25. Portuguese.

21. Granada-Casas M, Alcubierre N, Martín M, Real J, Ramírez-Morros AM, Cuadrado M, Alonso N, Falguera M, Hernández M, Aguilera E, Lecube A, Castelblanco E, Puig-Domingo M, Mauricio D. Improved adherence to Mediterranean Diet in adults with type 1 diabetes mellitus. *Eur J Nutr*. 2019 Sep;58(6):2271-2279. doi: 10.1007/s00394-018-1777-z. Epub 2018 Jul 17.
22. Jaacks LM, Du S, Mendez MA, Crandell J, Liu W, Ji L, Rosamond W, Popkin BM, Mayer-Davis EJ. Comparison of the dietary intakes of individuals with and without type 1 diabetes in China. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2015;24(4):639-49.
23. McClure ST, Schlechter H, Oh S, White K, Wu B, Pilla SJ, Maruthur NM, Yeh HC, Miller ER, Appel LJ. Dietary intake of adults with and without diabetes: results from NHANES 2013-2016. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020 Oct;8(1):e001681.
24. Park K. Trends in adherence to dietary recommendations among Korean type 2 diabetes mellitus patients. *Nutr Res Pract*. 2015 Dec;9(6):658-66. doi: 10.4162/nrp.2015.9.6.658. Epub 2015 Aug 20.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
28. Hernandez-Tejada MA, Lynch CP, Strom JL, Strom JL, Egede LE. Effect of perceived control on quality of life in indigent adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2012;38(2):256-62.
29. Lima ACS, Araújo MFM, Freitas RWJF, Zanetti ML, Almeida PC, Damasceno MM. Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students: association

- with sociodemographic variables. Rev Latino Am Enfermagem. 2014;22(3):484-90.
30. Franco RC, Becker TAC, Hodniki PP, Sigoli PBO, Teixeira CRS. Telephone support for adherence to healthy eating practices among people with type 2 diabetes mellitus. Enfermería Global N° 50 Abril 2018.
 31. Estrela KCA, Alves ACDC, Gomes TT, Isosaki M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. Demetra; 2017; 12(1); 249-274.
 32. CEBRID, 2019. III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas: Brasília, 2019.
 33. Fuchs SF. Estudo PREVER: Mudanças de Estilo de Vida. Porto Alegre: Engenho de Idéias; 2011. 47 p.
 34. Powles J, Gahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M, et al. Global, regional and national sodium intake in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. BMJ Open. 2013;3(12)
 35. Oliveira, P., & Almeida, J. (2018). Grupo educativo: análise na mudança do estilo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 20(3), 142-149.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Popular da População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2018

Tabela 1. Distribuição de características sócio-demográficas e comportamentais dos adultos avaliados no ano de 2009 (*baseline*) e em 2012 (follow up) no estudo Epifloripa Adulto, Florianópolis, Santa Catarina.

Com DM e/ou HAS

Sem DM e/ou HAS

Variável independente	Categoria	(n= 582)			(n= 609)		
		Frequência n	Frequência %	IC95%	Frequência n	Frequência %	IC95%
Sexo	Masculino	303	58,47	53,15; 63,59	209	40,35	36,32; 44,51
	Feminio	279	41,53	36,40; 46,84	400	59,65	55,48; 63,67
Faixa etária (anos)	20 a 29	112	28,42	23,35; 34,10	204	46,57	40,18; 53,07
	30 a 39	106	20,27	16,57; 24,54	160	24,98	21,11; 29, 31
	40 a 49	182	24,38	20,64; 28,56	159	18,85	15,51; 22,73
	50 a 59	182	26,93	22,78; 31,51	086	9,59	07,51; 12,19
Cor da Pele	Branca	512	87,67	81,73; 91,87	552	90,06	85, 94; 93,06
	Parda	40	7,67	4,77; 12,08	29	5,46	3,33; 08,82
	Negra ou preta	27	4,66	2,51; 8,47	27	4,48	2,55 ;7,72
Estado Civil	Casado	384	60,82	55,21; 66,15	373	53,78	48,71 ; 58,77
	Solteiro	129	28,64	23,19; 34,78	181	39,34	34,31; 44,60
	Divorciado ou separado	60	8,71	63,72; 11,80	46	5,95	4,14; 8,46
	Viúvo	9	1,83	0,90 ; 03,63	9	0,93	0,39; 2,18
Escolaridade (anos)	0– 8 anos	151	23,39	18,09 ; 29,66	128	18,04	13,20; 24,13
	9-11 anos	209	37,88	32,43 ;43,64	171	31,71	25,61; 38,50
	12+ anos	221	38,74	31,44; 46,57	309	50,25	41,73; 58,75
Tabagismo	Nunca fumou	292	53,68	47,92; 59,32	352	61,21	55,73; 66,40
	Ex fumante	163	25,47	20,44; 31,23	155	22,82	18,88; 27,29
	Fumante atual	124	20,86	17,01; 25,29	99	15,98	12,44; 20,27
Atividade física de lazer - 2009	Nenhuma	296	51,25	44,94; 57,52	292	45,7	39,36 ;52,16
	< 150min	102	16,41	13,49; 19,80	122	20,38	16,70; 24,62
	150 – 299min	96	17,35	13,79; 21,59	124	22,14	18,03; 26,86
	>300min	88	14,99	11,60; 19,13	71	11,79	8,99; 15,30
Estado nutricional – 2009	Eutrofia	189	36,89	31,45; 42,68	406	71,07	66,55; 75,21
	Sobrepeso	233	38,65	34,55; 42,90	150	21,43	18,17; 25,07
	Obesidade	155	24,46	20,02; 29,51	50	7,5	5,35; 10,40
Estado nutricional – 2012	Eutrofia	159	32,78	27,01; 39,12	328		55,52; 66,38
	Sobrepeso	225	39,82	35,61 ;44,18	181		23,64; 32,30
	Obesidade	163	2,74	22,75 ;32,58	65		8,72; 14,12
Mudança no Estado nutricional de 2009 a 2012	Manteve-se eutrófico	141	30,03	24,48 ;36,21	312	58,39	52,97; 63,60
	Passou a ser eutrófico	18	2,76	1,68 ;4,47	16	0,27	1,69; 04,27
	Manteve-se com excesso de peso	343	58,8	52,85; 64,49	178	27,59	23,36; 32,25
	Passou a ter excesso de peso	45	8,42	6,07 ;11,55	68	11,32	8,38;15,10

Tabela 2. Distribuição de médias de variáveis de consumo alimentar em homens e mulheres, com e sem DM e/ou HAS diagnosticados em 2009. Estudo de base populacional na população adulta de Florianópolis, SC, Brasil, 2012 (n=1172)

Variável	Homens (n=501)				Mulheres (671)					
	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p
Variáveis de consumo alimentar	Média	IC95%	Média	IC95%		Média	IC95%	Média	IC95%	
Calorias totales (kcal)	2390,51	2354,68; 2426,33	2422,24	2391,47; 2453,01	0,2756	1709,13	1672,29; 1745,97	1830,84	1801,41; 1860,28	<0,001
Sódio total (mg)	3033,26	2982,19; 3033,92	3008,06	3016,65; 3049,88	0,2240	2973,11	2953,71; 2992,52	2925,91	2908,86; 2942,97	<0,001
Açúcar de adição (g)	61,01	59,24; 62,77	64,81	62,88; 66,74	<0,001	62,55	61,21; 63,89	65,89	64,61; 67,18	<0,001
Gordura trans (g)	3,25	3,20; 3,30	3,23	3,17; 3,29	0,7037	3,33	3,28; 3,39	3,36	3,30; 3,42	0,6984
Gordura monoinsaturada (g)	24,12	23,93; 24,31	24,16	23,92; 24,40	0,7309	25,05	24,88; 25,23	25,23	25,11; 25,36	0,010
Álcool (g)	85,50	73,21; 97,79	74,39	59,89; 88,89	0,0744	85,49	80,66; 90,32	82,13	73,88; 90,37	0,0477

Kcal: Calorias; mg: miligramas; g: gramas

Tabela 3. Distribuição de médias ajustadas para fatores sociodemográficos, de variáveis de consumo alimentar, e de mudança no estado nutricional, em homens e mulheres, com e sem DM e/ou HAS diagnosticados em 2009. Estudo de base populacional na população adulta de Florianópolis, SC, Brasil, 2012 (n=1172)

Variável	Homens (n=501)					Mulheres (671)				
	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p*	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p*
Variáveis de consumo alimentar	Média	IC95%	Média	IC95%		Média	IC95%	Média	IC95%	
Calorias totales (kcal)	2410,43	2382,22; 2438,63	2390,26	2355,60; 2424,91	0,391	1767,46	1734,45; 1800,46	1793,76	1762,45; 1825,06	0,248
Sódio total (mg)	3027,31	3009,57; 3045,06	3017,27	2992,55; 3041,99	0,472	2945,46	2928,01; 2962,91	2943,50	2925,55; 2961,44	0,866
Açúcar de adição (g)	62,49	61,23; 63,73	62,74	61,21; 64,25	0,789	65,30	64,42; 65,34	64,25	63,15; 65,34	0,109
Gordura trans (g)	3,24	3,19; 3,28	3,24	3,20; 3,29	0,722	3,34	3,30; 3,38	3,35	3,30; 3,39	0,722
Gordura monoinsaturada (g)	24,13	23,98; 24,28	24,13	23,94; 24,32	0,995	25,20	25,09; 25,30	25,14	25,05; 25,23	0,385
Álcool (g)	85,18	71,93; 98,43	73,93	58,64; 89,21	0,345	82,04	77,73; 86,35	84,67	77,16; 92,19	0,602
Mudança no IMC (2009 a 2012 em kg/m²)	0,67	0,49; 0,86	0,88	0,48; 1,27	0,334	0,82	0,48 1,15	0,77	0,56; 0,98	0,807

*Ajustado para faixa etária, escolaridade, renda per capita e IMC em 2009 (com exceção da variável mudança no IMC que não é ajustada por IMC em 2009).

Kcal: Calorias; mg: miligramas; g: gramas; IMC: Índice de massa corporal

4.2 ARTIGO 2

Consumo de alimentos ultraprocessados após o diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão: um estudo de base populacional

Consumption of ultra-processed foods after the diagnosis of Diabetes Mellitus and / or Hypertension: a population-based study

Autores: Caroline Bandeira 1
Sílvia Giselle Ibarra Ozcariz 2
Emil Kupek 3

1 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

2 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

3 Departamento de Saúde Pública, universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Contato do autor:

Caroline Bandeira

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Campus universitário – Trindade – Florianópolis – SC – Brasil CEP: 88040-970

Telefones: 55 48 3721 9847 / Fax: 55 48 3721 9542

E-mail: nut.carolbandeira@hotmail.com

RESUMO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), são responsáveis por cerca de 71 % de todas as mortes no mundo, estimando-se 57 milhões de mortes anuais. O padrão alimentar da população exerce um efeito significativo no desenvolvimento ou no agravamento destas doenças. O cenário atual da alimentação brasileira tem passado por transformações ao longo dos anos, tendo influência por diversos fatores. Considerando a importância da prevenção e tratamento de portadores de HAS e DM e a relação do consumo alimentar de ultra processados, tendo em vista a relevância da avaliação do padrão alimentar, assim como a necessidade de explorar a alimentação além da ingestão de nutrientes específicos, este estudo objetivou avaliar o consumo alimentar de alimentos ultra processados após o diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão. Trata-se de uma

análise transversal baseada no estudo Epofloripa, uma coorte de base populacional que teve a sua primeira coleta de dados em 2009, e a segunda coleta em 2012. Com uma amostra composta de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade, residentes na zona urbana do município de Florianópolis, sul do Brasil. O estudo ocorreu durante os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010; com 35 entrevistadoras, onde pesquisaram as condições de vida e saúde de todas as regiões e socioeconômicas do município. O Personal Digital Assistant (PDA) foi utilizado para o registro e armazenamento dos dados, com exceção do registro do IR24h que foi aplicado na versão impressa. O consumo alimentar foi avaliado através da aplicação de um recordatório de 24 horas no total da amostra e mais um IR24h aplicado por contato telefônico em uma subamostra de 40%, com a finalidade de ajustar pela variabilidade intrapessoal e obter uma estimativa do consumo habitual. Após os alimentos foram classificados nos quatro grupos definidos previamente de acordo com a extensão e propósito do processamento industrial, e divididos em alimentos in natura/ minimamente processados e alimentos processados/ultraprocessados. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico STATA versão 13.0, considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento. Com análises descritivas através do cálculo das prevalências, média e desvio padrão e seus respectivos intervalos de confiança. Para avaliar a diferença entre a participação calórica proveniente de alimentos ultraprocessados e o consumo dos mesmos, foi realizada a regressão linear simples e ajustada. Os resultados em relação ao consumo alimentar dos indivíduos existem uma diferença significativa entre as mulheres estudadas em ambos os grupos, com maior consumo de AUP ($p < 0,001$) e elevado consumo de açúcar de adição de AUP, sendo $p = 0,005$. Os resultados indicam prevalências de consumo elevado de AUP em quase 1/3 da amostra estudada. Recomenda-se ainda a realização de novas iniciativas que priorizem o consumo alimentar de alimentos sadáveis em portadores de doenças crônicas melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo.

Palavras chave: consumo alimentar, ultraprocessados, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH), are responsible for around 71% of all deaths in the world, with an estimated 57 million deaths annually. The population's dietary pattern has a significant effect on the development or worsening of these diseases. The current scenario of Brazilian food has undergone transformations over the years, influenced by several factors. Considering the importance of the prevention and treatment of patients with SAH and DM and the relationship of ultra-processed food consumption, in view of the relevance of the evaluation of the dietary pattern, as well as the need to explore food in addition to the intake of specific nutrients, this study aimed to evaluate the food consumption of ultra-processed foods after the diagnosis of Diabetes Mellitus and / or Hypertension. This is a cross-sectional analysis based on the Epofloripa study, a

population-based cohort that had its first data collection in 2009, and the second collection in 2012. With a sample composed of 1,720 adults between 20 and 59 years of age, residents in the urban area of Florianópolis, southern Brazil. The study took place during the months of September 2009 to January 2010; with 35 interviewers, where they researched the living and health conditions of all regions and socioeconomic of the municipality. The Personal Digital Assistant (PDA) was used to record and store data, with the exception of the IR24h record that was applied in the printed version. food consumption was assessed by applying a 24-hour recall to the total sample and another IR24h applied by telephone contact in a 40% subsample, with the purpose of adjusting for intrapersonal variability and obtaining an estimate of usual consumption. After the foods were classified into the four groups previously defined according to the extent and purpose of industrial processing, and divided into fresh / minimally processed foods and processed / ultra-processed foods. Data analysis was performed using the STATA version 13.0 statistical program, considering the sampling plan. Sample weights were used in the estimates, combining the probability of selection in 2009 and the probability of location in 2012, so as to minimize biases related to follow-up losses. With descriptive analyzes by calculating the prevalence, mean and standard deviation and their respective confidence intervals. To assess the difference between the caloric participation from ultra-processed foods and their consumption, simple and adjusted linear regression was performed. The results in relation to the individuals' food consumption, there is a significant difference between the women studied in both groups, with higher consumption of AUP ($p < 0.001$) and high consumption of sugar from addition of AUP, with $p = 0.005$. The results indicate prevalence of high consumption of AUP in almost 1/3 of the studied sample. It is also recommended to carry out new initiatives that prioritize the food consumption of healthy foods in patients with chronic diseases, thus improving the quality of life of the individual.

Kew words: food consumption, ultra-processed, type 2 diabetes mellitus, hypertension

Introdução

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), são responsáveis por cerca de 71 % de todas as mortes no mundo, estimando-se 57 milhões de mortes anuais¹. Suas origens são multifatoriais, com grande influência genética, especialmente relacionado ao estilo de vida, que constituem os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares (DCV), motivo pelo qual são agravos de grande relevância para a saúde pública².

