



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SUZANA MEDEIROS BALBINO

**FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM UMA ÁREA DE COBERTURA
DA ESF DO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB**

CUITÉ – PB

2013

SUZANA MEDEIROS BALBINO

**FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM UMA ÁREA DE COBERTURA
ESF DO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^o. Dr. José Justino Filho

CUITÉ – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B139fl. Balbino, Suzana Medeiros.

Fatores de risco e determinantes sociais para as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio / PB. / Suzana Medeiros Balbino. – Cuité: CES, 2013.

139fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de

Orientador: Dr. José Justino Filho.

1. Saúde pública. 2. Doença crônica. 3. Determinantes sociais da saúde. I. Título.

CDU 614

SUZANA MEDEIROS BALBINO

**FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS
CRONICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM UMA ÁREA DE COBERTURA
ESF DO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – submetido à aprovação da banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Cuité, _____ de _____ de _____.

Prof.º Dr. José Justino Filho
Orientador- UFCG/CES/UAS

Prof^ª. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia
Membro- UFCG/CES/UAS

Prof^ª. Ms. Glenda Agra
Membro- UFCG/CES/UAS

CUITÉ – PB

2013

À Deus, a minha Mãe Maria do Céu, e a minha filha Thayná, razões da minha vida, do meu esforço, e do meu empenho em sempre ser alguém melhor.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **Deus**, que confirma sua presença em cada obstáculo que é colocado no decorrer da minha vida, em cada momento de alegria, em cada momento de tristeza, em cada momento de vitória, como este que vivo agora.

À minha **Maria do Céu Medeiros e Silva**, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, pelo incentivo aos estudos e pelo exemplo dignidade e caráter.

À minha filha querida **Thayná Medeiros**, que tanto sofre com a minha ausência. Contudo, é minha inspiração para sempre buscar o melhor para ela. Que bom que você existe!

Aos meus irmãos **Suely Medeiros e Rafael Medeiros**, por sempre me apoiar e por cuidar de Thayná em minha ausência.

À minha tia **Inês Medeiros**, pelo referencial de vida e dedicação profissional, o que instigou meu crescimento pessoal e profissional.

À minha tia **Almerinda Medeiros**, pelo apoio emocional e financeiro que sempre me ofereceu em vários momentos da minha graduação.

Aos meus queridos primos **Samara Medeiros, Victor Medeiros e Tarsila Gianna**, pela confiança, amizade e reciprocidade que sempre tiveram por mim.

As minhas queridas amigas **Dhayana Carla e Thayssa Mayara**, pelo companheirismo e amizade nos diversos momentos, principalmente nos que mais precisei de vocês, muito obrigado.

Ao meu orientador, **Profº Drº José Justino Filho**, por dividir seu conhecimento, pelo constante incentivo e confiança depositada em meu trabalho.

À nutricionista **Janaina Oliveira**, pelo auxílio na seleção e interpretação de alguns dados que compuseram parte da amostra.

À nutricionista **Prof. Vanille Pessoa**, pela colaboração na construção de alguns itens do questionário.

À **Banca Examinadora** deste trabalho, por aceitar o convite e me ajudar na conclusão do curso.

Aos **Professores do curso de Enfermagem**, pela contribuição no meu crescimento profissional e moral, o qual será decisivo para o meu desempenho enquanto futura profissional de Enfermagem.

Aos **colegas** de graduação, principalmente **Gésska Macêdo** pela ajuda na monografia.

Aos **sujeitos que compuseram a pesquisa**, por terem participado do meu trabalho contribuindo de forma grandiosa para que eu pudesse realizar este estudo.

E a todos que de uma forma ou de outra me ajudaram e incentivaram na vida acadêmica e para conseguir realizar esta pesquisa.

“Nunca deixe que lhe digam que não vale apenas acreditar no sonho que se tem. Ou que os seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém.”

Renato Russo e Flávio Venturini (1987).

RESUMO

BALBINO, S. M. **Fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB.** Dr: FILHO, J. J. Cuité, 2013. 139f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

As transformações ocorridas no Brasil ao longo dos séculos, associado à maneira com os sistemas de atenção a saúde respondem aos problemas da população, refletem atualmente um perfil epidemiológico complexo, onde problemas arcaicos e contemporâneos se “sobrepõem”, num contexto de iniquidade social e crescente incidência das doenças crônicas. Este aspecto, aliado às características e peculiaridades do Brasil, com suas contradições e desigualdades sociais, aponta para o desenvolvimento de novas observações. Nessa perspectiva, esse estudo tem por objetivo conhecer os fatores de risco e determinantes sociais que influenciam no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, considerando a abordagem quanti-qualitativa, que foi desenvolvido no entre o período de março a setembro de 2013. Os dados observados revelam que as prevalências variaram conforme os critérios utilizados e as características da população estudada, sendo obtidos os valores máximos para os fatores de risco estudados: excesso de peso 22%, obesidade 19%; sedentarismo 41%; consumo de frutas e hortaliças 5%; consumo de peixes 25%; consumo de embutidos 22%; consumo de refrigerante ou suco artificial 19%; uso abusivo de álcool 6%; tabagismo 19%; entre outros dados observados. Por conseguinte, as variações, chamam atenção para o estilo de vida e determinantes sociais da saúde que favorecem o desenvolvimento das DCNT nessa localidade. Observa-se que esses fatores se articulam ao arcabouço inacabado da teoria da determinação social da saúde, a qual tem sido bastante utilizada nos estudos analisados, mas não suficientemente elaborada para direcionar as políticas públicas. Identificam-se os laços que unem as categorias sociais e de saúde, tanto a sistemas de interpretação, quanto a histórias pessoais de indivíduos relacionadas ao adoecimento. Ademais, indicamos que a sua compreensão se fundamenta a partir de uma “perspectiva global”, construída entre trajetórias individuais, o contexto macro-social, e a problemática da causalidade. Além disso, as altas prevalências observadas, em algumas variáveis, indicam a necessidade de intervenções emergenciais. Pois, o Brasil tem posto em prática importantes políticas de prevenção das DCNT. Contudo, as tendências adversas para a maioria dos fatores de risco trazem um enorme desafio e demandam ações e políticas adicionais.

DESCRITORES: Doença Crônica; Fatores de Risco; Prevalência; Determinantes sociais da saúde; Brasil.

ABSTRACT

BALBINO, S. M. Risk factors and determinants for chronic non communicable diseases (NCDs) in a coverage area of the municipality of Remígio FHS / PB. Dr : SON , J. J. Cuité, 2013. 139f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health , Federal University of Campina Grande, PB - Cuité, 2013.

Changes occurred in Brazil over the centuries, associated with the way health care systems respond to the problems of the population, are currently considering an epidemiological profile complex, where archaic and contemporary issues "overlap " in a context of social inequality and growing incidence of chronic diseases. This aspect, combined with the characteristics and peculiarities of Brazil, with its contradictions and social inequalities, points to the development of new observations. In this perspective, this study aims to understand the risk factors and social determinants that influence the development of chronic non communicable diseases (NCDs) in a coverage area of the municipality of Remígio FHS / PB. This is a study of exploratory- descriptive, considering the quantitative and qualitative approach, which was developed in the period from March to September 2013. The observed data show that prevalence rates varied according to the criteria used and the characteristics of the population studied, and the maximum values obtained for the studied risk factors: overweight 22%, obese 19%, 41% sedentary lifestyle, consumption of fruits and vegetables 5%, 25% fish consumption, consumption of embedded 22%, consumption of soda or artificial juice 19%, alcohol abuse, 6%, smoking 19%, among other observed data. Therefore, variations, draw attention to the lifestyle and social determinants of health that favor the development of NCDs in this locality. It is observed that these factors are linked to the unfinished framework of the theory of social determination of health, which has been widely used in the studies reviewed, but not sufficiently developed to guide public policies. Identifies the ties that bind social groups and health, both systems of interpretation, as the personal stories of individuals related to the illness. Moreover, we indicate that their understanding is based from a " global perspective ", built between individual trajectories, the macro -social context, and the problem of causality. Furthermore, the high prevalence observed in some variables, indicate the need for emergency interventions. Well, Brazil has implemented important policies for the prevention of NCDs. However, adverse trends for most risk factors bring a huge challenge and require additional actions and policies.

KEYWORDS: Chronic Disease, Risk Factors, Prevalence, Determinants of Health, Brazil.

LISTA DE TABELA

TABELA 01

Fatores de risco e determinantes sociais da saúde para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em uma área de cobertura do ESF do município de Remígio/PB, em 2013. Autor, 2013.

55

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25$ kg/m²) em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, em 2013. Autor, 2013. 58

GRÁFICO 02

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) obesos ($IMC \geq 30$ kg/m²), em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013. 61

GRÁFICO 03

Percentual de pessoas (≥ 15 anos) que consomem regularmente frutas e hortaliças do total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013. 65

GRÁFICO 04

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que consomem carne gordurosa, em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB. Autor, 2013. 72

GRÁFICO 05

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que consomem peixes em pelo menos 1 a 2 dias por semana em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013. 76

GRÁFICO 06

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que consomem embutidos em pelo menos 1 a 2 por semana em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB. Autor, 2013. 81

GRÁFICO 07

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que consomem refrigerante ou suco artificial em 5 ou mais dias da semana, em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013. 83

GRÁFICO 08

Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que consomem bebida alcoólica em pelo menos 1 a 2 uma vez por mês, em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF II do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013. 87

GRÁFICO 09	90
Percentual de indivíduos (≥ 15 anos) que praticam atividade física regularmente em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 10	93
Percentual de entrevistados (≥ 15 anos) inativos em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 11	97
Percentual de indivíduos tabagistas (≥ 15 anos) em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 12	100
Percentual de indivíduos ex-tabagistas (≥ 15 anos) em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 13	103
Percentual de indivíduos fumantes passivos no domicílio (≥ 15 anos) em relação ao total de pessoas entrevistadas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 14	105
Relação adoecimento e procura pelo serviço de saúde local, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 15	107
Relação presença de DCNT e procura por recursos diagnósticos, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 16	110
Percentual de classificação da assistência de Saúde do município, em uma área de cobertura da ESF do Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 17	111
Percentual que qualificou o atendimento de saúde como bom, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.	
GRÁFICO 18	112
Percentual de entrevistados que classificaram o atendimento de saúde como razoável em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB,	

2013. Autor, 2013.

GRÁFICO 19 113

Percentual que qualificou como ruim, na área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.

GRÁFICO 20 1113

Percentual de entrevistados que quase não frequenta o serviço de saúde local, na área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.

GRÁFICO 21 120

Percentual de entrevistados que já participaram de atividade educativa na comunidade antes de ser portador de DCNT, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.

GRÁFICO 22 121

Percentual de entrevistados que não participaram de atividade educativa na comunidade antes de ser portador de DCNT, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/ PB, 2013. Autor, 2013.

GRÁFICO 23 123

Percentual de entrevistados que apresentaram alguma limitação relacionado a renda no tratamento de doenças crônicas, em uma área de cobertura da ESF do município de Remígio/PB, 2013. Autor, 2013.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGS	Acido Graxo Essencial
AGMI	Acido Graxo Monoinsaturado
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional da Saúde
AIDS	Síndrome da Imundeficiência Adquirida
CES	Centro de Educação em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CID	Classificação Internacional das Doenças
CPRM	Serviço Geológico do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FLV	Frutas Legumes e Verduras
GM	Gabinete do Ministério
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
ND	Nefropatia Diabética
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Alta
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RS	Rio Grande do Norte
SC	Santa Catarina
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMTEL	Sistema de Monitoração por entrevistas telefônicas
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAS	Unidade Acadêmica de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
VIGITEL	Vigilância para os fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	23
3	OBJETIVOS.....	26
3.0.1	Objetivo Geral.....	26
3.0.2	Objetivos Específicos.....	26
4	REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.0.1	Condições de saúde, condições crônicas e fatores de risco.....	29
4.0.2	Epidemiologia e fatores de risco	32
4.0.3	Determinantes sociais da saúde	35
5	METODOLOGIA	39
5.0.1	Tipo de Estudo	40
5.0.2	Local do Estudo	41
5.0.3	População e Amostra	41
5.0.4	Instrumento de Coleta de Dados	42
5.0.5	Procedimentos de Coleta de Dados	43
5.0.6	Análise e Processamento dos dados.....	44
5.0.7	Definição Das Variáveis.....	45
5.0.8	Aspectos Éticos.....	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	143
	ANEXOS.....	155

INTRODUÇÃO

1.0 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, diversos países vêm passando por processos de transformações no contexto de determinações políticas, sociais, econômicas, e de ocupação do espaço urbano que influenciaram sobremaneira a situação de saúde de uma época, e conseqüentemente contribuíram para o reflexo de épocas posteriores. Essas modificações colaboram para importantes mudanças no perfil social da população, modificando a maneira de viver de indivíduos e grupos, o perfil nutricional, epidemiológico e demográfico (OPAS, 2007; VASCONCELLOS et al, 2008). Tratando-se de Brasil, nas últimas quatro décadas, o país vivenciou relevantes modificações que se refletem na acelerada urbanização, nos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, na crescente industrialização e crescimento econômico (MALTA et al, 2011).

Indicadores de saúde pública do século XX mostram que ocorreram reduções dos índices de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e forte proporção de idosos em relação aos demais grupos etários (SAS et al, 2011). No contexto de determinação individual e de grupos, foi observado que as mudanças no estilo de vida adotado pela população num cenário de urbanização e industrialização crescente tornaram-se mais evidentes. Com o consumo dos bens modernos, foi se alterando o modo de viver, a alimentação, os valores e a cultura da população brasileira (CUPARRI et al, 2010). Houve um aumento progressivo do sedentarismo, do consumo de álcool e tabaco, exposições ambientais e ocupacionais, bem como alterações nos hábitos alimentícios associados à ingestão de alimentos industrializados e ricos em gorduras, açúcares e sódio (CESSE, 2007).

Nessa perspectiva, esses fatores aliados a maneira como o sistema de atenção à saúde respondem aos problemas de saúde da população, determinaram um novo perfil epidemiológico na atualidade (MENDES, 2012). Esse perfil epidemiológico é caracterizado como um perfil de desigualdades sociais, espelho de contradições seculares que tem sido definido como a “tripla” carga de doenças, pois abrangem ao mesmo tempo uma agenda não concluída de infecções e doenças parasitárias, problemas de saúde reprodutiva, desnutrição e obesidade; o forte crescimento das violências e problemas por causas externas; e o desafio da hegemonia das doenças crônicas e seus principais fatores de riscos (GOULART, 2011).

Ademais, é verificado que essas condições de saúde são agravadas categoricamente pelo acesso restrito à habitação, saneamento básico, alimentação, trabalho, renda e

escolaridade, evidenciadas em países em desenvolvimento como o Brasil, e sendo mais prevalentes nas classes sociais de menor poder aquisitivo, o que corroboram para uma maior intensificação desses problemas no contexto da determinação social da saúde (TEIXEIRA, 2009).

Logo, a compreensão desse novo patamar determina a necessidade de captação dos categóricos multidimensionais que estão envolvidos na determinação de saúde da população. A importância dos determinantes sociais da saúde decorre do fato de que eles repercutem diretamente no estado de saúde da coletividade, pois permite prever a maior proporção das variáveis nesse nível e a iniquidade sanitária; estruturam os comportamentos de risco; e interatuam mutuamente na geração da saúde (ALMEIDA FILHO, 2004). Dessa forma, se faz imprescindível analisar a distribuição de renda e de acesso a ativos econômicos e recursos sociais e educacionais, além de como a disponibilidade global destes, influência para manutenção das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população Brasileira (CHAVES, 2008).

Portanto, numa esfera de saúde-enfermidade-cuidado, trata-se de integrar sistemas semiológicos de significação e o contexto econômico, político e social com a experiência do adoecimento. Neste sentido, pretende-se representar os diferentes elementos contextuais que se articulam para formar os “dispositivos patogênicos estruturantes”. As condições estruturantes abrangem o macro contexto, ou seja, as restrições ambientais, as redes de poder político, as bases de desenvolvimento econômico, e os aspectos sociais; e o micro contexto, envolve os modos de vida e o comportamento, os quais atuam como elementos de modulação da cultura e como limitadoras da liberdade de ação individual para aquisição de hábitos considerados saudáveis para se obter um bom estado de saúde, principalmente no contexto das DCNT (ALMEIDA FILHO, 2004).

Dessa forma, devido à necessidade de dados mais detalhados sobre essa perspectiva de análise, com ênfase no comportamento de risco adotado pela população em relação à etiologia das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e a magnitude desse fenômeno na atualidade, especialmente em localidades pouco pesquisadas, evidencia a necessidade de um estudo sobre a investigação dos fatores de risco e determinantes sociais que interagem para determinar a maior propensão no desenvolvimento das DCNT na população Remigense.

Haja vista, que o ônus das doenças não transmissíveis continua aumentando no mundo e enfrentá-la constitui um dos principais desafios para o desenvolvimento do Brasil no século XXI. Nos países em desenvolvimento cerca de 80% das mortes estão associadas

a essas patologias, sendo 16 milhões de pessoas acometidas com menos de 70 anos. Prevendo-se ainda com o crescente envelhecimento populacional um aumento no número de óbitos ainda maior nos próximos 10 anos (BARCELÓ et al, 2011).

Para se observar um pouco da magnitude desse fenômeno, só no ano de 2007 elas representaram cerca de 67% dos óbitos notificados a nível nacional, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa: 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas pelo câncer (15,1%), doenças respiratórias(5,6%) e diabetes (4,6%) (SAS et al, 2011).

Por conseguinte, essas considerações revelam a necessidade de se avançar numa perspectiva de compreensão dos fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT, requerendo-se assim novas observações que apontem para o desvendar da manutenção desse problema de saúde que atualmente se faz tão presente na sociedade contemporânea e que determinam relevantes impactos em morbidade, mortalidade, qualidade de vida, incapacidades e gastos públicos.

Os resultados observados poderão servir de alicerce para um planejamento de saúde pública mais adequada a nível local, para uma melhor conformação das políticas micro e macro regionais, para o modelo de assistência praticado atualmente, com ênfase em aspectos que ainda mantém a representação biomédica no cuidado as doenças crônicas, e a qualificação dos profissionais em face da realidade observada. Pois, a Enfermagem enquanto ciência social, não pode deixar à margem estudos que contemplem as reais precisões de saúde da população, aqui percebida como o modo de cuidar que trata das questões sociais mais fortemente (TONIOLLI et al, 2003).

CONTEXTUALIZAÇÃO

2.0 CONTEXTUALIZAÇÃO

A importância em compreender o perfil das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e os determinantes sociais da saúde no município de Remígio, cidade localizada no estado da Paraíba na microrregião do Curimataú Ocidental, na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, possuindo área territorial de 178 km² e população de 18.075 habitantes, surgiu a partir de análises temporais da literatura que revelam o impacto desse fenômeno na atualidade.