O padrão alimentar da população exerce um efeito significativo no desenvolvimento ou no agravamento destas doenças. O cenário atual da alimentação brasileira tem passado por transformações ao longo dos anos, tendo influência por diversos fatores. Evidências mostram que os tipos de alimentos consumidos estão relacionados a características dos grupos populacionais, como idade, renda, condições de saúde, moradia, entre outros^{3,4}.

O consumo regular de alimentos ricos em fibras e de baixa densidade energética como frutas, legumes e verduras são fatores de proteção para o desenvolvimento de diferentes patologias^{5,6}. Em contrapartida, redução do consumo destes alimentos, dentre outros alimentos frescos *in natura* e minimamente processados⁷, apontados como protetores, favorecem o aumento da prevalência dessas DCNT⁸; sendo também considerado como a principal causa de mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade (*disability adjusted life years - DALY*) atribuídos a fatores de risco dietéticos no mundo^{9,10}.

Sabe-se que o padrão alimentar “ocidental”, impacta na qualidade nutricional da dieta e na saúde dos indivíduos. Esse consumo alimentar caracterizado pelo consumo de alimentos com elevada concentração de gorduras, açúcares e sódio, assim como alimentos processados e ultraprocessados^{9,11} (geralmente de alta densidade energética e baixa qualidade nutricional) tem sido frequentemente associado ao aumento no risco de HAS, DM e obesidade^{7,8}.

Entretanto, estudos que investigaram o consumo de alimentos na perspectiva do processamento raramente têm contemplado a população portadora de DCNT, o que evidencia uma lacuna existente na literatura¹². Nessa perspectiva, é importante caracterizar e conhecer os padrões alimentares desta população, o que pode ser obtido através do uso de instrumentos de avaliação da ingestão alimentar habitual^{13,14}.

Considerando a importância da prevenção e tratamento de portadores de HAS e DM e a relação do consumo alimentar de ultra processados, tendo em vista a relevância da avaliação do padrão alimentar, assim como a necessidade de explorar a alimentação além da ingestão de nutrientes específicos, este estudo objetivou avaliar o consumo alimentar de alimentos ultra processados após o diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão.

Métodos

Trata-se de uma análise transversal baseada no estudo EpiFloripa, uma coorte de base populacional que teve a sua primeira coleta de dados em 2009, e a segunda coleta em 2012. Com uma amostra composta de 1.720 adultos entre 20 e 59 anos de idade, residentes na zona urbana do município de Florianópolis, sul do Brasil. O estudo ocorreu durante os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010; com 35 entrevistadoras, onde pesquisaram as condições de vida e saúde de todas as regiões e socioeconômicas do município. Para o cálculo do tamanho da amostra do EpiFloripa 2009, foi utilizado a fórmula para cálculo de prevalência por meio do programa Epi-Info versão 6.04 de domínio público.

A amostragem foi por conglomerados, sendo que em cada residência sorteada, todos os adultos responderam a um questionário. Além disso, os participantes da pesquisa foram pesados, medidos e tiveram a circunferência da cintura e pressão arterial verificadas.

As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários, unidades de recenseamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada. A unidade de segundo estágio foi o domicílio, e todos os adultos eram elegíveis. Foram sorteados aleatoriamente 60 setores censitários domiciliares urbanos para o estudo, dentre os 420 setores existentes na cidade. Estes setores estão agregados em dez distritos.

O Personal Digital Assistant (PDA) foi utilizado para o registro e armazenamento dos dados, com exceção do registro do IR24h que foi aplicado na versão impressa. o consumo alimentar foi avaliado através da aplicação de um recordatório de 24 horas no total da amostra e mais um IR24h aplicado por contato telefônico em uma subamostra de 40%, com a finalidade de ajustar pela variabilidade intrapessoal e obter uma estimativa do consumo habitual. A técnica de aplicação do instrumento foi a do “Multiple pass method” também conhecido como Passagem Múltipla, método que consiste na estimulação da memória do indivíduo, que é consultado sobre o consumo de todos os alimentos e bebidas ingeridas desde a meia noite de anteontem até a meia noite de ontem. Após a aplicação dos IR24h as informações serão introduzidas no software NDSR (Nutrition Data System for Research) da Universidade de Minnessota. Em relação ao NDS-R, foi utilizada a versão

grad pack 2011 do programa (programa para estudantes de pós-graduação com preço diferenciado para análise de dados da tese), que tem como principal base de dados a tabela norte-americana do USDA (United States Department of Agriculture). Entre as vantagens para o uso do NDS-R estão a disponibilidade de informações de mais de 150 nutrientes, a relação de mais de 18.000 tipos de alimentos e a possibilidade de exportação para mais de nove tipos diferentes de arquivos de texto, os quais permitem a análise de nutrientes, alimentos e refeições em nível individual.

Em relação às variáveis antropométricas foram verificadas as medidas de peso e altura obtendo sua relação através do Índice de Massa Corporal (IMC). Quanto à categorização do IMC foi utilizada para adultos a classificação da Organização Mundial da Saúde ¹⁵. As variáveis comportamentais foram práticas de atividade física de lazer, e tabagismo. Com o banco de dados no Stata, foi realizado a ordenação ascendente das variáveis gramas e energia, na tentativa de identificar indivíduos com valores de ingestão muito baixos e que, portanto, poderiam ser indicativos da existência erros.. Para classificação segundo grau de processamento industrial, os alimentos foram convertidos em energia (kcal) e nutrientes (carboidratos (g), gordura (g), proteína (g), utilizando os dados obtidos através do software NDSR, que fornece dados da tabela de composição de alimentos da US Department of Agriculture (USDA) ^{16,17}. Após a conversão dos itens alimentares em energia, foram calculadas as estimativas de consumo individual e os alimentos foram classificados nos quatro grupos definidos previamente de acordo com a extensão e propósito do processamento industrial, e divididos em alimentos in natura/ minimamente processados e alimentos processados/ultraprocessados .

A variável de exposição será avaliada o consumo alimentar de AUP considerando o diagnóstico autoreferido e se a partir do diagnóstico da doença aderem as recomendações alimentares segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019)¹⁸ e Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020)¹⁹.

As variáveis sociodemográficas foram obtidas em 2009 e categorizadas em sexo feminino e masculino, e escolaridade em anos completos e categorizadas em 0-8 9-11; 12 ou mais, estado civil em solteiro, casado, divorciado ou viúvo e faixa etária categorizadas em (20-29 anos, 30-39, 40-49 e 50-59 respectivamente). As informações referentes ao tabagismo foram coletadas em 2009 por meio de questões categorizadas

em relação ao fumo foi categorizadas em nunca fumou, ex-fumante, e fumante atual. A prática de atividade física foi avaliada pelo domínio lazer, recomendando o mínimo de 150min/semana.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, na qual foram empregadas proporções (%) e respectivos IC de 95% para variáveis categóricas. Na análise bruta, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas dicotômicas e politômicas nominais. Para avaliar a diferença entre a participação calórica proveniente de alimentos ultraprocessados entre indivíduos doentes e sem doença, foi realizada a regressão linear simples e ajustada.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico STATA versão 13.0, considerando o plano de amostragem. Pesos amostrais foram usados nas estimativas, combinando a probabilidade de seleção em 2009 e a probabilidade de localização em 2012, para assim minimizar vieses relacionados com as perdas de acompanhamento.

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (no 351/08 e 1772/11) e os participantes assinaram um termo de consentimento em cada onda da pesquisa.

Resultados

Participaram do presente estudo 1720 indivíduos pertencentes do Epifloripa 2009, sendo que a taxa de resposta foi de 85% (n=1462) e 57,01% foi composta pelo sexo feminino. Dos que referem ter DM e/ou HAS, 58,47% (n=303) são do sexo masculino e 41,53% (n=279) feminino.

Conforme a Tabela 1 apresenta, dos indivíduos com a doença, 28,42% tinham entre 20 - 29 anos, 20,27% tinham 30 - 39 anos, 24,38% tinham 40 - 49anos, enquanto 26,93% tinham 50 - 59 anos. Considerando a cor da pele a prevalência é de 87,67% da cor branca e em relação ao estado civil, os indivíduos casados representam 60,82%.

Já os indivíduos com a doença na onda de 2009, apenas 36,89% são eutróficos, e em 2012 32,78%.

Quanto a mudança do estado nutricional após o diagnóstico da doença, 58,8% manteve-se com excesso de peso ou passou a ter excesso de peso.

Verificou-se que existe uma diferença significativa entre as mulheres estudadas em ambos os grupos, com maior consumo de AUP ($p < 0,001$) e elevado consumo de açúcar de adição de AUP, sendo $p = 0,005$. Porém em ambos os sexos e nos com e sem a doença, houve significância ($p < 0,001$) em relação a mudança do estilo de vida nas duas ondas. Como descritos na tabela 2.

Após o ajuste para os fatores de confusão, a prevalência de consumo elevado de alimentos ultraprocessados se mostra semelhante entre os grupos com e sem a doença em ambos os sexos. Os resultados indicam prevalências de consumo elevado de AUP em quase 1/3 da amostra estudada, como mostra na tabela 3.

Discussão

Sabe-se que o processamento dos alimentos impacta diretamente na qualidade nutricional da dieta e na saúde humana e que o consumo de alimentos ultraprocessados (geralmente de alta densidade energética e baixa qualidade nutricional) tem sido frequentemente associado ao aumento no risco de muitas doenças crônicas, como diabetes e/ou hipertensão arterial.

De maneira geral, no que diz respeito ao consumo alimentar, foi observado neste estudo que o maior consumo de AUP é entre as mulheres, assim como consumo de açúcar de adição de AUP. Achado que corrobora com um estudo de base populacional realizado com 655 adultos hipertensos do estado de Alagoas¹⁸. No qual os autores relatam a importância de considerar que há disponibilidade desse grupo de alimentos na região nordeste e seu consumo é do hábito alimentar da população oriunda dessa região, bem como no estudo de Pernambuco com 397 adultos hipertensos e/ou diabéticos^{18,19}.

Em uma população de adultos que participou da Coorte de Nascimento de Pelotas de 1982, o consumo do grupo de alimentos ultraprocessados foi responsável por mais da metade (51,2%) da ingestão total, dessemelhante ao encontrado neste estudo²⁰. O consumo desses alimentos foi positivamente associado à ingestão de AUP, demonstrando a contribuição negativa do consumo desses alimentos para a qualidade da dieta¹².

Porém é de extrema importância que uma população acometida por doenças crônicas não transmissíveis entenda que a qualidade da dieta em relação a todos os nutrientes para que não prejudicar ainda mais as condições de saúde ^{12,23}.

Uma análise dos dados da pesquisa longitudinal ELSA-Brasil, verificou que pode haver uma relação entre a resposta inflamatória crônica e o consumo elevado de ultraprocessados ²³. Assim como, um estudo realizado com dados da coorte francesa NutriNet-Santé demonstrou que o consumo de alimentos ultraprocessados estava associado a um risco de mortalidade global maior ²⁴.

Todavia, há uma tendência de consumo superior de alimentos ultraprocessados mesmo que não tenha uma significância estatística quando comparada entre homens e mulheres, porém sinaliza a progressão da doença, o que corrobora conforme já descrito na literatura ^{12,19}.

O recordatório alimentar aplicado e posteriormente o IR24hr via contato telefônico limita o número de alimentos investigados, não permitindo estimar o consumo absoluto dos indivíduos. Por outro lado, esse instrumento também exige certa habilidade cognitiva do indivíduo para referir o consumo alimentar médio de um certo tempo passado, entretanto, é amplamente utilizado e reconhecido na investigação do consumo alimentar e associação com doenças crônicas em estudos epidemiológicos, permitindo avaliar que a ingestão habitual não altera o padrão de consumo e elimina as variações de consumo do dia a dia ^{12,19,21}.

Considerando essa perspectiva pode haver um viés de informação, onde os indivíduos tendem a responder aquilo que é desejável, por ser uma entrevista autorreferida.

Conclusão

O consumo diário de alimentos ultraprocessados entre as mulheres com e sem a doença é maior.

Entretanto, faz-se necessário da promoção da alimentação adequada e saudável, direcionada principalmente aos diabéticos e/ou hipertensos para essa população.

Este estudo pode contribuir para proporcionar melhorias na assistência alimentar e nutricional, direcionando as ações com foco nas características da população avaliada e de fatores relacionados à adoção de hábitos alimentares saudáveis, além de ser

relevante para o desenvolvimento de políticas públicas de alimentação e nutrição para a população acometida por DM e HAS.

Recomenda-se ainda a realização de novas iniciativas que priorizem o consumo alimentar de portadores de doenças crônicas na perspectiva do processamento industrial dos alimentos.

Financiamento

Este artigo é originário do Projeto EpiFloripa: Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processos de números 485327/2007-4 e 508903/2010-6, e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em parceria com o CNPq, edital Pesquisador Visitante Especial PVE A020/2013. Todas as fases do estudo foram desenvolvidas pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Agradecimentos

Agradecemos aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização do deste estudo e ao Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina pela sua parceria na realização dos exames laboratoriais.

Aspectos éticos

O EpiFloripa Adultos foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (pareceres 351/2008 e 1.772/2011) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (parecer 724.824/2014). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas diferentes ondas do estudo.

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Time to deliver: report of the WHO Independent High- Level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo. Linha de cuidado – hipertensão e diabetes. Vitória, 2017.
3. Bezerra IN, Souza AM, Pereira RA, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1 Supl): 200S-11S.
4. Gadenz SD, Benvegnú LA. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(12): 3523-33.
5. Alonso A, Fuente C, Martín-Arnau AM, Irala J, Martínez JA, Martínez-González MA. Fruit and vegetable consumption is inversely associated with blood pressure in a Mediterranean population with a high vegetable-fat intake: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) Study. *Br J Nutr* 2004; 92(2): 311–19.
6. Van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men. *Ann Intern Med* 2002; 136(3): 201-9.
7. Mendonça RD, Lopes ACS, Pimenta AM, Gea A, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M. Ultraprocessed food consumption and the incidence of hypertension in a Mediterranean cohort: the Seguimiento Universidad de Navarra Project. *Am J Hypertens* 2017; 30(4): 358-66.
8. Monteiro CA, Moubarac JC, Levy RB, Canella DS, Louzada MLDC, Cannon G. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. *Public Health Nut* 2018; 21(1): 18-26.
9. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, Guerrero R, Ikeda N, Kyobutungi C, Msyamboza KP, Oum S, Lynch JW, Marmot MG, Ezzati M. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381(9866):585- 597.
10. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019; 393: 1958-72.

11. Martins MPSC, Gomes ALM, Martins MCC, Mattos MA, Souza Filho MD, Mello DB, Dantas EHM. Food intake, blood pressure and metabolic control in elderly hypertensive diabetics. *Rev Bras Cardiol* 2010; 23(9):162-170.
12. Barbosa MAG, Souza NP, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos na perspectiva do processamento industrial dos alimentos. *Rev de Atenção à Saúde* 2020; 18 (65): 76-89.
13. Silva TA, Vasconcelos SML. Procedimentos metodológicos empregados em questionários de frequência alimentar elaborados no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Nutr* 2012; 25(6):785-797.
14. Ferreira RC, Vasconcelos SML, Santos EA, Padilha BM. Consumo de alimentos preditores e protetores de risco cardiovascular por hipertensos do estado de Alagoas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7):2419-2430, 2019
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.
16. Conway JM, Ingwersen LA, Moshfegh AJ. Accuracy of dietary recall using the USDA five-step multiple-pass method in men: An observational validation study. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004;104(4):595-603. 28.
17. Conway JM, Ingwersen LA, Vinyard BT, Moshfegh AJ. Effectiveness of the US Department of Agriculture 5-step multiple-pass method in assessing food intake in obese and nonobese women. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2003 May 1, 2003;77(5):1171- 8
18. Ferreira RC et al. Consumo de alimentos preditores e protetores de risco cardiovascular por hipertensos do estado de Alagoas, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(7): 2419-30.
19. Barbosa MAG, Souza NP, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP .Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos .*Revista de Atenção à Saúde | São Caetano do Sul, SP | v.18 | n. 65 | p. 76-89 | jul./set. 2020 | ISSN 2359-4*
20. Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev Saúde Pública* 2015; 49: 28
21. Schneider BC, Motta JVS, Muniz LC, Bielemann RM, Madruga SW, Orlandi SP, et al. Desenho de um questionário de frequência alimentar digital

- autoaplicado para avaliar o consumo alimentar de adolescentes e adultos jovens: coortes de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(2): 419-32.
22. Kipnis V, Midthune D, Freedman LS, Bingham S, Schatzkin A, Subar A, et al. Empirical Evidence of Correlated Biases in Dietary Assessment Instruments and Its Implications. *Am J Epidemiol* 2001; 153(4): 394–403
23. Cruz AES. Consumo de alimentos ultraprocessados e proteína c-reativa no estudo longitudinal de saúde do adulto (Elsa-Brasil) [dissertação de mestrado]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto; 2016. 26.
24. Schnabel L, Kesse-Guyot E, Allès B, Touvier M, Srour B, Hercberg S, et al. Association Between Ultraprocessed Food Consumption and Risk of Mortality Among Middle-aged Adults in France. *JAMA Intern Med* 2019; 179(4):490-498.

Tabela1. Distribuição de características sócio-demográficas e comportamentais dos adultos avaliados no ano de 2009 (*baseline*) e em 2012 (*follow up*) no estudo Epifloripa Adulto, Florianópolis, Santa Catarina.

Variável independente	Categoria	Com DM e/ou HAS (n= 582)			Sem DM e/ou HAS (n= 609)		
		Frequência n	Frequência %	IC95%	Frequência n	Frequência %	IC95%
Sexo	Masculino	303	58,47	53,15; 63,59	209	40,35	36,32; 44,51
	Feminio	279	41,53	36,40; 46,84	400	59,65	55,48; 63,67
Faixa etária (anos)	20 a 29	112	28,42	23,35; 34,10	204	46,57	40,18; 53,07
	30 a 39	106	20,27	16,57; 24,54	160	24,98	21,11; 29, 31
	40 a 49	182	24,38	20,64; 28,56	159	18,85	15,51; 22,73
	50 a 59	182	26,93	22,78; 31,51	086	9,59	07,51; 12,19
Cor da Pele	Branca	512	87,67	81,73; 91,87	552	90,06	85, 94; 93,06
	Parda	40	7,67	4,77; 12,08	29	5,46	3,33; 08,82
	Negra ou preta	27	4,66	2,51; 8,47	27	4,48	2,55 ;7,72
Estado Civil	Casado	384	60,82	55,21; 66,15	373	53,78	48,71 ; 58,77
	Solteiro	129	28,64	23,19; 34,78	181	39,34	34,31; 44,60
	Divorciado ou separado	60	8,71	63,72; 11,80	46	5,95	4,14; 8,46
	Viúvo	9	1,83	0,90 ; 03,63	9	0,93	0,39; 2,18
Escolaridade (anos)	0– 8 anos	151	23,39	18,09 ; 29,66	128	18,04	13,20; 24,13
	9-11 anos	209	37,88	32,43 ;43,64	171	31,71	25,61; 38,50
	12+ anos	221	38,74	31,44; 46,57	309	50,25	41,73; 58,75
Tabagismo	Nunca fumou	292	53,68	47,92; 59,32	352	61,21	55,73; 66,40
	Ex fumante	163	25,47	20,44; 31,23	155	22,82	18,88; 27,29
	Fumante atual	124	20,86	17,01; 25,29	99	15,98	12,44; 20,27
Atividade física de lazer - 2009	Nenhuma	296	51,25	44,94; 57,52	292	45,7	39,36 ;52,16
	< 150min	102	16,41	13,49; 19,80	122	20,38	16,70; 24,62
	150 – 299min	96	17,35	13,79; 21,59	124	22,14	18,03; 26,86
	>300min	88	14,99	11,60; 19,13	71	11,79	8,99; 15,30
Estado nutricional – 2009	Eutrofia	189	36,89	31,45; 42,68	406	71,07	66,55; 75,21
	Sobrepeso	233	38,65	34,55; 42,90	150	21,43	18,17; 25,07
	Obesidade	155	24,46	20,02; 29,51	50	7,5	5,35; 10,40
Estado nutricional – 2012	Eutrofia	159	32,78	27,01; 39,12	328		55,52; 66,38
	Sobrepeso	225	39,82	35,61 ;44,18	181		23,64; 32,30
	Obesidade	163	2,74	22,75 ;32,58	65		8,72; 14,12
Mudança no Estado nutricional de 2009 a 2012	Manteve-se eutrófico	141	30,03	24,48 ;36,21	312	58,39	52,97; 63,60
	Passou a ser	18	2,76	1,68 ;4,47	16	0,27	1,69; 04,27

eutrófico						
Manteve-se com	343	58,8	52,85; 64,49	178	27,59	23,36; 32,25
excesso de peso						
Passou a ter excesso	45	8,42	6,07 ;11,55	68	11,32	8,38;15,10
de peso						

Tabela 2. Prevalência de consumo elevado de alimentos ultraprocessados (quartil superior de participação no VET), em homens e mulheres, com e sem DM e/ou HAS diagnosticados em 2009. Estudo de base populacional na população adulta de Florianópolis, SC, Brasil, 2012 (n=1172)

Variável	Homens (n=501)					Mulheres (671)				
	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p
	%	IC95%	%	IC95%		%	IC95%	%	IC95%	
Consumo elevado de AUP	13,27	8,40; 20,32	17,86	11,45; 26,76	0,149	31,27	26,31; 36,70	46,78	40,58; 53,08	<0,001
Consumo elevado de sódio de AUP	25,17	18,62; 33,11	26,84	18,25; 37,61	0,515	28,40	23,51; 33,85	32,94	27,43; 38,97	0,453
Consumo elevado de açúcar de adição de AUP	23,18	17,41; 30,15	21,64	15,09; 30,03	0,849	27,46	22,16; 33,48	41,64	33,99; 49,72	0,005
Mudança no Estado nutricional de 2009 a 2012					<0,001					<0,001
Manteve-se eutrófico	32,43	24,96; 40,92	59,16	49,15; 68,46		26,74	20,64; 33,86	57,85	53,00; 62,56	
Passou a ser eutrófico	02,93	1,39; 06,94	03,03	01,32; 06,79		02,52	01,27; 04,89	02,47	01,36; 04,45	
Manteve-se com excesso de peso	57,54	49,36; 65,34	26,80	20,40; 34,33		60,51	53,53; 67,09	28,14	24,02; 32,67	
Passou a ter excesso de peso	07,09	04,11; 11,95	11,02	06,35; 19,43		10,24	06,96; 14,80	11,53	08,46; 15,53	

AUP: Alimento ultraprocessado; IC95%: Intervalo de confiança de 95%

Tabela 3. Prevalência de consumo elevado de alimentos ultraprocessados (quartil superior de participação no VET), em homens e mulheres, com e sem DM e/ou HAS diagnosticados em 2009, dados ajustados para variáveis sociodemográficas e IMC na linha de base. Estudo de base populacional na população adulta de Florianópolis, SC, Brasil, 2012 (n=1172)

Variável	Homens (n=501)					Mulheres (671)				
	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p*	Com DM e/ou HAS		SEM DM e/ou HAS		Valor-p*
	%	IC95%	%	IC95%		%	IC95%	%	IC95%	
Consumo elevado de AUP	17,39	12,14; 22,64	13,88	09,04; 18,72	0,338	42,91	35,14; 44,86	40,00	35,14; 44,86	0,454
Consumo elevado de sodio de AUP	28,24	22,05; 34,42	23,70	17,15; 30,25	0,279	32,95	25,68; 40,22	30,50	25,67; 35,41	0,617
Consumo elevado de açúcar de adição de AUP	25,82	20,24; 31,40	19,37	13,97; 24,77	0,142	37,88	31,32; 44,44	35,67	30,90; 40,43	0,552

Variáveis ajustadas por faixa etária, escolaridade e IMC na linha de base.

AUP: Alimento ultraprocessado; IC95%: Intervalo de confiança de 95%

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado teve como objetivo verificar o perfil alimentar entre adultos com e sem diagnóstico de DM e/ou HAS, assim como avaliar a participação calórica de alimentos ultraprocessados na dieta e comparar o perfil de consumo entre indivíduo com e sem a doença.

Os resultados obtidos nos dois artigos apresentados trazem informações atualizadas sobre o conhecimento relacionado à temática e destacam-se pela qualidade da metodologia utilizada no processo de coleta e análise dos dados.

Os resultados do primeiro artigo apontam a baixa adesão as recomendações dietéticas entre os pacientes com DM e/ou HAS, evidenciando que mesmo após o diagnóstico da doença os mesmos não modificam seu estilo de vida o que pode piorar ainda mais o quadro das DCNT. Com isso as diretrizes dietéticas não devem ser consideradas isoladamente e devem refletir a compreensão de sua aplicabilidade à cultura alimentar de uma população, usando uma abordagem prática baseada em evidências através de diretrizes da SBD(2019) , SBC(2020) , assim como da OMS.

Porém esse comportamento foi maior entre os que apresentam DM e/ou HAS, mostrando que mesmo que não tenha tido significância estatística, o que sinaliza uma tendência para a progressão da doença. A prática de atividade física que é um das variáveis que auxiliam no tratamento de ambas comorbidades e mais que a metade 51,25% não praticam nenhuma atividade física sem diferenças entre sexos, assim como 58,8% se mantêm com excesso de peso após o diagnóstico da doença. Algo que se faz necessário ter um sinal de alerta, fazendo-se necessário que campanhas de conscientização de prevenção, promoção e tratamento de DCNT sejam enfatizadas a nível de políticas públicas de saúde .

O resultado do segundo artigo avaliou o consumo alimentar de alimentos ultraprocessados, comparando com os indivíduos doentes e sem a doença, e mostrou que o consumo diário de alimentos ultraprocessados é maior em mulheres. Porém após o ajuste para os fatores de confusão, a prevalência de consumo elevado de alimentos ultraprocessados se mostra semelhante entre os grupos com e sem a doença em ambos

os sexos. Indicando prevalências de consumo elevado de AUP em quase 1/3 da amostra estudada, Revelando um dado importante, já que muitos indivíduos após o diagnóstico da doença continuam ingerindo estes alimentos que influencia também o agravamento da condição de saúde dos indivíduos já acometidos pela doença. Pois estes possuem o mesmo perfil alimentar identificados nos não doentes.

Nesse sentido, é necessários outros estudos para que seja trabalhado a educação nutricional em indivíduos com e sem DM e/ou HAS favorecendo mudanças de hábitos e assim contribuir para a saúde como um todo. E ressalta-se que é essencial o profissional estar próximo do paciente para repassar informações, o que estimula o interesse do mesmo pelo tratamento e a consciência de segui-lo.

Além de ações de promoção à saúde envolvendo atuação intersetorial pactuada, visando o desencadeamento de ações articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. Com abordagens integradas de fatores de risco e protetores, visando prevenção e controle das DCNT.

Com isso, é de extrema importância que a dieta seja individualizada, de acordo com a idade, sexo, estado nutricional, fisiológico e metabólico, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica, disponibilidade de alimentos, dentre outros. Isto contribui para que o tratamento se torne parte da rotina do indivíduo de uma forma menos sacrificante. Pois, a inadequação alimentar é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis das DCNT, entre as quais se destacam DM e o HAS.

Sendo assim, o ato de comer envolve aspectos além do fisiológico, principalmente relacionados ao convívio social e a prazeres, e nós profissionais da saúde de contribuir com a sua melhora no estilo e comportamento de vida.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEGUNDE DO, MATHERS CD, ADAM T, ORTEGON M, STRONG K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007 Dec 8;370(9603):1929-38.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde debate* | rio de janeiro, V. 38, N. 101, P. 328-337, abr-jun 2014
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2012. *Diabetes Care*. 2012; (Suppl 1) 35:511-563.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S1-131.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. Volume 42, Supplement 1, January 2019
- AINSWORTH BE, HASKELL WL, HERRMANN SD, MECKES N, BASSETT DR JR ET AL. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(8):1575-81.
- BENNETT, J. E., STEVENS, G. A., MATHERS, C. D., BONITA, R., REHM, J., KRUK, M. E., EZZATI, M. (2018). NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 392(10152), 1072–1088.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão Arterial. Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica; 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica; 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo. Linha de cuidado – hipertensão e diabetes. Vitória, 2017.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Diabetes Mellitus / SAS. – 2. Ed. – Curitiba:2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE .VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acessado em : 10 de agosto de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Popular da População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021 - 2030. Brasília, 2020

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS). {Internet} Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def/2008-2018/ CID 10-Capitulos I00 I99>; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>. Acessado em 19/10/2020.

BOTTA,PG. Hipertensão e diabetes Mellitus : perfil assistencial e de usuários em uma unidade de saúde do interior paulista / Paula Graziane Botta. Dissertação - Botucatu, 2015.

CONWAY J, INGWERSEN L, MOSHFEGH A. Accuracy of dietary recall using the USDA five-step multiple-pass method in men: an observational validation study. J Am Diet Assoc. 2004 Apr;104(4):595- 603.

CONWAY J, INGWERSEN L, VINYARD B, MOSHFEGH A. Effectiveness of the US Department of Agriculture 5-step multiple-pass method in assessing food intake in obese and nonobese women. Am J Clin Nutr. 2003 May;77(5):1171-8.

CHOR D, RIBEIRO AL, CARVALHO MS, DUNCAN BB, LOTUFO PA, NOBRE AA, ET AL. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables

on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. PLOS One. 2015;10(6):e0127382.

CONWAY JM, INGWERSEN LA, MOSHFEGH AJ. Accuracy of dietary recall using the USDA five-step multiple-pass method in men: An observational validation study. Journal of the American Dietetic Association. 2004;104(4):595-603. 28.

CONWAY JM, INGWERSEN LA, VINYARD BT, MOSHFEGH AJ. Effectiveness of the US Department of Agriculture 5-step multiple-pass method in assessing food intake in obese and nonobese women. The American Journal of Clinical Nutrition. 2003 May 1, 2003;77(5):1171- 8

DEBORAH CARVALHO MALTA E JARBAS BARBOSA DA SILVA JR O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013

DITEN. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral / Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional no Diabetes mellitus. Borges VC, Correia MIT, Alvarez-Leite J. 2011.

DOMINGUES AG, SILVA BBC, BIERHALS IO, BARROS CF. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil* Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 28(2):e2018298, 2019

FREITAS LRS, POSENATO LG. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saude 2012; 21(1):7-19.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011

FLORINDO AA, HALLAL PC, MOURA ECD, MALTA DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. Revista de Saúde Pública. 2009;43:65-73

FOROUZANFAR MH, AFSHIN A, ALEXANDER LT, ANDERSON HR, BACHMANN VF, BIRYUKOV S, et al; GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386(10010):2287-323.

GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980- 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study . Lancet. 2017;390(10100):1151-210.

GIMENO SG, FERREIRA SR, CARDOSO MA, FRANCO LJ, IUNES M. Weight gain in adulthood and risk of developing glucose tolerance disturbance: a study of a

Japanese-Brazilian population. Japanese-Brazilian Diabetes Study Group. *J Epidemiol.* 2000;10(2):103-10.

HABICHT J. [Standardization of quantitative epidemiological methods in the field]. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1974 May;76(5):375- 84.

HUANG, L., WANG, Z., WANG, H. *et. al.* Nutrition transition and related health challenges over decades in China. *Eur J Clin Nutr* 75, 247–252
(2021)INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Atlas. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acessado em: 25 de novembro de 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. / IDF Diabetes Atlas Oitava Edição 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acessado em: 12 de dezembro de 2018

LAKERVELD J, VERSTRATE L, BOT SD, KROON A, BAAN CA, BRUG J, et al. Environmental interventions in lowSES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *Eur J Public Health.* 2014; 24(3): 390-5.