Sendo representado pelo advento precoce e a manutenção em ambos os sexos de morbidades crônicas e suas complicações, expressivo perfil de obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, demonstrado em todas as regiões do país e inclusive com incidência crescente na população Remigense. A qual no ano de 2003 apresentou em média 170 diabéticos e 808 Hipertensos cadastrados na atenção básica, e em 2012, 366 e 1.379 respectivamente (DATA-SUS SIAB, 2013).

Esses fatores, associados à insuficiência de estudos que resgatem com precisão a temática na sociedade brasileira, do ponto de vista teórico da sociologia, visto que apesar dos avanços nos métodos baseados nos modelos de agregação epidemiológica entre as doenças crônicas e os fatores de risco, estes não contemplam com precisão a complexidade que envolve o surgimento e a manutenção desses problemas de saúde na sociedade. Revelando a necessidade de um redirecionamento maior na busca de comprovações científicas consistentes dos fatores de risco e determinantes sociais dessas enfermidades crônicas.

A necessidade desse redirecionamento, num contexto de determinação dos fatores de risco e relevantes desigualdades sociais para as doenças crônicas não transmissíveis, especificamente em localidades pouco estudadas, justifica a necessidade da construção desse estudo. Dessa forma, buscar através dessa pesquisa científica, entender os determinantes que implicam negativamente na ocorrência das DCNT no município de Remígio-PB é um elemento de grande importância.

Portanto, este estudo surgiu para que se somasse ao que já existe, embora não se incorpore, contribuições de melhoria na qualidade de vida das pessoas, uma vez que se tornam esquecidas as suas necessidades sociais, econômicas, culturais, educacionais e de saúde.

O seu desenvolvimento possibilitará uma maior chance de alertar os profissionais para a magnitude desse fenômeno e sua abrangência na sociedade, incentivando-os a terem

maior interesse em reconhecer e atuar positivamente no desenvolvimento de estratégias junto a esse seguimento populacional. Com base nessa evidência e em registros de literatura fazem-se necessário que busquemos enquanto profissionais da saúde um novo repensar sobre os problemas sócio-históricos que estão por trás dessas patologias aparentemente simples e corriqueiras, porém complexas, quando analisadas através dos seus impactos para a sociedade.

No contexto social, esse estudo cria ainda uma oportunidade de mostrar aos que desconhecem o assunto uma forma de amenização do problema, gerando novos olhares sobre estilos de vida mais saudáveis e fatores de risco adotado pela população Remigense, questões sobre os determinantes sociais da saúde e sua perspectiva de análise. Por conseguinte, mais informações podem ser geradas e com isso o melhoramento na compreensão dos principais agentes determinantes de adoecimento.

Para a população alvo do estudo, este, servirá como modelo, pelo fato de ser o primeiro trabalho de nível acadêmico desenvolvido no município. Fornecendo a compreensão do nível de exposição e vulnerabilidade a qual a população da amostra está exposta, e com isso propiciará uma melhor análise por órgãos de maior porte para que providências possam ser tomadas, e que, sobretudo, soluções possam ser encontradas para o melhoramento da saúde. A pesquisa trará ainda um assunto com direcionamento pouco abordado no Brasil, principalmente na região Nordeste, atingindo de forma inovadora os determinantes que contribuem para a gênese e manutenção das DCNT.

OBJETIVOS

3.0 OBJETIVOS

3.0.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar a relação entre os fatores de risco e determinantes sociais que influenciam a gênese das doenças crônicas não transmissíveis em uma área de cobertura da ESF II do município de Remígio/PB.

3.0.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Averiguar o perfil comportamental e social dos usuários expostos a DCNT;
- Verificar os impactos negativos na população por ocasião das doenças crônicas não transmissíveis e determinantes sociais da saúde;
- Examinar a percepção do usuário sobre a utilização dos serviços de saúde do município na prevenção das DCNT.

REFERENCIAL TEÓRICO

4.0 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.0.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONDIÇÕES CRÔNICAS E FATORES DE RISCO

Nas últimas décadas, as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico, os avanços nos recursos médicos e diagnósticos, a expansão do acesso à saúde pública, ao saneamento básico, a melhoria nas condições de higiene, e a melhora do padrão de vida da população, têm proporcionado ao homem oportunidades de prolongar o seu tempo vital (ALVES, 2008). O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, porém constituem atualmente um dos maiores desafios já encontrados. Especialmente nos países em desenvolvimento este desafio é ainda maior, pois estes são marcados deficiências na promoção de saúde, respostas inadequadas aos problemas encontrados, além de uma acentuada pobreza e desigualdade social (LESSA, 2004).

Nesse cenário, agora, mais do que nunca, a investigação sobre as doenças crônicas, fatores de risco e os determinantes sociais da saúde, passa há ter um papel relevante para a sociedade, profissionais de saúde e políticas públicas, a fim de se promover um envelhecimento com qualidade e prevenir a acometimento por estas doenças. A busca por um “modo de vida” mais saudável, mediado pelo estilo de vida e condições de vida, é visto como ampla e fundamental instância determinante dos processos saúde-enfermidade, estes têm ideais convergentes em melhores condições sociais e respostas adequadas dos sistemas de saúde, sendo uma das estratégias mais apropriadas para enfrentamento das doenças crônicas (CAMPOS, M. O.; et al, 2013).

Dessa forma, em se tratando da magnitude que envolve a determinação de saúde e cuidado no contexto atual, surge uma nova categorização que usualmente vem sendo considerada no universo da pesquisa e que merece destaque não só por ter sua relação com as DCNT, seus fatores de risco e determinantes sociais da saúde, mas por se referir a um conceito que recentemente vem sendo ampliado para melhor compreensão de sua definição e formas de abordagem dos serviços públicos e profissionais envolvidos no cuidado. Este se refere ao conceito de condição de saúde.

Quando relacionado às condições crônicas, o conceito de condição de saúde vem ganhando bastante ênfase, visto que estas morbidades exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde e dos profissionais envolvidos no provimento de seus cuidados, tanto no que se refere à prevenção, como ao próprio tratamento e curso destas doenças (FREITAS; MENDES, 2007).

De acordo com MENDES:

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativa, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias...Ademais essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chaves contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias (MENDES, 2012: p. 31-32).

Portanto, a compreensão desse conceito se faz necessário, sobretudo, quando relacionamos as condições de saúde a eventos patológicos específicos como é o caso das doenças crônicas e doenças agudas, pois a partir daí, iram definir qual tipo de abordagem, como as mencionadas anteriormente, melhor se adéqua a condição de saúde apresentada por determinado usuário. Por exemplo, se classificadas como condições agudas, iram determinar cuidados de menor amplitude. Porém, se classificadas como condições crônicas, iram determinar cuidados mais bem elaborados tanto na questão de prevenção, como de tratamento. Para melhor compreensão da sua forma de abordagem vejamos a conceituação de ambas.

Deste modo, as condições agudas se caracterizam como manifestações de doenças transmissíveis ou infecciosas de curta duração, com início de forma rápida e inesperada, apresentando causas simples e de fácil diagnóstico, estas geralmente respondem bem a tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos específicos não necessitando de acompanhamento mais minucioso (MENDES, 2011).

Já as condições crônicas podem ser consideradas como alterações no cotidiano das pessoas, causados por patologias de longa duração, que acarretam perdas e disfunções quando não acompanhadas devidamente. São caracterizadas por etiologia múltipla, de início gradual e lento geralmente levando décadas para estarem completamente instaladas, apresentam prognóstico incerto. É uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, além de contínua e concomitante atenção dos diversos serviços de saúde (FREITAS; MENDES, 2007).

Segundo MENDES:

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas... se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das

condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional (MENDES, 2012, p.33).

As condições crônicas mais precisamente a doença crônica, pode ter início como uma condição aguda, aparentemente imperceptível e que se prolonga através de episódios de exacerbação. Embora sejam passíveis de controle, as redes assistenciais, em especial no Brasil, atuam hegemonicamente em situações agudas, oferecendo ações reativas, pontuais e fragmentadas no enfrentamento das situações crônicas, o que facilita o aparecimento de alterações orgânicas e complicações em longo prazo (SILVA JUNIOR et al, 2011).

De uma forma geral, as doenças crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva em idades mais avançadas e, frequentemente, estão associadas a outras enfermidades (comorbidades) e a fatores de risco em comum. Podem determinar um processo incapacitante, que afeta a funcionalidade e a vida das pessoas, ou seja, dificulta ou até impedem a execução de suas atividades do dia-a-dia. Ainda que não sejam fatais quando tratadas, essas condições favorecem o comprometimento na qualidade de vida (DUARTE; SILVEIRA; FONSECA, 2007).

As doenças são em grande medida preveníveis, e o número total de mortes, em especial as prematuras, pode se reduzir consideravelmente mediante a modificação de quatro fatores de risco comuns: o consumo de tabaco, a alimentação inadequada (inclusive o consumo excessivo de sal), o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool (BARCELÓ et al, 2011).

Ademais, é necessário conceituar e compreender as condições agudas e as condições crônicas, identificando algumas características semelhantes e diferenças conceituais que envolvem sua determinação, e assim perceber que estas exigem respostas diferenciadas, principalmente quando se refere a sua forma de prevenção, não podendo uma condição aguda apresentar a mesma forma de abordagem de uma condição crônica (MENDES, 2011).