LEE IM, SHIROMA EJ, LOBELO F, ET AL. Effect of physical inactivity on major non communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012; 380:219-229

LIMA NS, CALÁBRIA LK, MELO JV, RODRIGUES NBC, LOPES PD, BORGES AC, FRANCO IP, HERNÁNDEZ CG, ROSA TA, SILVA EL, OLIVEIRA KR . Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em população no assentamento da reforma agrária no Pontal do Triângulo Mineiro . *Rev Med Saude Brasilia* 2018; 7(1):5-23

LIMA, L.M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; ZILLMER, J.G.V.; LUDTKE, I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.32, n.2, p.323-329, 2011

LOHMAN T, ROACHE A, MARTORELL R. Anthropometric Standardization Reference Manual. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 1992;24(8):952.

MAGRI S, AMARAL NWA, MARTINI DN, SANTOS LZMS, SIQUEIRA LO Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2020 abr.-jun.;14(2):386-400 [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278

MALERBI DA, FRANCO LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care.* 1992;15(11):1509-16

MALTA DA, MORAIS NETO OL, SILVA JUNIOR JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011

MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 22. Num. 1. p.151-164. 2013.

MALTA DC, ISER BPM, ANDRADE SSCA, MOURA L, OLIVEIRA TP, BERNAL RTI. Tendência da prevalência do diabetes melito autorreferido em adultos nas capitais brasileiras, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2014; 23(4):753-760.

MALTA DC, OLIVEIRA TP, VIEIRA ML, SZWARCWALD CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.24 n.2 Brasília jun. 2015

MALTA DC, MORAIS NETO OL, SILVA MMA, ROCHA D, CASTRO AM, REIS AAC, AKERMAN M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1683-1694.

MALTA, D.; R BERNAL, R.T.I; LIMA, M.G., ARAÚJO, S.S.C, SILVA, M.M.A., FREITAS, M.I., BARROS, M.B.A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:4s

MALTA DC,, GONÇALVES RPF, MACHADO IE, FREITAS MIF, AZEREDO C, SZWARCWALD CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, pesquisa nacional de saúde. *Rev Bras epidemiol* 2018; 21(sUpl 1): e180021.sUpl.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia; [tradução Cláudia coana... et al.] 13ª edição – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4·4 million participants. *Lancet* 2016; 387: 1513–30

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 populationbased measurement studies with 19·1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55

NELSON ME, REJESKI WJ, BLAIR SN, DUNCAN PW, JUDGE JO, KING AC, ET AL. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007; 1-11.

KIRSTEN, J. , KATAOK M., WILLIAMS SM., CHISHOLM AW., VORGERS MS., MANN JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes Who are hyperglycaemic despite optimised drug treatment— Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled Trial. 2010.

WHO HEALTH ORGANIZATION. Resolution WHA 57.9. Global strategy on diet, physical activity and health. In: 57th WORLD HEALTH ASSEMBLY 2004, Geneva: WHO, 2004.

WHO HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005.

WHO HEALTH ORGANIZATION .Resolution WHA 60.23. Prevention and control of noncommunicable diseases:implementation of the global strategy. In: 60th WORLD HEALTH ASSEMBLY, Geneva: WHO, 2007

WHO HEALTH ORGANIZATION .2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Resolution WHA 53.17. Prevention and control of noncommunicable diseases. In: FIFTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY 2000, Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Time to deliver: report of the WHO Independent High- Level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018.

WORLD HEALTH ORGANOZATION. The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023; 2019.

WORLD HEALTH ORGANOZATION. The SAFER action package: a world free from alcohol related harms. Genebra, Suíça: OMS, 2018c. Disponível em: . Acesso em: 20 ago. 2019.

OLIVEIRA, J. E. P.; FOSS-FREITAS, M. C.; JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. – São Paulo: Editora Clannad, 2017.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v.54, n.5, 2010.

PEREIRA, R.; SOUZA, R. , VALE, J. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 6(1): 99-108, jan-jun, 2015.

- PICON RV, FUCHS FD, MOREIRA LB, RIEGEL G, FUCHS SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. *PLOS One*. 2012;7(10):e48255
- PINHEIRO A. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5 ed ed: Editora Atheneu; 2004.
- POPKIN BM. Nutrition Transition and the Global Diabetes Epidemic. *Curr Diab Rep*. 2015 Sep;15(9):64. doi: 10.1007/s11892-015-0631-4. PMID: 26209940; PMCID: PMC4942180.
- RAO PV. Type 2 diabetes in children: clinical aspects and risk factors. *J Endocrinol Metab*. 2015;19(Suppl 1):S47-50.
- RZEWUSKA M, DE AZEVEDO-MARQUES JM, COXON D, ZANETTI ML, ZANETTI AC, FRANCO LJ ET AL. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *PLoS One*. 2017;12(2):e0171813.
- SAATH KCO, FACHINELLO AL. Crescimento da Demanda Mundial de Alimentos e Restrições do Fator Terra no Brasil RESR, Piracicaba-SP, Vol. 56, Nº 02, p. 195-212, Abr./Jun. 2018
- SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
- SCHMIDT MI, HOFFMAN JF, DINIZ MFS, LOTUFO PA, GRIEP RH, BENSENOR IM ET AL. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia. The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr*. 2014;123:1-9.
- SCHMIDT MI, DUNCAN BB, AZEVEDO E SILVA G, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
- SIGAL RJ, KENNY GP, WASSERMAN DH, CASTANEDA-SCEPPA C. Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29:1433-1438.
- SILVA EC, MARTINS MSAS, GUIMARÃES LV, SEGRIO NJ, LOPES MAL, ESPINOSA MM Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da amazônia legal. *Rev Bras Epidemiol* Jan-Mar 2016; 19(1): 38-51
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA .Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; [online].ahead print, PP.0-0.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. NOTA TÉCNICA Nº.01/2017: Uso de Sacarose e Diabetes, 2016-2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2017/nota-tecnica-sbd-sacarose-ediabete.pdf>. Acessado em: 12 de dezembro de 2018 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA Regional Rio de Janeiro (SBEM). Complicações Crônicas do Diabetes mellitus. Disponível em: <https://www.sbemrj.org.br/complicacoes-cronicas-do-diabetes-mellitus/>. Acessado em: 10 de dezembro de 2018.

TEIXEIRA, CF. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

Theo Vos,et.al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019,The Lancet,Volume 396, Issue 10258,2020,Pages 1204-1222,ISSN 0140-6736,

ANEXOS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA

Meu nome é <...> . Sou pesquisadora da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? *(Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não. Se marcou p/outro dia – anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada).* **Caso concordou ou ficou na dúvida continue: gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr(a) não serão divulgadas nem as respostas que o(a) Sr(a) nos der. Neste momento deve ser lido o consentimento e a assinatura deve ser pega apenas no final da entrevista.**

BLOCO A: GERAL

Número do questionário: _____ ID_QUEST
Tipo de entrevista: _____ TIPOENT

Setor censitário _____	setor_cens
Número do domicílio: ____ _	num_dom
Número de pessoas residentes no domicílio de até 15 anos: ____	num_res_ate_15_anos
Número de pessoas residentes no domicílio com 60 anos e mais: _____	num_res_mais_60_anos
Nome do(a) entrevistado(a) _____	nome_ent
Nome da mãe do(a) entrevistado(a) _____	nome_mae_ent
Nome do entrevistador: _____	NOME_ENTREVISTADOR
Data da 1ª visita: ____/____/____	data_1a_visita
Data da 2ª visita: ____/____/____	data_2a_visita
Data da 3ª visita: ____/____/____	data_3a_visita
CEP do logradouro: _____ - _____	cep_log
Telefone residencial (fixo) _____	tel_fixo
Celular do entrevistado (a) _____	tel_cel
Telefone trabalho _____	tel_trab
Celular de outro membro da família: _____	outro_cel
Nome do outro membro da família: _____	outro_nome
Telefone de um parente/amigo próximo _____	prox_tel
Nome do parente/amigo próximo _____	prox_nome
AS PERGUNTAS 1 e 2 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELO(A) ENTREVISTADOR(A)	
1. Sexo do (a) entrevistado(a); assinale uma das opções abaixo: (1) masculino (2) feminino	ASEXO

2. Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo (1) branca (2) indígena (3) negra ou preta	ACORPEL
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA	
3. Quantos anos o (a) Sr.(a) tem? <i>(Marcar os anos completos)</i> idade ____ <i>(99) não informou</i>	ANOS
4. Qual sua data de nascimento? dia ____ mês ____ ano _____ (99) IGN	DN
5. Neste momento o (a) Sr.(a) está? (1) casado(a) ou morando com companheiro(a) (2) solteiro(a) (3) divorciado(a) ou separado(a) (4) viúvo(a) (9) IGN	ECIVIL
6. O (A) Sr.(a) considera a sua cor da pele: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (9) IGN	CORPEL
7. Quantas pessoas no total contando com o Sr(a) moram na sua casa? npess ____ (99) IGN	NPRESS
8. Quantos cômodos da sua casa são usados para dormir? cômodos ____ (99) IGN	NCOMOD
10. O (A) Sr.(a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN	ESC
11. Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola? <i>(Marcar série/ano de estudo completo)</i> (1) Anesc ____ (77) Outros (especificar) _____ (88) NSA (99) IGN	ANOSEST
12. No último mês o (a) Sr.(a) trabalhou e ganhou pelo trabalho? (1) sim, com carteira assinada (2) sim, sem carteira assinada (3) sim, funcionário público ou militar (4) sim, estudante (5) não (6) não, estudante (7) não, aposentado/pensionista (9) IGN	TRAB
13. Em qual emprego/trabalho o Sr.(a) trabalhou mais tempo na vida?	MTRAB
14. Qual o principal trabalho que o (a) Sr.(a) realiza atualmente?	PTRAB
BLOCO B: PERGUNTAS ESPECÍFICAS	
AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE A SUA SAÚDE. POR FAVOR, AGUARDE QUE EU TERMINE DE LER AS OPÇÕES E ENTÃO ESCOLHA UMA DELAS.	

15. Em geral o (a) Sr.(a) diria que sua saúde é:	SS1
(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN	

16. Com relação aos seus dentes o (a) Sr.(a) está :	AVALBUCO
(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (9) IGN	

--	--

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O BAIRRO EM QUE O (A) SR.(A) MORA.

17. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) mora neste bairro?	TANOMES
_____ano(s)_____meses (999) IGN	

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS DO BAIRRO EM QUE O(A) SR(A) MORA. PARA CADA UM DOS PROBLEMAS QUE EU DISSER O (A) SR.(A) PODERÁ ESCOLHER UMA DAS TRÊS OPÇÕES: NÃO, ALGUM OU MUITOS PROBLEMAS.

Há problemas no bairro em que o (a) Sr.(a) mora com relação a:

18. Lixo e entulho	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V1
19. Calçamentos irregulares e perigosos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V2
20. Barulho	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V3
21. Vandalismo (pichações em estátuas, muros ou prédios, escolas, brinquedos em praças quebrados, placas ou sinalizações quebradas, orelhão quebrado)	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V4
22. Má fama da vizinhança	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V5
23. Velocidade do trânsito	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V6
24. Cheiros desagradáveis	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V7
25. Poluição de ar, terra ou água	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V8
26. Agressão física, roubos, furtos e assaltos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V9
27. Arrombamentos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V10
28. Seqüestros ou assassinatos	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V11
29. Tráfico e uso de drogas	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V12
30. Problemas com a polícia	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V13
31. Andar pela região depois que escurece	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V14
32. Falta de lugares seguros para as crianças brincarem	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V15
33. Transporte urbano (ônibus)	(0) Não	(1) Algum	(2) Muitos	(9) IGN	V16

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE APARÊNCIA FÍSICA

(Mostrar o cartão com as figuras de corpos)

34. Qual é a figura que melhor representa a sua aparência física atualmente?	SIREAL
(01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (99) IGN	
35. Qual é a figura que melhor representa a aparência física que (o)a Sr.(a) gostaria de ter?	SIDEAL
(01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (99) IGN	
36. Qual é a figura que representa a aparência física que (o)a Sr.(a) considera ideal para o sexo oposto ao seu?	SIOPOS
(01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (99) IGN	

NAS PRÓXIMAS QUESTÕES VOU PERGUNTAR SOBRE SUAS ATIVIDADES FÍSICAS DO DIA-A-DIA

ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE
DO ADULTO FLORIANÓPOLIS 2009

<p>37. Nos últimos três meses, o (a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 42</i> (1) Sim (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 42</i></p>	<p>VIGAF1</p>
<p>38. Qual o principal exercício físico ou esporte que o (a) Sr.(a) praticou?</p> <p>(00) Caminhada (não vale deslocamento para trabalho) (01) Caminhada em esteira (02) Corrida (03) Corrida em esteira (04) Musculação (05) Ginástica aeróbica (06) Hidroginástica (07) Ginástica em geral (10) Natação (11) Artes marciais e luta (12) Bicicleta (13) Futebol (14) Basquetebol (15) Voleibol (16) Tênis (77) Outros (<i>especificar</i>) _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>VIGAF2</p>
<p>39. O (A) Sr.(a) pratica o exercício ou esporte pelo menos uma vez por semana?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 42</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 42</i></p>	<p>VIGAF3</p>
<p>40. Quantos dias por semana o (a) Sr.(a) costuma praticar exercício ou esporte?</p> <p>(0) 1 a 2 dias por semana (1) 3 a 4 dias por semana (2) 5 a 6 dias por semana (3) Todos os dias (8) NSA (9) IGN</p>	<p>VIGAF4</p>
<p>41. No dia que o (a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?</p> <p>(0) Menos que 10 minutos (1) Entre 10 e 19 minutos (2) Entre 20 e 29 minutos (3) Entre 30 e 39 minutos (4) Entre 40 e 49 minutos _____ (5) Entre 50 e 59 minutos (6) 60 minutos ou mais _____ (8) NSA _____ (9) IGN</p>	<p>VIGAF5</p>
<p>42. Nos últimos três meses, o (a) Sr.(a) trabalhou ?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 47</i> (1) Sim (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 47</i></p>	<p>VIGAF6</p>

<p>43. No seu trabalho, o (a) Sr.(a) anda bastante a pé?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	VIGAF7
--	--------

<p>44. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	VIGAF8
<p>45. Para ir ou voltar ao seu trabalho, o(a) Sr.(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 47</i> (1) Sim, todo o trajeto (2) Sim, parte do trajeto (8) NSA (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 47</i></p>	VIGAF9
<p>46. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p>(0) Menos que 10 minutos (1) Entre 10 e 19 minutos (2) Entre 20 e 29 minutos (3) Entre 30 e 39 minutos (4) Entre 40 e 49 minutos (5) Entre 50 e 59 minutos (6) 60 minutos ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	VIGAF10
<p>47. Atualmente, o(a) Sr.(a) esta freqüentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 50</i> (1) Sim (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 50</i></p>	VIGAF11
<p>48. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p>(0) Sim, todo o trajeto (1) Sim, parte do trajeto (2) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 50</i> (8) NSA (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 50</i></p>	VIGAF12
<p>49. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?</p> <p>(0) Menos que 10 minutos (1) Entre 10 e 19 minutos (2) Entre 20 e 29 minutos (3) Entre 30 e 39 minutos (4) Entre 40 e 49 minutos (5) Entre 50 e 59 minutos (6) 60 minutos ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	VIGAF13
<p>50. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?</p> <p>(0) Eu sozinho <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 52</i> (1) Eu com outra pessoa (2) Outra pessoa <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 52</i> (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 52</i></p>	VIGAF14

<p>51. A parte mais pesada da faxina fica com:</p> <p>(0) O (A) Sr.(a) (1) Outra pessoa (2) Ambos (8) NSA (9) IGN</p>	VIGAF15
--	---------

NAS PRÓXIMAS QUESTÕES, VOU PERGUNTAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO

<p>52. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? <i>Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado. Devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais.</i></p> <p>___ refeições (99) IGN</p>	VIGNUT1
---	---------

NAS PRÓXIMAS QUESTÕES O (A) SR.(A) DEVE CONSIDERAR OS DIAS DA SEMANA PARA RESPOSTA. DESTA FORMA O (A) SR.(A) DEVE CONSIDERAR DE 0 A 7 DIAS, SENDO 0 = NENHUM DIA/NUNCA/QUASE NUNCA, 1= UMA VEZ, 2= DUAS VEZES, 3=TRÊS VEZES, 4=4VEZES, 5=5VEZES, 6=6 VEZES E 7= TODOS OS DIAS DA SEMANA.

<p>53. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) toma café da manhã?</p> <p>___ dias (9) IGN</p>	VIGNUT2
---	---------

<p>54. Em quantos dias da semana, o (a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer verdura ou legume cru?</p> <p>___ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 56</i> (9) IGN</p>	VIGNUT3
---	---------

<p>55. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada:</p> <p>(1) no almoço <i>(uma vez por dia)</i> (2) no jantar (3) no almoço e no jantar <i>(duas vezes por dia)</i> (8) NSA (9) IGN</p>	VIGNUT4
--	---------

<p>56. 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, aipim ou inhame?</p> <p>___ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 58</i> (9) IGN</p>	VIGNUT5
---	---------

<p>57. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido:</p> <p>(1) No almoço <i>(uma vez por dia)</i> (2) No jantar (3) No almoço e no jantar <i>(duas vezes por dia)</i> (8) NSA (9) IGN</p>	VIGNUT6
---	---------

<p>58. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)?</p> <p>___ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 60</i> (9) IGN</p>	VIGNUT7
--	---------

<p>59. Quando o(a) Sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr.(a) costuma:</p> <p>(0) Tirar sempre o excesso de gordura visível (1) Comer com a gordura (2) Não come carne vermelha com muita gordura (8) NSA (9) IGN</p>	VIGNUT8
---	---------

<p>60. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha?</p> <p>___ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 62</i> (9) IGN</p>	VIGNUT9
--	---------

61. Quando o(a) Sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr.(a) costuma: (0) Tirar sempre a pele (1) Comer com a pele (2) Não come pedaços de frango/galinha com pele (8) NSA (9) IGN	VIGNUT10
62. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?	VIGNUT11

_ _ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 64</i> (9) IGN	
63. Num dia comum, quantas copos o(a) Sr(a) toma de suco de frutas natural? (0) Um copo (1) Dois copos (2) Três ou mais copos (8) NSA (9) IGN	VIGNUT12
64. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas? _ _ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 66</i> (9) IGN	VIGNUT13
65. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas? (0) Uma vez no dia (1) Duas vezes no dia (2) Três ou mais vezes no dia (8) NSA (9) IGN	VIGNUT14
66. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial tipo Tampico)? _ _ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 69</i> (9) IGN	VIGNUT15
67. Que tipo? (0) Normal (1) Diet/light/zero (2) Ambos (8) NSA (9) IGN	VIGNUT16
68. Quantos copos/latinhas o(a) Sr.(a) costuma tomar por dia? _ _ _ copos/latinhas (88) NSA (99) IGN	VIGNUT17
69. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? _ _ dias <input type="checkbox"/> <i>Se a resposta for 0 pule para questão 71</i> (9) IGN	VIGNUT18
70. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (0) Integral (1) Desnatado ou semi-desnatado (2) Os dois tipos (integral + desnatado ou semi-desnatado) (8) NSA (9) IGN	VIGNUT19
71. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) come alimentos fritos, como batata frita, ovo frito, pastel, aipim frito, bolinho frito? _ _ dias (9) IGN	VIGNUT20
AGORA EU GOSTARIA DE VERIFICAR SUA PRESSÃO, ALTURA, PESO E MEDIR SUA CINTURA	
72. Pressão arterial sistólica (1ª medida): PAS 1 _ _ _ _ (999) IGN	PAS1

73. Pressão arterial diastólica (1º medida): PAD1 _____ (999) IGN	PAD1
74. Peso: _____, ____kg (9999) IGN	PESO
75. Estatura 1:	ESTAT1

Estatura1 _____cm (999) IGN	
76. Estatura 2: Estatura2 _____cm (999) IGN	ESTAT2
77. Perímetro da cintura: <i>(fazer a medida duas vezes e registrar a média encontrada)</i> _____cm (999) IGN	CINTM

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS PARA O(A) SR.(A) SOBRE DOR

78. Atualmente, o(a) Sr.(a) sofre de <i>alguma</i> dor na maioria dos dias? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 80</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DC1
79. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sofre de dor na maioria dos dias? (0) Menos de 3 meses (1) Entre 3 e 6 meses (2) Mais de 6 meses (8) NSA (9) IGN	DC2
80. No último mês o(a) Sr.(a) sentiu dores em várias partes do corpo, acima e abaixo da cintura? (por exemplo: braços e pernas; cabeça e pernas) (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 82</i> (1) Sim (9) IGN	DCD1
81. Esta dor em várias partes do corpo durou mais que 15 dias? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>Se também respondeu “não” (0) na questão 82, pule para questão 85</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN	DCD2

AGORA EU GOSTARIA DE SABER O QUANTO ESTA DOR TE DOEU NA ÚLTIMA SEMANA, PARA ISSO USE UMA PEQUENA ESCALA DE DOR. (Treine com o entrevistado: dor do parto X dor de barriga, ver manual). CONSIDERE A ESQUERDA SEJA A AUSÊNCIA DE DOR (ZERO) E A DIREITA A DOR MÁXIMA SUPOSTÁVEL (100) (Após pergunte:). MOSTRE-ME NA ESCALA COMO O (A) SR.(A) AVALIA SUA DOR NA ÚLTIMA SEMANA?

82. A dor média na semana passada: _____ (888) NSA (999) IGN	DCI
83. A dor mais forte na semana passada: _____ (888) NSA (999) IGN	DCIMAX

84. A dor mais fraca na semana passada: _____ (888) NSA (999) IGN	DCIMIN
85. Nos últimos 6 meses, isto é <MÊS>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 88</i> (8) NSA	DDEN

(9) IGN	
86. O(a) Sr.(a) poderia apontar na escala da dor o quanto esta dor te doeu? 0 (zero) significa nenhuma dor e 100 (cem) uma dor muito forte (<i>mostrar a escala</i>) (88) NSA (99) IGN	DDENI
87. Esta dor que o(a) Sr.(a) sentiu impediu de realizar alguma atividade? (0) Não (1) Trabalhar (2) Realizar os trabalhos domésticos (3) Dormir (4) Mastigar certos tipos de alimentos (5) Conversar com outras pessoas (6) Estudar (77) Outros (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN	DDENT

AGORA VOU FAZER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE

Alguns médicos ou profissionais de saúde já disseram que o(a) Sr.(a) tem:

88. Doença de coluna ou costas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON1
89. Artrite ou reumatismo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON2
90. Fibromialgia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON3
91. Câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON4
92. Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON5
93. Bronquite ou asma?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON6
94. Hipertensão (pressão alta)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON7
95. Doença do coração ou cardiovascular?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON8
96. Insuficiência renal crônica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON9
97. Depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON10
98. Esquizofrenia?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON11
99. Tuberculose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON12
100. Tendinite ou tendossinovite?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON13
101. Cirrose?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON14
102. Derrame, AVC ou isquemia cerebral?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON15
103. Úlcera no estômago ou duodeno?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON16

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA

104. Lembrando dos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) tem (<i>adultos têm no máximo 16 dentes em cima, incluindo o dente do siso</i>): (1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN	DENCIMA
---	---------

<p>105. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem (<i>adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso</i>) :</p> <p>(1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN</p>	DENBAIXO
<p>106. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?</p>	
<p>(1) Sim (2) Não (9) IGN</p>	TRATDENT
<p>107. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total) ?</p> <p>(1) Sim (2) Não (9) IGN</p>	USOCHAPA
<p>108. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? (<i>se a resposta for sim, pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo</i>)</p> <p>(1) Sim, em baixo (2) Sim, em cima; (3) Em cima e embaixo (4) Não (9) IGN</p>	NECHAPA
<p>109. Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?</p> <p>(1) Nunca (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (9) IGN</p>	BOCASECA
<p>110. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (9) IGN</p>	DIFICOME
<p>AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO ATÉ AQUI E PEÇO, POR FAVOR, PARA CONTINUAR A ENTREVISTA</p>	
<p>AGORAVOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE DOAÇÃO DE SANGUE</p>	
<p>111. O(a) Sr.(a) já doou sangue alguma vez na sua vida?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 115</i> (1) Sim (9) IGN</p>	DSG1
<p>112. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) doou sangue?</p> <p>_____anos_____meses</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	DSG2m
<p>113. No último ano, isto é, desde <mês> do ano passado até hoje, quantas vezes o(a) Sr.(a) doou sangue?</p> <p>_____vezes</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	DSGXX

<p>114. Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a doar sangue?</p> <p>(01) Ajudar alguém conhecido (02) Para ajudar as pessoas em geral/porque sou doador (03) Saber se tinha alguma doença (04) Imposição do quartel (05) Afinar o sangue (06) Campanhas (88) NSA (99) IGN</p>	DSGMOT
<p>115. Algum outro morador desta casa já doou sangue alguma vez na vida?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 117</i> (1) Sim</p>	DSGFAM

(9) IGN	
116. Contando com o (a) Sr.(a), quantas pessoas desta casa já doaram sangue alguma vez na vida? _____ número de pessoas (88) NSA (99) IGN	DSGNF
AGORA VOU CONVERSAR SOBRE O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS. ESTAS QUESTÕES SÃO REFERENTES AO USO DE SERVIÇO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS.	
117. Nas últimas duas semanas, isto é, desde <dia/ mês> até hoje, o(a) Sr.(a) esteve em consulta com o médico? (0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 122</i> (88) NSA (99) IGN	COMED
118. Qual o motivo principal pelo qual o(a) Sr.(a) procurou esse atendimento médico nas últimas 2 semanas, isto é, desde <dia/ mês> até hoje? (1) Acidente ou lesão (2) Doença (3) Atestado de saúde (4) Para fazer consulta de rotina (ou Check-up) (5) Outros atendimentos preventivos (88) NSA (99) IGN	MOTIVO
119. Onde procurou o primeiro atendimento por esse mesmo motivo nas últimas 2 semanas, isto é, desde <dia/ mês> até hoje? (1) Posto de Saúde (2) Consultório médico particular (3) Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (4) Ambulatório ou consultório de clínica (5) Ambulatório de hospital (6) Pronto-socorro ou emergência (7) Atendimento domiciliar (88) NSA (99) IGN	LOCAL
120. Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) Sr.(a) recebeu? (1) Consulta médica de clínico geral (2) Consulta de médico especialista (3) Encaminhamento à emergência ou à internação hospitalar (4) Somente marcação de consulta (88) NSA (99) IGN	ATEND
121. Esse serviço de saúde onde o (a) Sr.(a) foi atendido era: (1) Público- (do SUS) (2) Particular (3) Por convênio (88) NSA (99) IGN	TIPOSERV
122. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <dia/ mês do ano passado> até hoje, o(a) Sr.(a) esteve internado por qualquer problema de saúde menos parto ou problemas da gravidez? (0) Sim (1) Não (99) IGN	INTERN
123. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <dia/ mês> até hoje, o(a) Sr.(a) recebeu a visita do agente comunitário de saúde da equipe do PSF, com exceção do agente que faz a vistoria da dengue? (0) Sim	ACS

(1) Não (99) IGN				
124. O(a) Sr.(a) possui plano de saúde?				PLAN
(1) Sim (2) Não (99) IGN				
125. Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já foi ao consultório do dentista?				
147. O(a) Sr.(a) se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	DEQ20
AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DURANTE O ÚLTIMO ANO: LEVE EM CONSIDERAÇÃO BEBIDAS COMO CERVEJA, CACHAÇA, VODKA, WISKY E VINHO.				
148. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?				AUDIT1
(0) Nunca <input type="checkbox"/> pule para <i>questão 156</i> (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) NSA (9) IGN				
149. Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber? <i>(ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)</i>				AUDIT2
(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais (8) NSA (9) IGN				
150. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? <i>(ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo)</i>				AUDIT3
(0) Nunca <input type="checkbox"/> se a soma das questões 149 e 150 for 0, pule para <i>questão 156</i> (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN				
151. Quantas vezes, desde, <dia/ mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) achou que não conseguiria parar de beber depois que começou?				AUDIT4
(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN				
152. Quantas vezes, desde <dia/ mês> do ano passado, o(a) Sr.(a), por causa do álcool, não conseguiu fazer o que o que deveria ter feito?				AUDIT5
(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN				

153. Quantas vezes, desde <dia/mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?					AUDIT6
(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN					
154. Quantas vezes, desde <dia/mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?					AUDIT7
(0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 128</i> (9) IGN					
126. Quando consultou dentista pela ultima vez?					CONSUL
(1) Menos de 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) 3 anos ou mais (8) NSA (9) IGN					
127. Onde foi a última consulta?					ONDEDEN
(1) Consultório particular (2) Consultório público (3) Outros. Qual? _____ (8) NSA (9) IGN					
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) POSSA TER SENTIDO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. O(A) SR.(A) PODE RESPONDER SIM OU NÃO PARA AS QUESTÕES.					
128. Tem dores de cabeça frequentes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ1	
129. Tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ2	
130. Dorme mal?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ3	
131. Assusta-se com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ4	
132. Tem tremores de mão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ5	
133. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ6	
134. Tem má digestão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ7	
135. Tem dificuldade de pensar com clareza?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ8	
136. Tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ9	
137. Tem chorado mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ10	
138. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ11	
139. Tem dificuldades para tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ12	
140. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ13	
141. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ14	
142. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ15	
143. O(a) Sr(a) se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ16	
144. Tem tido idéias de acabar com a vida?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ17	
145. Sente-se cansado o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ18	
146. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	SRQ19	

<p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>155. Quantas vezes, desde <dia/ mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias (8) NSA (9) IGN</p>	AUDIT8
<p>156. O(a) Sr.(a) já causou ferimentos ou prejuízos ao Sr(a) mesmo ou a outra pessoa depois de beber?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses (8) NSA (9) IGN</p>	AUDIT9
<p>157. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de o(a) Sr.(a) beber ou pediu que o(a) Sr.(a) parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses (8) NSA (9) IGN</p>	AUDIT10
<p>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS AO USO DE FUMO. POR FAVOR, RESPONDÊ-LAS, CONSIDERE APENAS CIGARRO, CIGARRO DE PALHA, CHARUTO E CACHIMBO. NÃO CONSIDERE OUTRAS FORMAS DE USO DE FUMO. CASO O(A) SR(A) UTILIZE MAIS DE UM TIPO, RESPONDA AS QUESTÕES LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O TIPO MAIS UTILIZA.</p>	
<p>158. O(A) Sr.(a) já fumou?</p> <p>(0) Nunca <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 173</i> (1) Sim (9) IGN</p>	FUMO1
<p>159. O(A) Sr(a) fuma atualmente?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 167</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO2
<p>160. Quanto tempo depois de acordar o(a) Sr.(a) fuma o primeiro cigarro?</p> <p>(0) Após 60 min (1) 31-60 min (2) 6 – 30 min (3) Primeiros 5 min (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO3

161. Tem dificuldade para não fumar em lugares onde é proibido, tais como igrejas, lojas, shoppings, mercados, aviões, ônibus?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