Nesse estudo as condições crônicas são empregadas a um conjunto específico de doenças crônicas, tidas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fixando-se o cuidado para doenças cardiovasculares, as neoplasias, o diabetes mellitus, e as condições respiratórias crônicas. Sendo sua conceituação necessária, pois seu conceito evidencia com maior veemência a necessidade principalmente preventiva visto que estas possuem longo período de latência para estarem totalmente estabelecidas tendo forte relação com os fatores de risco e necessitam de cuidados meticulosos.

Ademais, as doenças crônicas não transmissíveis são expressas por estilos de vida modernos pouco saudáveis e condições sociais desfavoráveis. Há evidências de que o comportamento e estilos de vida são determinantes sociais importantes dessas condições crônicas (CHAVES, 2008). Esses fatores de risco são potencializados pelos determinantes intermediários e distais que, por sua vez, afetam os determinantes individuais (MENDES, 2012).

Por conseguinte, essas condições crônicas têm uma relação direta com o conceito epidemiológico de risco. São os fatores de risco que contribuem para o aparecimento dessas condições crônicas, eles explicam a grande incidência de morbidades crônicas e respondem pela maioria dos óbitos causados, entre homens e mulheres em idade cada vez mais precoce (MUNIZ et al, 2012). Desse modo devem ser prevenidos a fim de evitar que elas desenvolvam e levem a desfechos indesejáveis.

4.0.2 OS FATORES DE RISCO E A EPIDEMIOLOGIA

Ao se discutir o conceito de risco, o termo remete a várias versões para a origem da palavra. O primeiro registro remonta do século XIV, mas ainda não possuía a conotação de perigo, recebendo-a apenas no século XVI. Os estudos etimológicos da palavra sugerem que ela tem origem do latim *ressecum*, “o que corta”, utilizada para descrever o “perigo oculto no mar”. Para epidemiologia nos primórdios do conceito, ele surge também como probabilidade, ganhando sentido matemático, ou seja, associado à possibilidade de um evento ocorrer ou não, combinado com a magnitude dos prejuízos e ganhos envolvidos na ação desempenhada (GAMBA; SANTOS, 2006).

O conceito de risco ao longo dos tempos foi objeto de intensos debates para definir sua centralidade numa configuração discursiva, num papel definidor da perspectiva analítica da ciência epidemiológica. O conceito de risco dentre outros aspectos também foi relacionado à observação de eventos prejudiciais a saúde das pessoas, como os relacionados ao risco de exposição individual ou populacional a doenças (AYRES, 2002). Nas décadas de 1960 e 1970, ocorreu um grande esforço de construção teórica que envolve o conceito de risco, esse esforço foi provocado pelo aumento da chamada “nova morbidade”, constituída por males crônicos e degenerativos (GONÇALVES, 1990).

Recentemente o conceito de risco, está mais bem fundamentado, onde o risco individual ou populacional é tido como o conjunto de fatores que estão relacionados à maior vulnerabilidade, ou seja, a capacidade das populações expostas a esses fatores

considerados prejudiciais a saúde desenvolver desequilíbrios de origem orgânica. Assim, por conseguinte esses fatores foram classificados em “comportamentais” e “não modificáveis”, de acordo com a possibilidade de intervenção ou forma de abordagem sobre os mesmos (MALTA et al, 2011).

Dentre os fatores de risco “comportamentais” podemos destacar a hipertensão, o tabagismo, o colesterol alto, o baixo consumo de frutas e hortaliças, o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade, bem como consumo abusivo de álcool e outras drogas. Em relação aos fatores “não modificáveis” podemos elencar os que não são passíveis de prevenção a partir de medidas educativas, mudanças de hábitos alimentares e melhoria de saúde. No grupo destes estão incluídos sexo, idade e herança genética (CASTRO; SIMONI; GONÇALVES 2008).

Com relação aos estudos acerca dos fatores de risco associados à ocorrência das DCNT, destacamos que a sua denominação também tem sido utilizada para indicar uma variável que se acredita está relacionada à probabilidade de adoecimento por estas doenças. Em geral quanto maior o número e a magnitude de exposição aos fatores de risco, maior a perspectiva de morbidade e mortalidade.

Acrescenta-se ainda que a multiplicidade de exposição a esses fatores gere um sinergismo que acaba por potencializar os problemas de saúde (MENDES, 2011). Assim, o termo risco também é concebido como um perigo possível de suceder uma reação adversa à saúde de pessoas expostas ou ainda a probabilidade de agravo na dimensão física, psíquica, ou social do ser humano (GAMBA; SANTOS, 2006).

Por conseguinte, a definição do conceito possibilitou identificar indivíduos com maiores chances de desenvolver problemas fisiopatológicos, motivando estes para modular esforços na redução de comportamentos não saudáveis, a partir de alterações no seu estilo de vida, dada à possibilidade de adoecimento futuro (VAZ et al, 2007).

Essa definição é tida como uma ferramenta essencial para a ampliação do raciocínio clínico e de práticas de promoção e proteção à saúde, pela possibilidade de identificação de características ambientais, sociais e genéticas que podem constituir uma ameaça à saúde das populações, de modo que alterá-los, removendo quando possível, seus determinantes, funciona como um instrumento de grande valia. Estabelece ainda uma oportunidade de unir a clínica com a epidemiologia, à administração e o planejamento em saúde (GAMBA; SANTOS, 2006).

Dessa forma, com o avançar dos anos, a epidemiologia a partir da fundamentação do conceito de risco, das validações científicas e métodos, conseguiu destacar sua atuação

junto às demais especialidades médicas. Porém, como visto sua inserção é dada pela consolidação do enfoque biologicista no processo saúde-doença, não abrangendo de forma mais evidentes os determinantes sociais da saúde, ou seja, a manifestação social das enfermidades (LUIZ; COHN, 2006). O conceito de risco/fatores de risco, como os estudos que atingem tal temática, não consideram uma discussão mais ampla das questões relacionadas ao processo de saúde-doença e a sociedade (BARRA et al, 2010).

De acordo com Ayres (2002), não há nenhuma menção independente, de caráter prático que admita a epidemiologia validar conhecimentos acerca de uma configuração sócio-sanitária favorável ou desfavorável à qualidade de vida, para além das indicações de probabilidades de ocorrência ou prevenção de enfermidades. Nas discussões acerca de promoção de saúde, e mais ainda naquelas sobre vigilância à saúde, a epidemiologia tem sido apontada como um instrumento não apenas benéfico, como imprescindível. Contudo, permanecem à margem de discussões necessárias para o trânsito teórico de novas proposições que envolvem a determinação social da saúde. Questão que ainda permanece em aberto até os dias de hoje.

Esta menção torna-se ainda mais preocupante quando se remete a estudos mais recentes que consideram tal abordagem no âmbito global, identificando que esse paradigma ainda esta longe de abranger com veemência os determinantes sociais da saúde frente aos problemas contemporâneos. Pois, de acordo com o estudo de Nogueira (2009), sobre Determinantes, determinação e determinismo sociais, este autor realça a análise crítica sobre o relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde, em 2008, o qual dispõe sobre propostas de intervenções para saúde, onde estas contemplam de forma irrelevante os determinantes sociais da saúde.

Neste, a discussão se situa por o documento tratar o tema de acordo com a epidemiologia tradicional, onde predomina o conceito de fator causal e a visão fisiopatológica da saúde, desconsiderando um debate mais amplo sobre as questões sociais, as contribuições e as teorias da sociologia, das ciências políticas e da filosofia aos fenômenos sociais da saúde. Essa nova epidemiologia enfatizada no relatório, que é exclusivamente pseudo-social, atribuindo a si o direito de falar do social sem ser capaz de adotar uma teoria crítica da sociedade. Ao final, constata-se que acabou se concentrando no componente do conhecimento científico, com predomínio do campo da epidemiologia e fomentado por interesses capitalistas (COSTA, 2009).

Nesse sentido, com esforço de ampliar essa discussão teórica numa perspectiva de se preencher essa lacuna histórica, é que se almeja compreender os fatores de risco e os

determinantes sociais que levam ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população Remigense. Visto, que com o passar dos anos a epidemiologia avançou consideravelmente em estudos sobre a percepção dos fatores risco e doenças crônicas, porém não contemplaram de forma precisa os determinantes sociais da saúde e sua discussão teórica.

Deste modo, a partir de um enfoque holístico, é plausível corroborar a existência de dimensões inter-relacionadas ao contexto político, social, econômico e de assistência a saúde o qual determinam uma maior vulnerabilidade das populações ao acometimento pelas doenças crônicas não transmissíveis (BARRA et al, 2010).

Trata-se aqui de pensar em saúde como um componente reflexivo da sociologia, na qual o que se explora são as reproduções, os sentimentos, os comportamentos e as maneiras pelos quais os indivíduos se vêem dentro da sociedade.

Dessa forma, a análise desse estudo será pautada na compreensão desse fenômeno enquanto perspectiva analítica dos determinantes sociais da saúde que influenciar no desenvolvimento e manutenção de comportamentos de risco. Seu desenvolvimento é uma oportunidade de evidenciar que o processo saúde-doença está além do biológico, mas inserido no contexto sócio-econômico, político e cultural que envolve a adoção de certos hábitos de saúde.

4.0.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Como resultado da complexidade analisada, passamos a observar algumas considerações do pensamento social que é atingido nos estudos sobre as temáticas que relacionam a saúde com os macro e micros determinantes sociais do adoecimento. Estas exposições levam a pensar na analogia saúde-enfermidade como fatores que estão ligados à relação que o homem estabelece com a natureza e o mundo social por ele estruturado, fornecendo assim subsídios para a compreensão de esses fatores repercutem para formar os dispositivos patogênicos estruturantes do adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis no contexto da atualidade (SILVA, 2010).