FUMO4

<p>162. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?</p> <p>(0) Qualquer um (1) O 1º da manhã (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO5
<p>163. Quantos cigarros em média o(a) Sr.(a) fuma por dia?</p> <p>(0) Até 10 (1) 11-20 (2) 21-30 (3) 31 ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO6
<p>164. O(a) Sr.(a) fuma mais nas primeiras horas do dia?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO7
<p>165. O(a) Sr.(a) fuma mesmo estando doente, necessitando ficar acamado na maior parte do dia?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO8
<p>166. O(a) Sr.(a) já tentou parar de fumar?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO9
<p>167. O(a) Sr.(a) é ex-fumante?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 173</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO10
<p>168. Por que o(a) Sr.(a) decidiu parar de fumar?</p> <p>(0) Não se lembra (1) Crença de que cigarro faz mal a saúde (2) Problema/condição de saúde que obrigou a parar (3) Influência de familiares e/ou amigos (4) Orientação de profissionais de saúde (5) Outros (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO11
<p>169. Como foi que parou?</p> <p>(0) De uma vez (1) Foi diminuindo gradativamente (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO12
<p>170. Há quanto tempo parou de fumar?</p> <p>(0) Seis meses à um ano (1) Um a dois anos (2) Três a quatro anos (3) Cinco ou mais anos (8) NSA (9) IGN</p>	FUMO13
<p>171. Desde que parou de fumar, teve recaídas?</p> <p>(0) Não</p>	FUMO14
<p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	

172. O que provocou a(s) recaída(s)? (1) Vício (2) Não Sabe (3) Nervosismo (4) Consumo de bebidas alcoólicas (5) Sintomas de abstinência (6) Alimentação (7) Convívio com outros fumantes (8) NSA (9) IGN	FUMO15
VAMOS CONVERSAR AGORA SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS PENSE EM TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. PODE SER QUALQUER MEDICAMENTO/REMÉDIO, COMO PÍLULAS, COMPRIMIDOS, XAROPES, GOTAS, POMADAS, COLÍRIOS, INJEÇÕES, XAMPUS E SABONETES MEDICINAIS, PRODUTOS NATURAIS OU QUALQUER OUTRO, INCLUSIVE AQUELES UTILIZADOS PARA TRATAR MACHUCADOS, QUE USE SEMPRE OU SÓ DE VEZ EM QUANDO.	
173. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) usou algum remédio? (0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 181</i> (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 181</i>	USOMED
O (A) SR.(A) PODERIA ME MOSTRAR TODAS AS EMBALAGENS E RECEITAS QUE TEM DOS REMÉDIOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?	
REMÉDIO 1	
174. Qual o nome do medicamento? REMI _____ Dosagem _____ Apresentação _____ (8) NSA (9) IGN	MED1
175. De que forma o(a) Sr.(a) está usando este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN	TIPO1
176. Para qual doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) usa este remédio? DOE1 _____ (8) NSA (9) IGN	DOE1
177. Quem indicou este remédio? (1) O (a) Sr.(a) repetiu uma receita antiga (2) O (a) Sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio (3) Médico ou dentista do SUS → <i>Pule para questão 179</i> (4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde → <i>Pule para questão 179</i> (5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia (6) Enfermeiro, Fisioterapeuta ou outro profissional da saúde (7) Parentes, vizinhos ou amigos (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (88) NSA (99) IGN	IND1
178. Qual o principal motivo do(a) Sr.(a) ter usado o remédio sem indicação médica? (1) Não tinha dinheiro para ir ao médico	

<p>(2) Achou que não havia necessidade de consultar médico/dentista (3) Já tinha usado o medicamento antes para o mesmo problema (4) Insatisfação com atendimento do SUS (5) Insatisfação com atendimento particular/convênio (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN</p>	AUT1
<p>179. Como conseguiu este remédio? (1) Farmácia do Posto/Policlínica/Hospital SUS → Pule para questão 181 (2) Comprou (3) Comprou e ganhou uma parte (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN</p>	CONSEG1
<p>180. O(a) Sr.(a) tentou conseguir o remédio pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, no posto de saúde, policlínica ou no hospital de graça? (0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN</p>	TENT1
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) PRECISAVA MAS NÃO USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	
<p>181. Neste período de 30 dias o(a) Sr.(a) deixou de tomar algum remédio que precisava? (0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> Pule para questão 189 (9) IGN <input type="checkbox"/> Pule para questão 189</p>	NAOUSOM1
<p>182. Qual o nome do remédio? REM1 _____ Dosagem _____ Apresentação _____ (8) NSA (9) IGN</p>	NMED1
<p>183. De que forma o(a) Sr.(a) precisava usar este remédio? (1) Usa para resolver um problema de saúde momentâneo (2) Usa regularmente sem data para parar (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN</p>	NTIPO1
<p>184. Para que doença ou problema de saúde o(a) Sr.(a) precisava usar este remédio? DOE1 _____ (8) NSA (9) IGN</p>	NDOE1
<p>185. Quem indicou este remédio? (1) O (a) Sr.(a) repetiu uma receita antiga (2) O (a) Sr.(a) mesmo decidiu tomar o remédio (3) Médico ou dentista do SUS (4) Médico ou dentista particular ou do plano de saúde (5) Farmacêutico ou o balconista da farmácia (6) Enfermeiro, fisioterapeuta ou outro profissional da saúde (7) Parentes, vizinhos ou amigos (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (88) NSA (99) IGN</p>	NIND1
<p>186. Qual o principal motivo de não ter conseguido este remédio? (1) Não tinha na Farmácia do posto/policlínica/hospital do SUS (2) Receita vencida ou falta de receita</p>	PQNU1

(3) Não tinha dinheiro (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN		
187. O que o (a) Sr.(a) fez quando não conseguiu o remédio? (1) Nada <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 189</i> (2) Procurou o médico/dentista (9) IGN		NCONSE1
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OS GASTOS COM SAÚDE DA SUA FAMÍLIA NO ÚLTIMO ANO ATENÇÃO, OS GASTOS SÃO REFERENTES À FAMÍLIA NO ÚLTIMO ANO		
190. No último ano, o(a) Sr.(a) ou alguém da sua família deixou de comprar algo importante para o seu dia a dia, precisou pedir dinheiro emprestado, ou teve que vender algo para pagar gastos com algum problema de saúde? (0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 194</i> (9) IGN <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 194</i>	GASTOE	
191. Que problema foi este? O (a) Sr.(a) pode escolher mais de uma alternativa nesta questão. (1) Remédio (2) Consulta médica (3) Exame Laboratório/Imagem (4) Internação (5) Cirurgia (77) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN	PB	
192. Como foi que a família resolveu este problema? O (a) Sr.(a) pode escolher mais de uma alternativa nesta questão. (1) Deixou de comprar alimento (2) Deixou de pagar contas (3) Fez empréstimo com amigos e/ou familiares (4) Fez empréstimo de banco e/ou financiadora (5) Vendeu algum bem (6) Outro (<i>especificar</i>) _____ (8) NSA (9) IGN	COPE	
193. E este problema aconteceu nos últimos 30 dias? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	AC	
AGORA EU PRECISO FAZER MAIS UMA MEDIDA DA SUA PRESSÃO		
194. Pressão arterial sistólica (2ª medida): PAS2 _____ (999) IGN	PAS2	
195. Pressão arterial diastólica (2ª medida): PAD2 _____ (999) IGN	PAD2	
A ENTREVISTA ESTÁ NO FIM. AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA!		
AGORA VOU CONVERSAR SOBRE OS RELACIONAMENTOS QUE O(A) SR(A) JÁ TEVE		
(3) Procurou outro Posto de Saúde <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 189</i>		

<p>Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos anteriores e atual e sobre como seu (sua) marido/companheiro (esposa/companheira) a(o) trata ou a (o) tratou. Se alguém nos interromper eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que o(a) Sr(a) não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar? O(a) Sr(a) pode responder as questões com SIM ou NÃO. Alguma vez, o(a) seu(sua) atual marido/companheiro (esposa/companheira), ou qualquer outro(a) companheiro(a) que o(a) Sr(a) já tenha tido, tratou o(a) Sr(a) da seguinte forma:</p>		
<p>196. Deu-lhe um tapa ou jogou algo no(a) Sr.(a) que poderia machucá-la(o)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA</p>	VIO1	
<p>(4) Procurou um advogado <input type="checkbox"/> pule para questão 189 (77) Outro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> pule para questão 189 (8) NSA (9) IGN <input type="checkbox"/> pule para questão 189</p>		
<p>188. O que o médico/dentista fez?</p> <p>(1) Nada (2) Trocou o remédio por outro mais barato/acessível (3) Deu alguns remédios para um período curto do tratamento (amostra grátis) (4) Disse para procurar um advogado (77) Outra (especificar) _____ (8) NSA (9) IGN</p>		AP1
<p>AGORA VOU CONVERSAR SOBRE OS SEUS GASTOS COM SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ATENÇÃO, OS GASTOS SÃO REFERENTES AOS ÚLTIMOS 30 DIAS</p>		
<p>189. Nos últimos 30 dias quantos REAIS forma gastos para sua saúde, independente do pagamento ter sido realizado pelo(a) Sr.(a), em:</p> <p>Gasto 1 - Próteses _____ Gasto 2 - Internação _____ Gasto 3 - Cirurgia _____ Gasto 4 - Exames RX, imagem (ex. ultrasonografia, ressonância) _____ Gasto 5 - Exames laboratoriais _____ Gasto 6 - Consulta com outros profissionais de saúde _____ Gasto 7 - Consulta médica/odontológica _____ Gasto 8 - Remédios _____ Gasto 9 - Plano de saúde _____ Gasto 10 - Outros _____ (Especificar) _____ (8) NSA (9999) IGN</p>		<p>G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 GT</p>
<p>9. No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa? (lembrar que inclui salários, pensões, mesada (recebida de pessoas que não moram na sua casa), alugueis, salário desemprego, ticket alimentação, bolsa família, etc). Renda 1 faz referência à renda do entrevistado. Renda T é a soma da renda do entrevistado adicionada da soma da renda das outras pessoas)</p>		Renda 1

renda1-Entrevistado _____ renda2	RendaT

renda3 _____ renda4	
_____ renda5	
_____ renda6	
_____ renda7	
_____ renda8	

renda9 _____	

(9) IGN	
197. Empurrou-a(o) ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	VIO2
198. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	VIO3
199. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou o(a) Sr.(a)?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	VIO4
200. Estrangulou ou queimou o(a) Sr.(a) de propósito?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	VIO5
201. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o(a) Sr.(a)?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	VIO6
CASO VOCÊ ESTEJA ENTREVISTANDO UM HOMEM ENCERRE A ENTREVISTA DIZENDO: TERMINEI A ENTREVISTA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O(A) SR(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA.	
PARA TERMINAR EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EXAMES PREVENTIVOS E CÂNCER.	
<i>(Somente para o sexo feminino. Para o sexo masculino marcar 8 nas questões 202 a 216, 88 na questão 217, e 8 na questões 218 a233)</i>	
202. A Sra. já teve ou tem câncer de mama?	
(0) Sim <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 210</i> (1) Não (8) NSA	MAM1

VOU LER ALGUMAS FRASES SOBRE MAMOGRAFIA E GOSTARIA QUE A SENHORA ME DISSESSE SE ACHA QUE ESTÃO CERTAS, ERRADAS OU A SRA. NÃO SABE. O EXAME DE MAMOGRAFIA:						
205. é uma maneira de saber se há ou não algum problema nos seios ou mamas.	(1) Certo	(2) Errado	(3) Não Sabe	(8) NSA	MAM4	
206. fazendo esse exame a mulher vai evitar o câncer de mama.	(1) Certo	(2) Errado	(3) Não Sabe	(8) NSA	MAM5	
207. só é importante para mulheres com mais de 50 anos.	(1) Certo	(2) Errado	(3) Não Sabe	(8) NSA	MAM6	
208. só é importante para quem já tem algum caso de câncer de mama na família.	(1) Certo	(2) Errado	(3) Não Sabe	(8) NSA	MAM7	
209. é um exame importante que deve ser feito além do exame realizado pelo médico e do exame feito pela própria mulher.	(1) Certo	(2) Errado	(3) Não Sabe	(8) NSA	MAM8	
VOU LER ALGUMAS FRASES SOBRE O EXAME DE MAMOGRAFIA E GOSTARIA QUE A SENHORA DISSESSE SE CONCORDA, DISCORDA OU NÃO SABE SE O EXAME ESTÁ DESCRITO CORRETAMENTE. O EXAME DE MAMOGRAFIA OU RADIOGRAFIA DOS SEIOS É FEITO DA SEGUINTE MANEIRA:						
210. O profissional de saúde coloca a mama da mulher em um aparelho de raio X onde o seio é apertado e então o médico tira uma chapa	(1) Concordo	(2) Discordo	(3) Não Sei	(8) NSA	MAM9	
211. O médico passa uma geléia na mama e depois com um aparelho sobre o seio o médico fica acompanhando as imagens numa tela de televisão pequena	(1) Concordo	(2) Discordo	(3) Não Sei	(8) NSA	MAM10	
212. O médico examina o seio da mulher e marca um determinado local onde ele enfia uma agulha fina e tenta tirar algum líquido de dentro da mama	(1) Concordo	(2) Discordo	(3) Não Sei	(8) NSA	MAM11	
213. Algum médico já pediu o exame de mamografia alguma vez para a Sra.? (0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN					MAM12	
214. A Sra. já fez mamografia alguma vez na vida? (0) Sim <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 216</i> (1) Não (8) NSA (9) IGN					MAM13	
215. Qual o principal motivo que a Sra. não fez o exame de mamografia até hoje? (1) Dificuldade em conseguir marcar esse exame <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (2) Medo/vergonha do exame <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (3) Acha desnecessário <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (4) Medo de descobrir câncer de mama ou outro problema/doença <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (5) Porque o médico nunca pediu <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (6) Falta de tempo <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (7) Falta de dinheiro <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 223</i> (8) NSA (9) IGN					MAM14	
216. Com quantos anos a Sra. fez a sua primeira mamografia? (aproximadamente) __ anos (88) NSA (99) IGN					MAMID	

<p>217. De quanto em quanto tempo a Sra. tem feito os exames de mamografia?</p> <p>(1) só fez uma vez na vida (2) a cada 6 meses (3) a cada ano (4) a cada 2 anos (5) a cada 3 anos</p>	MAM15
<p>203. Qual dos itens que vou ler, a Sra. considera que é a principal forma de diagnóstico do câncer de mama?</p> <p>(1) Auto exame das mamas (2) Exame clínico das mamas (3) Mamografia (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>204. A Sra. já ouviu falar no exame de mamografia?</p> <p>(0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para questão 223</i> (3) Não Sabe (8) NSA</p>	MAM3

<p>(6) mais de 3 anos (7) intervalo variável (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>218. Qual o principal motivo que levou a Sra. fazer a última mamografia ?</p> <p>(1) Notei um caroço/nódulo na mama (2) O médico solicitou porque tinha suspeita de nódulo (3) O médico solicitou porque na minha família tinha casos de câncer (4) Alguma conhecida fez o exame e descobriu um câncer ou nódulo (5) Tenho medo de ter câncer de mama (6) Toda mulher acima de 40 anos deve fazer (7) Faço o exame para o acompanhamento/controle de problemas/rotina (8) NSA (9) IGN</p>	MAM16
<p>219. Quanto tempo faz que a Sra. fez a última mamografia?</p> <p>(1) Menos de um ano (2) Entre 1 ano e menos 3 anos (3) 3 anos ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	MAM17
<p>220. Onde a Sra. fez sua última mamografia?</p> <p>(1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou hospital universitário (2) Clínica particular através do SUS (3) Clínica ou consultório por convênio/plano de saúde (4) Clínica ou consultório particular (7) Outro _____ (8) NSA (9) IGN</p>	MAM18
<p>222. O resultado do exame de mamografia demora alguns dias para ficar pronto. A Sra retornou ao médico para saber (ser informada) do resultado do seu último exame?</p> <p>(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN</p>	MAM20