Diante disto, observa-se que o pensamento social considerado sob a perspectiva de tal temática começa a se evidenciar no Brasil a partir do século XIX. Desigualmente do enfoque epidemiológico, as questões sociais constituem, no país, um campo de ensino e pesquisa autônomo desde 1960. Isso se deve à contribuição de Cecília Donnangelo (1975), com a publicação da obra - *Saúde e Sociedade*, que aborda discussões sobre: os serviços de

saúde; as políticas sociais e o modelo de estado e da sociedade. O tema dos movimentos sociais começa a se fazer presente na produção científica da área. Passando a ser percebidos como espaços de criação de identidades ou campos para a construção do espaço público (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

A década 1970 é um momento em que se afloram duas perspectivas que melhor discutem as questões sociais vigentes. A primeira identifica a carência das propostas de intervenção nos sistemas de saúde para resolver ou melhorar as condições de saúde das coletividades, reconhecendo-se a falta de compreendê-la em sua totalidade. A segunda perspectiva assinala o fato do cuidado à saúde está fundamentado na atenção médico-sanitária aos doentes, bem como sua orientação científica derivada do risco individual da doença baseado na epidemiologia clássica. As discussões e proposições que versam da determinação social da saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) também ganham destaque nessa época, passando a incluir a questão social como um elemento a ser considerado no processo de adoecimento (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009).

Identifica-se, que a opção pelo enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde estaria ligada ao contexto moderno, em que temas relacionado à ética tornam-se questões sociais expressivas, ou seja, pensar na determinação social da saúde significava pensar em uma sociedade que se questiona sobre seus próprios objetivos, que busca novos discursos a ela relacionados, que organiza um novo desenho sobre si mesmo e suas possibilidades de intervenção (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Mais adiante, a determinação social da saúde sofre influência direta do conceito de classe social, sendo está relacionada à posição social do indivíduo na sociedade. É representada como uma categoria produtora de diferenciais níveis de exposição a condições potencialmente capazes de provocar danos à saúde ou determinam diferenciais de vulnerabilidade, ou seja, a situação social pode determinar o estado de saúde ou maior propensão ao adoecimento, como a disponibilidade de recursos materiais e humanos que tem influência diretamente no seu estado (SANTOS, 2011).

A determinação social da saúde é elencada como às condições de habitação, as condições ligas ao peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação, a existência de trabalho e suas características, às voltadas para a economia e educação, para além dos padrões da pesquisa epidemiológica contemporânea. Em geral, muitas das condições que estão além da possibilidade de controle por parte da sociedade e que são determinadas pela posição dos indivíduos na camada social, na divisão social do trabalho e de renda (TEIXEIRA, 2009).

A determinação social da saúde inclui ainda as transformações na concepção de Estado e da sociedade, no modelo político e econômico de desenvolvimento. Antes de tudo, implica a responsabilidade estatal para promover o desenvolvimento social, tendo como base a coesão social e as políticas de promoção e proteção, o que sugere a noção de cidadania, a qual traz implícita uma idéia de igualdade, principalmente civil, política e social (COSTA, 2009).

Nesta perspectiva, é importante que fique claro que o direito à saúde não se restringe quando a uma situação de desequilíbrio orgânico, por exemplo, quando uma doença crônica já esta instalada, mas também ao conceito ampliado de condições de saúde e o provimento de qualidade de vida. Assim sendo, as práticas de saúde devem ser direcionadas ao bem social e não aos interesses que representam a orientação política exercida pelo Estado, ou seja, ao capitalismo (FLEURY; BRONZ, 2010).

Alguns autores como Almeida Filho, (2004) em seu estudo sobre *Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis*, ainda sugere que a determinação social das enfermidades pode esta relacionada à teoria do estresse, atualizando-a como instrumento teórico fundamental para o estudo das relações entre desigualdades sociais, pobreza e saúde, particularmente no que se refere à mortalidade e morbidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Nessa relação, os níveis de estresse atuam na determinação do processo saúde/enfermidade, resultando em maior risco de exposição.

Portanto, a análise da determinação social da saúde pode legitimar e conferir compreensão sobre os processos sociais vigentes e, desta forma, facilitar o advento de ações politizadas a saúde trazendo a consciência necessária para manter e impulsionar a demanda pelo direito. Um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. O conhecimento sobre um determinado desfecho pode ser útil para ajudar a evitar o surgimento de um agravo, podendo também influenciar na busca pelo tratamento, quando a doença já está estabelecida (BORGE; ROMBALDI; KNUTH, 2009).

Entender as condições de saúde e como elas são produzidas, pensar na promoção de saúde enquanto participação das populações no processo de tomada de decisões implicada ponto de vista analítico, compreender a importância da sociologia, a qual é capaz de nos fornecer subsídios para que consigamos identificar porque os problemas de saúde de maior magnitude se manter, ou mesmo formas de enfrentamento.

Esse princípio se faz de grande importância principalmente quando nos referimos à conjuntura das condições crônicas, como as doenças crônicas não transmissíveis, onde os profissionais, a partir do desenvolvimento de ações mais politizadas podem ajudar a população a compreender melhor a origem desses fenômenos e procurar soluções que sejam capazes de atribuir à sociedade o poder sobre seu direito a viver de forma mais saudável com vistas à prevenção desses agravos (GARRAFA; CORDÓN, 2009).

METODOLOGIA

5.0. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.0.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, considerando a abordagem quanti-qualitativa. Para Gil (2009), o estudo exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou construir hipóteses. Quanto ao estudo descritivo o mesmo autor refere que este tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis.

Na abordagem metodológica, optamos por utilizar a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo por entender que produz a triangulação metodológica que não pode ser pensada como oposição, mas numa relação entre opostos complementares. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (BRUGGEMAN; PARPIRELLI, 2008).

De acordo com Alyrio (2007) a abordagem quantitativa oferece maior segurança quanto às inferências feitas por garantir precisão dos resultados, enquanto que a abordagem qualitativa pode descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar os processos dinâmicos vividos por grupos sociais.

Uma vez que reconhecida a complementariedade entre as duas abordagens e a forma de dispor-se a alguma integração, a partir do reconhecimento das particularidades de cada uma, é possível identificar de que maneira podem ser mais bem incorporadas a estrutura da pesquisa.

Pode-se adotar, portanto, a partir destas colocações, que os caminhos que conduzem à integração ou, pelo menos, à complementariedade entre métodos qualitativos e quantitativos não são fechadas, mas suficientemente abertas (MINAYO; SANCHES, 1993).

5.0.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma área de cobertura da Estratégia de saúde da família (ESF) do município de Remígio/PB, a partir da obtenção de dados populacionais dessa localidade. A escolha do local ocorreu aleatoriamente por método de sorteio simples entre

as sete unidades de saúde da família que compõe a população sanitária de Remígio-PB. A localidade sorteada para o estudo recebe cobertura da Estratégia de Saúde da Família, e se localiza no bairro de Lagoa do Mato. Remígio-PB possui oito estabelecimentos de saúde, sete unidades de saúde da família e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Esses estabelecimentos são distribuídos entre os dez bairros, que são eles: Centro; Brito Lira; Bela Vista; São Judas Tadeu; Santo Antonio; Freitas; Monte Santo; Padre Cícero; Lagoa do Mato e Baixa Verde.

Remígio-PB é um município brasileiro do estado da Paraíba, que está localizado na microrregião do Curimataú Ocidental. O município está incluído na área geográfica de abrangência do Semiárido brasileiro, definida pelo Ministério da Integração Nacional (2005). Sua área é de 178 km², representando 0.3155% do Estado, 0.0115% da Região e 0.0021% de todo o território brasileiro. Sua sede tem uma altitude aproximada de 593 metros, distando 109,7 Km da capital (CPRM, 2005). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), sua população era estimada em 17.581 habitantes, com perspectiva de crescimento para 18.686 habitantes no ano de 2013.

5.0.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população definida para o estudo contemplou pessoas com idade igual ou superior a 15 anos no momento da pesquisa e igual ou inferior a 65 anos, residentes em uma área de cobertura da ESF, ou seja, no bairro de Lagoa do Mato.

A seleção dos sujeitos foi realizada de forma sistemática e proporcional ao número total de famílias residentes no bairro de Lagoa do Mato, a qual no mês de julho correspondeu a 617 famílias. Desse quantitativo foram analisados 10%, correspondendo a 60 entrevistados, uma pessoa entrevistada por domicílio. “Assim, a amostra “intencional” consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 2008, p.94).

Em cada área de coleta, foi identificado o ponto de partida do estudo, que incidiu no sorteio das famílias que iriam fazer parte da amostra. Esse critério levou em consideração além da seleção sistemática das famílias conforme o número total que recebiam cobertura da ESF II, o julgamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre as que apresentavam maiores chances ou disponibilidade em contribuir com a amostra.

Do total de famílias cobertas, foram sorteadas 12 famílias por cada ACS, contemplando seis localidades. Apesar de a área total ser coberta por sete agentes de saúde, fizeram parte da amostra apenas seis, pois um no momento da pesquisa estava afastado por motivos de saúde, totalizando-se, por tanto, seis áreas entrevistadas. Do quantitativo de famílias ou indivíduos entrevistados nenhum se recusou em participar do estudo, o que em partes confirma o conhecimento do perfil dos sujeitos por cada ACS, nas suas respectivas áreas de cobertura.