<p>223. A Sra. já teve ou tem câncer de colo do útero?</p> <p>(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN</p>	CAUTERO
<p>224. Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como Papanicolau. A Sra. já ouviu falar deste exame?</p> <p>(0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>termina o questionário</i> (8) NSA (9) IGN</p>	PAPC
<p>225. A Sra. alguma vez já fez o exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau)?</p> <p>(0) Sim (1) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para 233</i> (8) NSA (9) IGN</p>	PAPFEZ
<p>226. Com quantos anos a Sra fez este exame pela primeira vez? (aproximadamente)</p> <p>__ anos (88) NSA (98) IGN</p>	PAXXA
<p>227. De quanto em quanto tempo a Sra. tem feito o preventivo ou Papanicolau ?</p> <p>(1) só fez uma vez na vida (2) a cada 6 meses (3) a cada ano</p>	PAPXXB
<p>(4) a cada 2 anos (5) a cada 3 anos (6) mais de 3 anos (7) intervalo variável (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>228. Qual o principal motivo que levou a Sra. a fazer o último preventivo do câncer de colo de útero (ou Papanicolau)?</p> <p>(1) Estava com corrimento ou outro problema ginecológico (2) O médico solicitou o exame porque suspeitou/encontrou uma alteração (3) O médico solicitou porque na minha família tem casos de câncer. (4) Como exame de acompanhamento/controle de problemas que existiam antes do último exame. (5) Faço o exame para o acompanhamento/controle de problemas/rotina (6) Tenho medo de ter câncer de útero. (7) Toda mulher acima de 25 anos deve fazer (8) NSA (9) IGN</p>	PAPTUX
<p>229. Quanto tempo faz que a Sra. fez seu último preventivo?</p> <p>(1) Menos de um ano (2) De 1 ano a 2 anos (3) de 2 a 3 anos (4) mais de 3 anos (8) NSA (9) IGN</p>	PAPTPX
<p>230. Onde a Sra. fez seu último exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau)?</p> <p>(1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou Hospital Universitário (2) Clínica particular através do SUS (3) Clínica ou consultório por convênio/plano de saúde (4) Clínica ou consultório particular (77) Outro _____ (8) NSA (9) IGN</p>	PAPMOT

<p>232. O resultado do Exame Preventivo de colo do útero demora alguns dias para ficar pronto. A Sra. retornou ao médico (ou serviço de saúde) para saber (ser informada) do resultado do seu último exame?</p> <p>(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN</p>	PAPRE
<p>233. Qual o principal motivo para a Sra. nunca ter feito o exame preventivo do câncer de colo do útero? <i>(se responder esta questão, finaliza o questionário. Esta questão deverá ser respondida, apenas por aquelas que escolherem a opção (0) Sim, na questão 225)</i></p> <p>(1) É difícil conseguir marcar esse exame (2) Acho/falaram que o exame doía e não tenho nenhum problema ginecológico (3) Não posso faltar ao trabalho para fazer o exame ou deixar meus filhos sozinhos (4) Tenho medo de descobrir câncer no útero e precisar operar (5) Porque o médico nunca pediu (6) Tenho vergonha (7) Nunca tive relação sexual (8) Tenho dificuldade de chegar até o local onde o exame é feito, pois é longe ou não sei onde é (9) Não tenho dinheiro ou como ir até o local onde o exame é feito (10) Não tenho dinheiro para pagar pelo exame (11) Outros (88) NSA (99) IGN</p>	PAPNF
<p>234. Peça e anote um e-mail do entrevistado para que possamos dar um retorno da pesquisa, quando concluída. Caso o entrevistado não tenha e-mail peça o de um amigo ou parente.</p> <hr/>	EMAIL
<p>TERMINEI A ENTREVISTA. O NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO</p>	

**Estudo das condições de saúde dos adultos de Florianópolis –
EpiFloripa Fase II 2012**

Meu nome é <...> . Sou pesquisador(a) da UFSC e, como o Sr(a) já foi informado(a), estamos realizando uma nova pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis, com os mesmos participantes de 2009/2010. Agradeço sua colaboração e lembro que sua participação é muito importante. Como na primeira vez, o questionário não possui respostas certas ou erradas. E nada do que o(a) Sr(a) disser será divulgado para outras pessoas. Neste momento deve ser lido e assinado o termo de consentimento.

BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação: |_|_|_|_|

Nome do(a) entrevistado(a) _____
 Nome completo da mãe do(a) entrevistado(a) _____
 Telefone residencial (fixo) _____
 Telefone celular do(a) entrevistado(a) _____
 Telefone (celular ou fixo) do trabalho _____
 Telefone celular de outro membro da família: _____
 Nome do outro membro da família (registrar grau de parentesco entre parênteses):

 Telefone de um parente/amigo próximo (registrar grau de parentesco entre parênteses) _____
 Nome do parente/amigo próximo _____
 Email do entrevistado _____
 Email de outra pessoa próxima _____

bnome_en
 bnome_ma
 btel_fixo
 btel_cel
 btel_trab
 boutro_c
 boutrono
 bprox_te
 bprox_no
 bemail
 bemail_o

A PERGUNTA 1 DEVE SER APENAS OBSERVADA PELO(A) ENTREVISTADOR(A)

1. Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo:

- (0) Branca
- (1) Parda
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Indígena
- (9) IGN

bACORPEL|_|

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA

2. Neste momento o (a) Sr.(a) está?
 (0) casado(a) ou morando com companheiro(a)
 (1) solteiro(a)
 (2) divorciado(a) ou separado(a)
 (3) viúvo(a)
 (9) IGN

bECIVIL|_|

3. O Censo Brasileiro usa as palavras branca, parda, preta, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo, hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- (0) Branca
- (1) Parda
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Indígena
- (9) IGN

bCORPEL|_|

**O(A) SR(A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO,
COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA.**

BLOCO QUALIDADE DE VIDA

AGORA, VOU PERGUNTAR SOBRE A SUA QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E OUTRAS ÁREAS DE SUA VIDA. POR FAVOR, RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. CASO O(A) SR.(A) ESTEJA INSEGURO COMO RESPONDER, POR FAVOR, TENDE RESPONDER O MELHOR QUE PUDER.

Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que o(a) Sr.(a) acha da sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

4. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida?	(0) Muito ruim	(1) Ruim	(2) Nem ruim nem boa	(3) Boa	(4) Muito boa	(9) IGN	bQV1QV1_1
5. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua saúde?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV2SAU1_1

As questões seguintes são sobre o quanto o(a) Sr.(a) tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por favor, escolha uma das opções do cartão de resposta 1.

6. Em que medida o(a) Sr.(a) sente alguma dor física que o(a) impede de fazer o que o(a) Sr.(a) precisa?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV3DOR1_1
7. O quanto o(a) Sr.(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV4MEDI1_1
8. O quanto o(a) Sr.(a) aproveita a vida?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV5APR1_1
9. Em que medida o(a) Sr.(a) acha que a sua vida tem sentido?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV6SEN1_1
10. O quanto o(a) Sr.(a) consegue se concentrar?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV7CON1_1
11. O quanto o(a) Sr.(a) se sente seguro(a) em sua vida diária?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV8SEGI1_1
12. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	(4) Extremamente	(9) IGN	bQV9AMB1_1

As questões seguintes perguntam sobre o quanto o (a) Sr.(a) foi capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por favor, escolha uma das opções do cartão de resposta 2.

13. O(a) Sr.(a) tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Médio	(3) Muito	(4) Completamente	(9) IGN	bQV10DIA1_1
14. O(a) Sr.(a) é capaz de aceitar sua aparência física?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Médio	(3) Muito	(4) Completamente	(9) IGN	bQV11APA1_1
15. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Médio	(3) Muito	(4) Completamente	(9) IGN	bQV12DIN1_1

16. O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para o(a) Sr.(a)?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Médio	(3) Muito	(4) Completamente	(9) IGN	bQV13INF1_1
17. Em que medida o(a) Sr.(a) tem oportunidades de atividade de lazer?	(0) Nada	(1) Muito pouco	(2) Médio	(3) Muito	(4) Completamente	(9) IGN	bQV14LAZ1_1

As questões seguintes perguntam sobre o quanto o(a) Sr.(a) se sentiu satisfeito a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

18. O quanto o(a) Sr.(a) é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?	(0) Muito mal	(1) Mal	(2) Nem mal nem bem	(3) Bem	(4) Muito bem	(9) IGN	bQV15LO1_1
---	---------------	---------	---------------------	---------	---------------	---------	------------

Para as próximas perguntas, por favor, escolha uma das opções do cartão de resposta 3.

19. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o seu sono?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV16SON1_1
20. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV17DI1_1
21. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV18TR1_1
22. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) consigo mesmo?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV19CV1_1
23. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV20PE1_1
24. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua vida sexual?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV21SE1_1
25. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o apoio que o(a) Sr.(a) recebe de seus amigos?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV22SC1_1
26. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV23SC1_1

27. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV24SC
28. O quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?	(0) Muito insatisfeito	(1) Insatisfeito	(2) Nem satisfeito nem insatisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito satisfeito	(9) IGN	bQV25TF
A questão seguinte refere-se a com que frequência o(a) Sr.(a) sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.							
29. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	(0) Nunca	(1) Algumas vezes	(2) Frequentemente	(3) Muito frequentemente	(4) Sempre	(9) IGN	bQV26NI

BLOCO CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA

AGORA, VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A SUA FAMÍLIA E SOBRE POSIÇÃO SOCIAL. LEMBRE QUE OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO DIVULGADOS.

30. Seu pai estudou na escola? (0) sim (1) não -> <i>pule para a questão 32.</i> (9) IGN	bESTPAI _
31. Até que série/ano seu pai completou na escola? _ _ colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTP _ _
32. Sua mãe estudou na escola? (0) sim (1) não -> <i>pule para a questão 34.</i> (9) IGN	bESTMAE _
33. Até que série/ano sua mãe completou na escola? _ _ colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTM _ _
34. Como o(a) Sr.(a) classifica a situação econômica da sua família quando o(a) Sr.(a) nasceu, ou quando era criança, isto é, o padrão de vida de sua família naquela época. (0) rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre (9) IGN	bSITEC _
35. Comparado ao padrão de vida que o(a) Sr.(a) tem agora, como era o padrão de vida da sua família quando o(a) Sr.(a) nasceu? (0) era melhor do que o seu padrão de vida agora (1) era igual ao seu padrão de vida agora (2) era pior que o seu padrão de vida agora (9) IGN	bPV _

<p>36. Agora, observe a escada desenhada neste cartão. No degrau mais alto desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. No degrau mais baixo estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos ou estão desempregadas. Onde o(a) Sr.(a) se colocaria nesta escada hoje? _ _ </p> <p>(9) IGN</p>	<p>bESC _ _ _ </p>				
<p>37. As figuras a seguir representam a estrutura corporal de diversas crianças. De acordo com estas figuras, qual diria que representa melhor o corpo que você tinha quando era criança? </p> <p>(9) IGN</p>	<p>bPERCORP _ _ _ </p>				
<p>AGORA, PERGUNTAREI SOBRE O QUE O(A) SR.(A) COMEU E BEBEU NO DIA DE ONTEM. Primeiramente, vamos fazer uma lista dos alimentos e bebidas que o(a) Sr.(a) ingeriu desde a meia-noite antontem < diga o dia da semana > até as 24h de ontem à noite < diga o dia da semana >. Isto inclui todas as refeições, petiscos, lanches, bebidas, como sucos e refrigerantes, água mineral ou da torneira, bebidas alcoólicas, como também alimentos que o(a) Sr.(a) tenha degustado ou beliscado. Aplique o recordatório no papel.</p>					
<p>AGORA VAMOS MEDIR A SUA PRESSAO ARTERIAL</p>					
<p>38. PAS1</p> <p>39. PAD1</p>	<p>bPAS1 _ _ _ </p> <p>bPAD1 _ _ _ </p>				
<p>E, AGORA, VAMOS PESÁ-LO E MEDIR A CIRCUNFERÊNCIA DA SUA CINTURA</p>					
<p>40. Peso corporal</p> <p>41. Circunferência da cintura</p>	<p>bKG _ _ _ , _ </p> <p>bCC _ _ _ , _ </p>				
<p style="text-align: center;"><i>BLOCO DISCRIMINAÇÃO</i></p>					
<p>AGORA, VOU LHE PERGUNTAR SOBRE SITUAÇÕES EM QUE O(A) SR.(A) PODE TER SIDO DISCRIMINADO POR OUTRAS PESSOAS, POR DIFERENTES MOTIVOS E EM DIFERENTES Lugares. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS, QUERO SABER APENAS O QUE OCORREU COM O(A) SR.(A).</p>					
<p>42. O(A) Sr.(a) já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, o(a) Sr.(a) era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?</p> <p>(0) Não <input type="checkbox"/> pule para a questão 55</p> <p>(1) Sim, uma ou poucas vezes</p> <p>(2) Sim, várias vezes</p> <p>(3) Sim, sempre</p> <p>(9) IGN</p>	<p>bDIS1 _ </p>				
<p>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(a) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.</p>					
<p>43. Classe social</p>	<p>(0) Não</p>	<p>(1) Sim</p>	<p>(8) NSA</p>	<p>(9) IGN</p>	<p>bDIS1CS1_ </p>

44. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1CP1_1
45. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1FV1_1
46. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1PE 1_1
47. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1ID1_1
48. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1LM1_1
49. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1SE1_1
50. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1OS1_1
51. Outro motivo____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS1OM1_1
52. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS1D1_1
53. Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, o(a) Sr.(a) já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 66</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (8) NSA (9) IGN					bDIS2I 1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, n responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
54. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2CS1_1
55. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2CP1_1
56. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2FV1_1
57. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2PE1_1
58. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2ID1_1
59. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2LM1_1
60. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2SE1_1
61. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2OS1_1
62. Outro motivo____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS2OM1_1
63. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS2D1_1
64. O(a) Sr.(a) já foi vigiado, perseguido ou detido por seguranças ou policiais sem que tenha dado motivos para isso? Pense que isso pode ter acontecido em lojas, bancos, na rua, festas, locais públicos, entre outros. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 77</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS31_1

Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, me responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.

65. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3CSI_1
66. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3CPI_1
67. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3FVI_1
68. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3PEI_1
69. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3IDI_1
70. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3LMI_1
71. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3SEI_1
72. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3OSI_1
73. Outro motivo ____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS3OMI_1

<p>74. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	bDIS3DI_1
--	-----------

<p>75. Ao frequentar repartições públicas, como cartório, companhia de água, luz ou outras, o(a) Sr.(a) já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 88</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN</p>	bDIS4I_1
---	----------

Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.

76. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4CSI_1
77. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4CPI_1
78. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4FVI_1
79. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4PEI_1
80. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4IDI_1
81. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4LMI_1
82. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4SEI_1
83. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4OSI_1
84. Outro motivo ____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS4OMI_1

<p>85. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	bDIS4DI_1
--	-----------

<p>86. O(a) Sr.(a) já foi agredido fisicamente por policiais, seguranças, desconhecidos ou até por conhecidos, sem que tenha dado motivos para isso? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 99</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN</p>	bDIS5I_1
---	----------

Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.

87. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5CSI_1
88. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5CPI_1
89. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5FVI_1
90. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5PEI_1
91. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5IDI_1
92. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5LMI_1
93. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5SEI_1
94. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5OSI_1
95. Outro motivo _____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS5OMI_1

<p>96. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	bDIS5DI_1
--	-----------

<p>97. O(a) Sr.(a) já participou de um processo seletivo para conseguir emprego ou estágio e foi recusado, mesmo tendo os melhores pré-requisitos dentre todos os candidatos? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 110</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN</p>	bDIS6I_1
---	----------

Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.

98. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6CSI_1
99. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6CPI_1
100. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6FVI_1
101. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6PEI_1
102. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6IDI_1
103. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6LMI_1
104. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6SEI_1
105. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6OSI_1
106. Outro motivo _____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS6OMI_1

107. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS6D1_1
108. Ao freqüentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, o(a) Sr.(a) já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 121</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS71_1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, me responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.					
109. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7CS1_1
110. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7CP1_1
111. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7FV1_1
112. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7PE1_1
113. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7ID1_1
114. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7LM1_1
115. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7SE1_1
116. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7OS1_1
117. Outro motivo _____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS7OM1_1
118. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS7D1_1
119. O(a) Sr.(a) já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade no trabalho ou em um estágio profissional? Considere as situações em que o(a) Sr.(a) foi tratado assim por alguém da sua equipe ou algum cliente, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 132</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS81_1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.					
120. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8CS1_1
121. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8CP1_1
122. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8FV1_1
123. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8PE1_1
124. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8ID1_1

125. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8LM1_1
126. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8SE1_1
127. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8OS1_1
128. Outro motivo _____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS8OM1_1
129. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS8D1_1
130. O(a) Sr.(a) já foi avaliado de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas em algum estágio ou trabalho profissional? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 143</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS91_1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
131. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9CS1_1
132. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9CP1_1
133. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9FV1_1
134. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9PE1_1
135. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9ID1_1
136. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9LM1_1
137. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9SE1_1
138. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9OS1_1
139. Outro motivo (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS9OM1_1
140. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS9D1_1
141. Ao tentar ficar ou namorar com alguém, o(a) Sr.(a) já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que o(a) Sr.(a) foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 154</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS101_1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
142. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10CS1_1

143. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10CP _
144. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10FV _
145. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10PE _
146. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10ID _
147. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10LM _
148. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10SE _
149. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10OS _
150. Outro motivo ____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS10OM _
151. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS10D _
152. A família de alguma pessoa com quem o(a) Sr.(a) se relacionou afetivamente, ficou, namorou ou casou rejeitou o(a) Sr.(a) ou tentou impedir sua relação com ele(a)? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 165</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS11 _
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
153. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11CS _
154. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11CP _
155. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11FV _
156. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11PE _
157. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11ID _
158. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11LM _
159. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11SE _
160. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11OS _
161. Outro motivo ____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS11OM _
162. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS11D _
163. O(a) Sr.(a) já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares? (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 176</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS12 _
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					

164. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12CS _
165. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12CP _
166. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12FV _
167. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12PE _
168. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12ID _
169. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12LM _
170. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12SE _
171. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12OS _
172. Outro motivo____(<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS12OM _
173. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS12D _
174. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas de estágio ou trabalho? Pense que isto pode ter acontecido durante a realização de trabalhos em equipe, reuniões de trabalho, congressos, eventos ou festas e reuniões informais. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 187</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS13 _
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
175. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13CS _
176. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13CP _
177. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13FV _
178. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13PE _
179. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13ID _
180. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13LM _
181. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13SE _
182. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13OS _
183. Outro motivo____(<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS13OM _
184. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS13D _
185. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas da escola ou da universidade? Pense que isto pode ter acontecido recentemente ou no passado, durante a prática de esportes, aulas, realização de trabalhos em grupo, festas, reuniões importantes ou outros encontros com os colegas. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 198</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS14 _

Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.

186. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14CS _
187. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14CP _
188. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14FV _
189. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14PE _
190. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14ID _
191. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14LM _
192. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14SE _
193. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14OS _
194. Outro motivo _____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS14OM _
195. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS14DI _
196. O(a) Sr.(a) já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 209</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS15 _
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
197. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15CS _
198. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15CP _
199. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15FV _
200. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15PE _
201. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15ID _
202. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15LM _
203. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15SE _
204. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15OS _
205. Outro motivo _____ (<i>especificar</i>)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS15OM _
206. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS15DI _

<p>207. O(a) Sr.(a) já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 220</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN</p>					bDIS16I_1
<p>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.</p>					
208. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16CS1_1
209. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16CP1_1
210. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16FV1_1
211. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16PE1_1
212. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16ID1_1
213. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16LM1_1
214. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16SE1_1
215. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16OS1_1
216. Outro motivo _____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS16OM1_1
<p>217. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>					bDIS16DI_1
<p>218. O(a) Sr.(a) já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade na escola ou na universidade? Considere situações em que o(a) Sr.(a) foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades. (0) Não <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 231</i> (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN</p>					bDIS17I_1
<p>Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.</p>					
219. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17CS1_1
220. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17CP1_1
221. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17FV1_1
222. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17PE1_1
223. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17ID1_1
224. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17LM1_1
225. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17SE1_1
226. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17OS1_1
227. Outro motivo _____(especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS17OM1_1

228. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (1) Não (2) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS17D1_1
229. O(a) Sr.(a) já foi avaliado em provas ou outros trabalhos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas? (0) Não -> Pule para a questão 242 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					bDIS18I_1
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou das opções contidas no cartão.					
230. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18CS_1
231. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18CP_1
232. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18FV_1
233. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18PE_1
234. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18ID_1
235. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18LM_1
236. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18SE_1
237. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18OS_1
238. Outro motivo _____ (especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18OM_1
239. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					bDIS18D1_1
AGORA, VAMOS CONVERSAR MAIS UM POUCO SOBRE A SUA FAMÍLIA. LEMBRE QUE OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO DIVULGADOS.					
240. No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar em reais, isto é, a soma de todos os rendimentos (salários, bolsa família, soldo, pensão, aposentadoria, aluguel etc), já com descontos, de todas as pessoas que sempre contribuem com as despesas de sua casa? Renda1 – total ou entrevistado __ __ __ __ __ , __ _ Renda2 __ __ __ __ __ , __ _ Renda3 __ __ __ __ __ , __ _ Renda4 __ __ __ __ __ , __ _ Renda5 __ __ __ __ __ , __ _ Renda6 __ __ __ __ __ , __ _ Renda7 __ __ __ __ __ , __ _ Renda8 __ __ __ __ __ , __ _ Renda9 __ __ __ __ __ , __ _ (9) IGN					bRENDAT __ __ __ __ __ __ , __ __

241. Quantas pessoas (idosos, adultos e crianças), INCLUINDO O(A) SR(A), dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia, mas NÃO INCLUA empregados domésticos para os quais o(a) Sr.(a) paga salário. | | |

bNPRESS |__|_|

(9) IGN

AGORA VAMOS EXAMINAR OS SEUS DENTES. EXAME DE SAÚDE BUCAL

BLOCO SAÚDE BUCAL

LESÃO DE TECIDO MOLE

bLESAO

- (0) Ausente
- (1) Presente

CONDIÇÕES DA COROA DENTÁRIA

<i>Sentido do exame</i>															
bd18	bd17	bd16	bd15	bd14	bd13	bd12	bd11	bd21	bd22	bd23	bd24	bd25	bd26	bd27	bd28
bd48	bd47	bd46	bd45	bd44	bd43	bd42	bd41	bd31	bd32	bd33	bd34	bd35	bd36	bd37	bd38
<i>(sentido do exame)</i>															

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL/CÁLCULO/BOLSA PERIODONTAL/PIP

SUPERIOR

bs17	bs16	bs15	bs14	bs13	bs12	bs11	bs21	bs22	bs23	bs24	bs25	bs26	bs27
bc17	bc16	bc15	bc14	bc13	bc12	bc11	bc21	bc22	bc23	bc24	bc25	bc26	bc27
bb17	bb16	bb15	bb14	bb13	bb12	bb11	bb21	bb22	bb23	bb24	bb25	bb26	bb27

bp17	bp16	bp15	bp14	bp13	bp12	bp11	bp21	bp22	bp23	bp24	bp25	bp26	bp27

INFERIOR

AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA

<p>242. Como o(a) Sr.(a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca? (0) Ótima (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Péssima (9) IGN</p>	bAVALBOCI_
<p>243. Pensando nos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) já perdeu, já teve algum dente extraído? Excluir extração do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental. (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (9) IGN</p>	bSUPDENTI_
<p>244. Pensando nos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) já perdeu, já teve algum dente extraído? Excluir extração do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental. (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (9) IGN</p>	bINFIDENTI_

bs37	bs36	bs35	bs34	bs33	bs32	bs31	bs41	bs42	bs43	bs44	bs45	bs46	bs47	
bc37	bc36	bc35	bc34	bc33	bc32	bc31	bc41	bc42	bc43	bc44	bc45	bc46	bc47	
		245. Algum dos seus dentes está mole?												bDENTMOL _
		(0) Não (1) Sim (8) NSA -> Se as duas as questões 243 e 244 forem marcadas com a resposta (3)												
bb37	bb36	bb35	bb34	bb33	bb32	bb31	bb41	bb42	bb43	bb44	bb45	bb46	bb47	
		246. Nos últimos 6 meses, isto é <desde MÊS>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente?												bDDEN _
		(0) Não (1) Sim (8) NSA -> Se as duas as questões 243 e 244 forem marcadas com a resposta (3)												
bp37	bp36	bp35	bp34	bp33	bp32	bp31	bp41	bp42	bp43	bp44	bp45	bp46	bp47	
		(9) IGN												

247. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário? (0) Não (1) Sim (9) IGN	bTRATDEN _
248. Sua gengiva costuma sangrar? (0) Não (1) Sim, às vezes quando escovo ou uso fio dental (2) Sim, sempre quando escovo (3) Sim, sempre quando uso fio dental (4) Sim, sempre (9) IGN	bSANGRA _
249. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	bUSOCHAP _
250. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? (0) Não (1) Sim, em cima (2) Sim, embaixo (3) Em cima e embaixo (9) IGN	bNECHAPA _
251. Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca? (0) Nunca (1) De vez em quando (2) Frequentemente (3) Sempre (9) IGN	bBOCASEC _

<p>252. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura? (0) Nunca (1) Raramente (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (9) IGN</p>	bDIFICOM1 _
<p>253. O(a) Sr.(a) consultou o dentista alguma vez na vida? (0) Sim (1) Não -> <i>Pule para a questão 258</i> (9) IGN</p>	bCONDEN1 _
<p>254. Quando consultou o dentista pela última vez? (0) Menos de 1 ano (1) 1 a 2 anos (2) 3 anos ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	bCONDEN2 _
<p>255. Onde consultou o dentista na última vez? (0) Consultório odontológico particular (1) Consultório odontológico do convênio (2) Posto/centro de saúde (3) Outros serviços de saúde (4) UFSC (8) NSA (9) IGN</p>	bLOCADEN1 _
<p>256. Qual o principal motivo da sua última consulta com o dentista? (0) Prevenção/Rotina/Revisão (1) Tratamento (2) Extração (3) Urgência/Dor (4) Problema na gengiva (5) Tratamento de ferida na boca (6) Outros (8) NSA (9) IGN</p>	bMOTDENT1 _
<p>257. O dentista já disse que o(a) Sr.(a) tem problemas na gengiva? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	bPROBGEN1 _
AGORA VAMOS MEDIR NOVAMENTE A SUA PRESSAO ARTERIAL	
<p>258. PAS2</p>	bPAS2 __ __ _
<p>259. PAD2</p>	bPAD2 __ __ _
<p>O entrevistado estava sozinho durante a entrevista? (0) Sim (1) Não</p>	bCOMPA 1 _
<p>AGRADEÇA A ATENÇÃO, INFORME SOBRE NOSSO SITE (www.epifloripa.ufsc.br) E TELEFONES (informe o número celular do plantão) CASO O PARTICIPANTE QUEIRA NOS CONTATAR, E OFEREÇA O BRINDE.</p>	

Oi, meu nome é (nome do entrevistador). Sou supervisor(a) do estudo EpiFloripa, do qual o(a) senhor(a) participou nessas últimas semanas, e estou ligando para fazer algumas perguntas sobre alimentação assim como umas poucas questões para avaliar a qualidade da entrevista que o (nome do entrevistador) realizou no seu domicílio. Agradeço sua colaboração e lembro que sua participação é muito importante. A entrevista deve demorar em torno de 2 minutos. Tudo bem?

{ident} Numero de identificacao _ _ _ _ _

{nome} Nome do participante _____

{datent} Data da entrevista <dd/mm/yyyy>

QUESTIONÁRIO EPIFLORIPA 2012 - HÁBITOS E ACESSO A NUTRIÇÃO SAUDÁVEL

As seguintes perguntas se referem às atividades realizadas por você nas duas últimas semanas

Nas duas últimas semanas, em geral.....

1. Sem considerar as horas de trabalho, estudo ou de sono, quantas horas de tempo livre você teve por dia? {hlivre} _ _
2. Quantas horas de sono você teve por noite? {hsono} _ _
3. Quantas horas por dia você assistiu TV de segunda a sexta? {htvsem} _ _
4. Quantas horas por dia você assistiu TV no sábado ou domingo? {htvfim} _ _
5. Sem ser no trabalho, quantas horas por dia você usou o computador de segunda a sexta? {htvsem} _ _
6. Sem ser no trabalho, quantas horas por dia você usou o computador no sábado ou domingo? {htvfim} _ _
7. Quantas vezes por semana o senhor fez as suas refeições enquanto assistia televisão ou usava o computador? {reftvcom} _
8. Quantas vezes por semana o senhor comeu doces, salgadinhos (tipo chips), balas e/ou chocolates enquanto assistia televisão ou usava o computador? {salgtvcom} _
9. Quantas vezes por semana o senhor bebeu refrigerantes enquanto assistia televisão ou usava o computador? {reftvcom} _
10. Quantas vezes por semana você trocou as suas refeições principais (almoço ou jantar) por lanches e/ou refeições rápidas, tais como pizzas, hamburguer ou cachorro quente {sublanch} _

Agora, gostaríamos de saber como é viver na sua vizinhança, pois muitos aspectos do local onde as pessoas moram podem afetar a saúde. Por vizinhança, queremos dizer o lugar onde fica sua casa e a área em volta dela; onde você tem atividades no dia-a-dia como fazer compras, caminhar ou visitar vizinhos.

11. Faz quanto tempo você mora na sua residência atual? {tmoraano} _ _ {tmorames} _ _

12. Existem locais que vendem frutas, verduras e legumes frescos próximos à sua residência, isto é, à menos de 15 minutos a pé de onde você mora? {locfrut}

- (0) Não
- (1) Sim, mas são poucos
- (2) Sim, há vários
- (9) Ignorado

13. Como você avalia a qualidade das frutas, verduras e legumes à venda próximo a sua residência? {qualfrut}

- (1) Muito ruim
- (2) Ruim
- (3) Nem boa nem ruim
- (4) Boa
- (5) Muito boa
- (9) IGN

14. Como você avalia o preço das frutas, verduras e legumes à venda próximo à sua residência? {precfrut}

- (1) Muito barato
- (2) Barato
- (3) Nem caro nem barato
- (4) Caro
- (5) Muito caro
- (9) Ignorado

15. Existem locais que vendem lanches e/ou refeições rápidas, como por exemplo pizzas, hambúrguer ou cachorro quente próximos à sua residência, isto é, à menos de 15 minutos a pé de onde você mora? {loclanch} #

- (0) Não
- (1) Sim, mas são poucos
- (2) Sim, há vários
- (9) Ignorado



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estudo de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa”**. Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o sr(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde geral e dos dentes e gengivas dos adultos que foram pesquisados pela mesma equipe em 2009 e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas, de nutrição, discriminação e qualidade de vida.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e verificaremos algumas condições de saúde da sua boca, como por exemplo, a presença de cárie e a existência de sangramento nas gengivas. Este exame será realizado por dentistas, não oferece nenhum risco, não causa dor alguma e todos os instrumentos utilizados estarão esterilizados ou serão descartáveis. Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professor Marco Peres, coordenador desta pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, pelo telefone (48) 3721 9388 ou e-mail: mperes@ccs.ufsc.br.

Eu.....declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, ____ de _____ de 2012.

(assinatura do participante)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO nº 1772

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

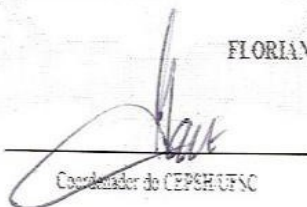
APROVADO

PROCESSO: 1772 FR: 402177

TÍTULO: Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estudo de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa

AUTOR: Marco Aurélio de Anselmo Peres, Karen Glazer de Anselmo Peres Antonio Fernando Boing João Luiz Dornelles Bastos Eleonora D'Orsi David Alejandro Gonzalez Chica

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.



Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Bastos de Azevedo