A seleção dos participantes deu-se pelo critério de sorteio e disponibilidade para participar da pesquisa, contemplando os sujeitos que se faziam presentes no momento e que estavam incluídos nos critérios de inclusão/exclusão. Para a seleção da amostra foram respeitados alguns critérios, são eles:

- Ser sorteado
- Ter confirmação de ser residente no domicílio há mais de dois anos;
- Ser morador assíduo do domicílio;
- Idade igual ou superior a 15 anos e igual ou inferior a 65 anos;
- Não está gestante no caso das mulheres;
- Ter disponibilidade para participar da pesquisa;
- Aceitar de forma livre participar do estudo;
- Apresentar condições cognitivas satisfatórias;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.0.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2013, por meio de um questionário (Apêndice A) de monitoramento de fatores de risco e proteção para as DCNT, baseado no modelo proposto pelo Ministério da Saúde (VIGITEL, 2011). Ao qual foram incluídas algumas questões sobre os determinantes sociais da saúde. Essas questões foram julgadas importantes para o conhecimento dos aspectos que contribuem para acometimento por doenças crônicas.

Nessa investigação, foram enfatizados questionamentos objetivos e subjetivos para o conhecimento do estilo de vida e realidade social dos sujeitos participantes da pesquisa. Os questionamentos foram divididos em três categorias: Condições socioeconômicas;

Hábitos alimentares e de saúde; e Fatores relacionados ao processo de saúde/doença, a partir das questões formuladas.

As categorias citadas abrangem questões que se referem à: a) Idade, sexo, estado civil, raça/cor, renda, nível de escolaridade e número de pessoas residentes no domicílio; b) Peso e altura referidos; c) Características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fontes de gordura saturada; e frequência, duração de exercícios físicos etc); d) Consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e) Referência de alguma DCNT; f) Procura e periodicidade na verificação da glicemia e hipertensão arterial; g) autoavaliação do serviço/assistência de saúde do seu município relativo à prevenção das DCNT, entre outras questões a serem investigadas.

O questionário adotado pelo sistema VIGITEL trata-se de um sistema que utiliza a pesquisa por telefone e o consentimento livre e esclarecido por meio do aceitação verbal. No entanto, para esse estudo o questionário VIGITEL foi aplicado diretamente no ambiente domiciliar, através de visitas realizadas pela própria pesquisadora, de forma que os critérios de inclusão/exclusão fossem preservados, e que o sujeito aceitasse de forma livre e esclarecida participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi informado antes da coleta de dados.

5.0.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os aspectos éticos apreciados nesse estudo tiveram por base os preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como da Resolução nº. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que versa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007). Este estudo passou pela apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC), sendo aprovado.

Os voluntários receberam informações sobre a metodologia e apresentaram após a leitura e entendimento, o consentimento livre e esclarecido. Os indivíduos menores que 18 anos apresentaram o TCLE assinado por seus pais ou responsáveis.

Para a realização da coleta de dados foram cumpridos os seguintes critérios: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o

desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Apêndice C) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Remígio/PB; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para avaliação e aprovação do projeto de pesquisa.

Após o consentimento do CEP, foi dado início às atividades da coleta de dados, as quais foram realizadas no mês de julho de 2013, pela própria pesquisadora. Inicialmente foram realizadas visitas à Secretaria Municipal da cidade para o conhecimento da Enfermeira (o) e os Agentes comunitários de saúde que atuam na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família, bairro de Lagoa do Mato do município de Remígio/PB.

Posteriormente, depois de estabelecido maiores vínculos foi realizada uma aproximação com os profissionais que atuam na área de cobertura da comunidade de Lagoa do Mato para informar sobre a pesquisa, seus objetivos, percurso metodológico, finalidades, bem como a necessidade de contribuição da equipe para adentrar mais facilmente na comunidade. Por conseguinte, foram realizadas as visitas domiciliares, com propósito de conhecer melhor os sujeitos e assim investigar sobre o interesse em participar do estudo. Após essa aproximação, foi iniciada a realização da coleta dos dados.

5.0.6 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para análise dos dados, foram utilizadas estimativas para a frequência de fatores selecionados de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis com base nos estudos já desenvolvidos e aspectos considerados essenciais para a sua discussão. A seleção desses fatores levou em conta sua importância para a determinação da carga global de doenças estimada pela Organização Mundial da Saúde para a região das Américas, onde se encontra o Brasil (OMS, 2005).

Quanto aos determinantes sociais da saúde foram levados em consideração os estudos que abordam tal temática, bem como a opinião dos pesquisadores sobre a relevância de alguns questionamentos para o contexto da análise, tendo em vista a conjuntura social que envolvem o acometimento por DCNT.

As estimativas fornecem a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, agrupados por temas, que envolvem, dentre os fatores de risco: O tabagismo; Excesso de peso e obesidade; Padrões alimentares; Consumo de bebidas alcoólicas; Relação adoecimento e procura pelos serviços de saúde local.

Dentre os fatores de proteção, foi incluído o exercício físico no tempo livre; O consumo de frutas e hortaliças; O consumo de peixe; A relação autoconhecimento sobre DCNT e procura por recursos diagnósticos; E a participação em atividade educativa na comunidade.

Em relação aos determinantes sociais da saúde que contribuem para adoção de certos hábitos considerados adequados para se ter um bom estado de saúde a fim de prevenir o surgimento de DCNT, foi levada em consideração: a escolaridade; A autoavaliação do serviço de saúde local referente à prevenção das DCNT; Fatores para a qualificação do serviço de saúde local; Influência do fator renda no tratamento de doenças crônicas entre outros aspectos. Estes aspectos ora foram discutidos nas subcategorias, ora de forma isolada. Em conjunto, a sua identificação visa à assimilação de subgrupos prioritários para intervenções de saúde direcionadas a nível local.

As análises foram estratificadas por sexo, idade e nível de escolaridade, sendo elencadas em divisões sócio-demográficas resultantes da estratificação da amostra: sexo (masculino e feminino), faixas etárias (15-25, 26-36, 37-46, 47-57, 58-65 anos de idade), renda (zero à acima de dez salários mínimos) e anos de escolaridade (0-9, 10-12 e 13 ou mais anos de escolaridade). Para cada item foi realizado o cálculo de proporções e uma apreciação descritiva das respostas sobre os fatores de risco ou proteção e os determinantes sociais da saúde que contribuem para o acometimento por DCNT.

Os dados quantitativos foram dispostos em tabelas e gráficos, e discutidos de acordo com a literatura pertinente à temática. Já os dados qualitativos, estes foram discutidos a partir da construção de gráficos, que por sua vez também foram analisados conforme os aspectos evidenciando na literatura e as peculiaridades observadas nesse estudo.

Para a elaboração do banco de dados, apuração e análise dos mesmos foi utilizado o *Software Microsoft Excel*, cujos resultados apresentar-se-ão descritivamente sob a forma de distribuição em tabelas e gráficos. O *Software Microsoft Excel* programa que oferece, através de relatórios e gráficos, resultados estatísticos consolidados ou detalhados, permitindo realizar todo e qualquer tipo de cruzamento de informações entre diferentes perguntas e perfis dos entrevistados.

5.0.7 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A definição das variáveis e seus parâmetros de avaliação, em sua grande parte, seguiram as informações contidas no questionário VIGITEL, 2011.

- Excesso de peso e obesidade

Para analisar o percentual de adultos com excesso de peso foi levado em consideração: o número de sujeitos com excesso de peso/número de participantes da pesquisa. Sendo considerado o indivíduo com excesso de peso aqueles que apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/ m², calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autoreferidos, conforme a questão: “O (a) senhor (a) sabe seu peso e sua altura (mesmo que seja valor aproximado)? Q. 9.

Para analisar o percentual de entrevistados com obesidade foi levado em consideração: o número de sujeitos com obesidade/ número de participantes da pesquisa. Sendo classificado como obesos as pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos, conforme a questão: “O (a) senhor (a) sabe seu peso e sua altura (mesmo que seja valor aproximado)? Q. 9.

- Consumo alimentar

Para analisar o percentual de entrevistados que consomem hortaliças e frutas regularmente, avaliou-se: o número de pessoas com consumo regular de hortaliças e frutas/número de participantes entrevistados. Foi considerado consumo regular de hortaliças e frutas, o consumo em cinco ou mais dias da semana de hortaliças e frutas, estimadas a partir de respostas às questões: “Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) no almoço ou no jantar? “Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer frutas?” Q. 12, 13, 14.

Para o percentual de sujeitos que costumam consumir carnes com excesso de gordura, investigou-se: o número de participantes que costumam consumir carnes com gordura visível/ número de sujeitos entrevistados. Foi considerado consumo de carnes com gordura visível, a resposta positiva as questões “Quando o (a) senhor (a) come carne

vermelha com gordura, o (a) senhor (a) costuma?” ou “Quando o (a) senhor (a) come frango/galinha com pele, o (a) Sr (a) costuma?” Q. 16, 18.

No que se refere ao consumo de peixes, o percentual foi analisado a partir: do número de sujeitos que relatam consumir regularmente peixes/ número de participantes entrevistados. Foi considerado consumo regular de peixes, o consumo em pelo menos 1 a 2 dias por semana, estimado a partir de respostas à questão: *“Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer peixe?” Q. 19.*

Para o percentual de sujeitos que costumam consumir embutidos regularmente, foi observado: o número de indivíduos que costumam consumir embutidos/ número de sujeitos entrevistados. Foi considerado consumo regular de embutidos as pessoas que consomem embutidos em pelo menos 1 a 2 dias por semana, a resposta positiva à questão *“Em quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer produtos embutidos (por ex: mortadela, salsicha, linguiça, apresuntado, etc) Q.20*

No percentual de pessoas que costumam consumir refrigerante em cinco ou mais dias por semana foi averiguado: o número de pessoas que costumam consumir refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana/ número de sujeitos entrevistados. Foram consideradas, para composição do indicador de consumo regular de refrigerante ou suco artificial, as respostas “cinco a seis dias por semana” e “todos os dias (inclusive sábado e domingo)” para a pergunta: *“Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma tomar refrigerante?” “Em quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma tomar suco artificial? Esse percentual foi analisado sem levar em conta a quantidade e o tipo. Q. 27, 28.*

- Consumo de bebidas alcoólicas

Para o percentual de consumo de bebidas alcoólicas regularmente, foi levado em consideração: o número de adultos que consumiam bebida alcoólica de forma regular/ número de entrevistados. Foi considerado consumo regular de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias. Considera-se, para identificar o consumidor regular de bebida alcoólica, a resposta às questões *“O Senhor (a) consome bebida alcoólica?” “Com que frequência o (a) Sr. (a) consome bebida alcoólica?” Q. 32, 33.* Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma *lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de aguardente, bebida destilada ou qualquer outra bebida alcoólica.*

- Atividade física

Para se estimar o percentual de entrevistados que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer), foi levada em consideração a frequência recomendada de atividade física no tempo livre a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa. Atividade com duração inferior a 10 minutos continua não sendo considerada para efeito do cálculo do total de minutos despendidos na semana.

Para o percentual de entrevistados que praticam atividade física, ou seja, sujeitos fisicamente ativos foram estimados dados a partir: do número de pessoas fisicamente ativas/ número de sujeitos entrevistados. Este indicador é estimado a partir das questões: *“Nos últimos três meses, o (a) senhor (a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”*, *“Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o (a) senhor (a) pratica?”*, *“Quantos dias por semana o (a) senhor (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”* e *“No dia que o (a) senhor (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”* Q. 34, 35, 36, 37.

Para o percentual de entrevistados que não praticam atividade física, ou seja, sujeitos inativos foram estimados dados a partir: do número de pessoas fisicamente inativas/ número de pessoas entrevistadas. Foi considerado fisicamente inativo o entrevistado que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses. Este indicador é construído com base na combinação de respostas dadas para as questões: *“Nos últimos três meses, o (a) senhor (a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”*, *“Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o (a) senhor (a) pratica?”*, *“Quantos dias por semana o (a) senhor (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”* e *“No dia que o (a) senhor (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”* Q. 34, 35, 36, 37.

- Tabagismo

Para estimar o percentual de fumantes, foi levado em consideração: o número de sujeitos fumantes/ número de pessoas entrevistadas. Foi considerado fumante a pessoa que respondeu positivamente à questão *“O (a) senhor (a) fuma?”*, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. Q. 38

No percentual de ex-fumantes estimou-se: o número de pessoas ex-fumantes/ número de sujeitos entrevistados. Foi considerada ex-fumante a pessoa não fumante que respondeu

positivamente à questão “*O (a) senhor (a) fuma? Atualmente não fumo, mas já fumei*”, independentemente do número de cigarros e da duração do hábito de fumar. Q. 38.

Já no percentual de fumantes passivos no domicílio observou-se: o número de sujeitos não fumantes que relatam pelo menos um dos moradores do seu domicílio ou vizinhos próximos que costuma fumar dentro de casa/ ou próximo, conforme resposta à questão: “*Alguma das pessoas que mora com o (a) senhor (a) ou vizinho próximo costuma fumar dentro ou perto de sua casa (distância que dá para sentir a fumaça do cigarro)?*”.Q. 42.

- Relação adoecimento e procura por serviços de saúde local

Para iniciarmos a segunda parte das discussões foram instituídos alguns questionamentos que remetem tanto para o adoecimento e a prevenção das DCNT, como a importância que é dada pela amostra para a busca dos serviços de saúde de sua localidade, dando ênfase ao contexto preventivo. Esses questionamentos remetem para como a população da amostra reage à procura do serviço público local (Estratégia de saúde da família) quando em fase de adoecimento, bem como investiga a presença portadores de DCNT nessa amostra.

Para essa análise utilizamos as questões 45 e 46, as quais quando avaliadas em conjunto nos sugerem o risco que os sujeitos estão susceptíveis por apresentarem comportamentos não adequados para sua saúde.

Logo, analisamos as seguintes variáveis: o número de sujeitos que quando adoecem procuram o serviço de saúde/ número de pessoas entrevistadas; Número de pessoas que são portadores de alguma doença crônica/ número de sujeitos entrevistados, conforme respostas as questões: “*Quando o (a) Sr. (a) adoecer na maioria das vezes procura que tipo dos recursos abaixo?*” “*O (a) Sr. (a) é portador de alguma doença crônica?* Q 45, 46.

- Relação presença de DCNT e procura por recursos diagnósticos para diabetes mellitus e hipertensão arterial

Nesse seguimento, foram analisadas algumas questões que quando em conjunto nos fornece subsídios para avaliarmos à presença de DCNT e a procura por recursos

diagnósticos de simples acesso para a constatação de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, que são disponibilizados na atenção básica. Para essa análise as questões 46, 51, 52 e 53, foram julgadas importantes.

A inclusão do questionamento sobre morbidade e procura por recursos diagnósticos permite construir indicadores para o monitoramento de saúde da população nos seus vários domínios, bem como gera um perfil cultural que nos permite prever a busca pelos serviços de saúde e sua relação com a prevenção das doenças crônicas. Pois, com o aumento de sua prevalência a prevenção tem sido apontada como uma das principais medidas para impedir o seu desenvolvimento na idade adulta.

Portanto, foram levados em consideração: o número de pessoas que possuem alguma DCNT/ número de sujeitos entrevistados; Quando foi a última vez em que a pressão do entrevistado foi medida/ número de pessoas entrevistadas; Realização de algum exame para medir a glicemia/ número de entrevistados; Quando foi a última vez em que fez o exame (glicemia)/ número de sujeitos entrevistados, conforme respostas as questões que seguem: *“O (a) Sr. (a) é portador de alguma doença crônica?” Q. 46. “Quando foi a última vez que o (a) Sr. mediu sua pressão?” Q. 51 “O (a) já fez algum exame para medir a açúcar do sangue (glicemia)? Q52 “Quando foi a última vez que o (a) fez o exame?” Q53.*

- Autoavaliação do serviço de saúde referente à prevenção das DCNT

Para analisar esse item, denominamos autoavaliação do serviço de saúde, a compreensão que o sujeito relata possuir em decorrência da qualidade da assistência de saúde referente à prevenção das DCNT que é disponibilizado em sua localidade. Nesse estudo, esse indicador/fator pode revelar forte correlação com o risco de morbidade que a população está exposta, por não considerar suficiente a assistência prestada, o que tem forte relação com a gênese dessas doenças. A análise desse questionamento caminha também no sentido de oferecer uma nova compreensão sobre os determinantes de saúde que contribuem para a manutenção de morbidades por DNCT no contexto preventivo.

A autoavaliação do serviço de saúde, nesse estudo, é considerada um indicador válido e relevante para se avaliar a assistência oferecida à população dessa localidade, no que se refere à prevenção das DCNT. Esse indicador pode revelar forte correlação com o risco de morbidade a qual a população está exposta, por avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados a essa localidade como insuficientes, a partir da percepção dos usuários, o

que tem forte relação com a gênese dessas doenças e implicações sociais; como, caminha no sentido de oferecer uma nova compreensão sobre os determinantes sociais da saúde que contribuem para a manutenção de morbidades por DNCT, no contexto de poucas iniciativas de cunho preventivo. Constituindo-se assim, um preditor poderoso independentemente de outros fatores.

Dessa forma, é levado em consideração: número de sujeitos que qualificam o serviço de saúde como Excelente/ número de pessoas entrevistadas; número de que qualificam o serviço de saúde como Bom/ número de pessoas entrevistados; o número de que qualificam o serviço de saúde como Razoável/ número de pessoas entrevistados; número de sujeitos que qualificam o serviço de saúde como Ruim/ número de pessoas entrevistados; número de que quase não freqüentam o serviço de saúde/ número de pessoas entrevistados, na questão que segue: *“Como o (a) Sr. (a) qualifica o atendimento/assistência de saúde do seu município (nos últimos anos) referente à prevenção das doenças crônicas?”*

- Fatores para a qualificação dos serviços de saúde locais/fatores para o melhoramento da saúde no sentido DCNT

Adicionalmente, no conjunto da amostra estudada, em relação aos sujeitos que frequentam o atendimento de saúde do seu município foram interrogados quais os fatores que levaram eles a qualificar o atendimento de saúde de sua localidade da forma referida (Questão 56).

Adicionalmente, no conjunto da amostra estudada, em relação aos sujeitos que frequentam o atendimento de saúde do seu município, foram interrogados quais os fatores que levou ele a qualificar da forma mencionada, na pergunta: *“Quais os fatores que levaram o (a) Sr. (a) a qualificar o atendimento de saúde (nos últimos anos) dessa forma? Q. 56.*

Foi examinado também segundo a opinião do entrevistado o que poderia ser feito para o melhoramento da saúde do seu município, questão 58: *“O que o (a) Sr. (a) acha que poderia ser feito para melhorar a saúde do seu município, no tocante as doenças crônicas? Q 58.* Essa questão só foi discutida por pessoas que de fato frequentam o serviço público de saúde da sua localidade ou que deixaram de frequentar recentemente por algum motivo peculiar (a qual é mostrado mais adiante), afim de evitar respostas de natureza duvidosa.

6.0.0. Participação em atividade educativa na comunidade

Complementando as análises anteriores, a questão 57 traz um questionamento muito importante, no que se refere à prevenção das DCNT. Nela é investigado se os usuários da comunidade estudada já participaram de alguma atividade educativa antes de serem portadores de patologias crônicas. Na questão a seguir: número de sujeitos que já participaram de atividade educativa na comunidade/ número de pessoas entrevistadas, na questão que segue: *“O Sr. (a) já participou de algum programa educacional, reuniões, palestras, oficinas educativas, na sua comunidade envolvendo o assunto das DCNT antes de ser portador? Q. 57.*

6.0.1 Influência do fator renda no tratamento de doenças crônicas

Por conseguinte, finalizamos com uma pergunta de suma importância que nos permite avaliar a influência que o fator renda exerce no tratamento das DCNT. Utilizamos as questões número 7, 59 e 60 para elucidar esse aspecto, pois em conjunto elas nos dão respostas que nos permite correlacionar a situação financeira do entrevistado, aqui observada como um fator de risco para o tratamento de DCNT (bem como aumenta as chances deste apresentar alguma complicação), com alguma limitação que o impediu de seguir o tratamento conforme orientação médica.

Assim, foi levado em consideração: o número de sujeitos que relataram sofrer alguma limitação no tratamento de doenças crônicas/ número de pessoas entrevistadas; o número de indivíduos que relataram que esse fator os impediu de seguir o tratamento conforme recomendação médica/ número de pessoas entrevistadas, nas questões que seguem: *“Segundo sua opinião, a sua situação financeira gerou alguma limitação (por ex. em alimentação, deslocamento para o local de assistência, compra de medicamentos, realização de exames) que o impediu de dar continuidade ao tratamento para as doenças crônicas?” Q 59. “O (a) Sr. (a) acredita que isso o impossibilitou de seguir o tratamento da forma ideal (conforme recomendação médica)?” Q 60.*

5.0.8 Aspectos éticos

Os aspectos éticos apreciados nesse estudo tiveram por base as considerações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como da Resolução nº. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que versa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Dessa forma, foi assegurado o anonimato dos integrantes desse estudo, bem como o sigilo de todas as informações por estes prestadas. Entre outros aspectos considerados nessa pesquisa foi garantida a autonomia em desistir de sua participação em qualquer etapa sem que houvesse qualquer prejuízo na sua desistência, sendo inclusive mencionada como um direito dos participantes de optarem por não participar. Como referido anteriormente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para que desde o momento os participantes pudessem ir se familiarizando com o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a análise e discussões dos dados optou-se por dividir as variáveis, aqui denominadas de parâmetros de avaliação da amostra, em diferentes tipos de categorias: condições socioeconômicas, hábitos alimentares e de saúde, e fatores relacionados ao processo de saúde/doença. Essas categorias foram discutidas conforme o cruzamento de alguns dados, os quais foram gerados em decorrência das respostas as questões formuladas. A frequência de cada valor será representada principalmente por gráficos que correspondentes as estimativas verificadas para a população estudada.

Essas estimativas fornecem a frequência de fatores de risco ou proteção para doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde, agrupados por temas, que envolvem, dentre os fatores de risco: Excesso de peso e obesidade; Padrões alimentares; Consumo de bebidas alcoólicas; Tabagismo; Relação adoecimento e procura pelo serviço de saúde local. Dentre os fatores de proteção, foram incluídos: A prática de exercício físico no tempo livre; O consumo de frutas e hortaliças; O consumo de peixe; A relação presença de DCNT e procura por recursos diagnósticos; E a participação em atividade educativa na comunidade.

Em relação aos determinantes sociais da saúde que contribuem para adoção de certos hábitos considerados adequados para se promover um bom estado de saúde, a fim de prevenir o surgimento de DCNT, foi levada em consideração: A escolaridade; A autoavaliação do serviço de saúde local referente à prevenção das DCNT; Fatores para a qualificação do serviço de saúde local; Influência do fator renda no tratamento de doenças crônicas entre outros questionamentos. Os determinantes sociais da saúde ora foram discutidos nas subcategorias citadas anteriormente, ora de forma isolada.

TABELA 1. Fatores de risco e determinantes sociais da saúde para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na área de cobertura do PSF II do município de Remígio/PB, 2013.

Excesso de peso	22%	78%
Obesidade	19%	81%
Frutas e hortaliças	5%	95%
Carnes com gordura	22%	78%

Frango com a pele	20%	80%
Peixes	25%	75%
Embutidos	22%	78%
Refrigerante ou Suco Art.	19%	81%
Álcool	6%	94%
Exercício físico	23%	77%
Inatividade Física	41%	59%
Tabagistas	19%	81%
Ex-tabagistas	15%	85%
Tabagistas passivos no domicílio	41%	59%
Relação adoecimento e procura por serviço de saúde local	5%	46%
Relação DCNT e procura por recursos diagnósticos	1%	47%
Autoavaliação do serviço de saúde local referente à prevenção das DCNT	1%	50%
Participação em atividade educativa na comunidade	18%	82%
Não Participação em atividade educativa	44%	56%
Influência da renda no tratamento das DCNT	29%	42%

FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Dessa forma, à prevalência dos fatores de risco ou proteção na população estudada apontaram para variações significativas (Tabela 1). Ao se considerar a metodologia utilizada e as limitações do estudo tendo em vista o total de sujeitos entrevistados (60 pessoas), todavia, podemos considerar a amostra representativa para a população de 15 a 65 anos residente na zona urbana e rural da localidade de Lagoa do Mato. Essas estimativas possibilitaram descrever a prevalência de fatores de risco e proteção e os determinantes sociais da saúde para as doenças crônicas não transmissíveis na população da estudada. Com base nos resultados apresentados, percebe-se que esta população tem considerável risco de desenvolvimento de DCNT e que medidas emergenciais precisam ser estabelecidas para o seu controle.

6.0.1 CATEGORIA II: HÁBITOS ALIMENTARES E DE SAÚDE

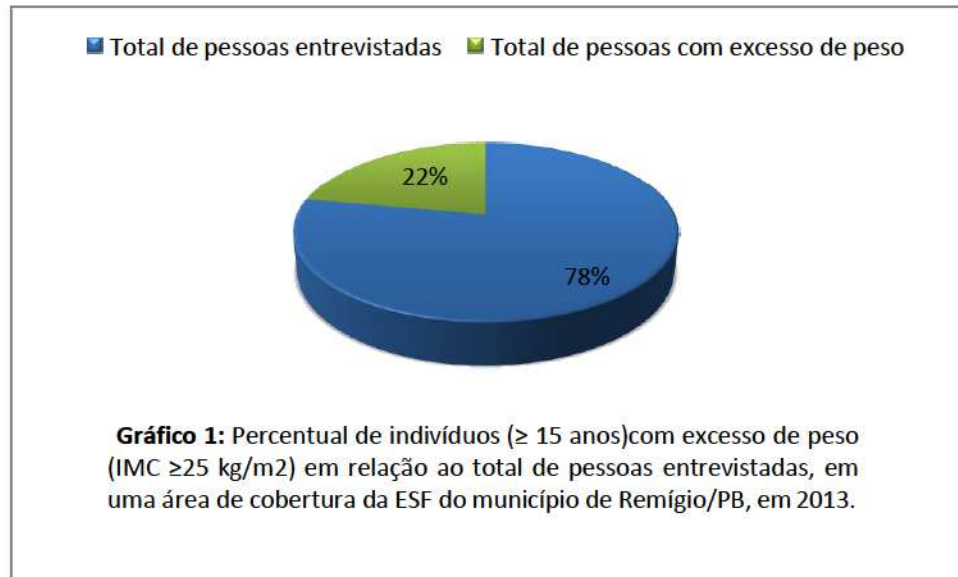
6.0.1.1 Subcategoria: Excesso de peso e obesidade

6.0.1.1.1 Excesso de peso

Atualmente, a saúde e a qualidade de vida têm sido afetadas consideravelmente por determinados comportamentos adotados pela sociedade, estes comportamentos são resultados das facilidades e consequências que traz o mundo moderno (BARRETO; FIGEIREDO, 2009). A alimentação é considerada um dos aspectos que mais sofrem influência da modernidade, sendo classificada como um dos fatores de risco modificável mais importante para diminuir a ocorrência de DCNT, incluído com isso o risco de excesso de peso, obesidade e suas consequências. Devendo assim, ser compreendida entre as ações prioritárias de saúde pública voltadas para a melhoria no padrão alimentar e consequentemente a redução da morbimortalidade por estas causas (VASCONCELLOS et al, 2008).

De acordo com observações que analisam o comportamento nutricional do Brasil, percebe-se que este vem rapidamente substituindo o problema da escassez de alimentos pelo problema do excesso dietético. A desnutrição tem diminuído em todas as idades e estratos econômicos, apesar de se manter ainda elevada em certas regiões do país, como na região Nordeste, enquanto que a obesidade está se elevando consideravelmente entre todas as idades e estratos econômicos, porém com proporções mais elevadas em famílias de baixa renda (CUPARRI et al, 2009).

Essa situação é bastante preocupante, pois estimativas apontam que no mundo e inclusive no Brasil, o índice de mortalidade por doenças crônicas já é o dobro do estimado para todas as doenças infecciosas (inclusive AIDS, tuberculose e malária), deficiências nutricionais, e condições maternas e perinatais, necessitando assim de medidas emergenciais para o seu controle (MARTINS, 2008).



Fonte: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Por conseguinte, a frequência de pessoas com excesso de peso na amostra estudada, variou de 22% para 78% do total de indivíduos entrevistados (Gráfico 1). No conjunto, essa frequência foi observada em 21% para os homens e 29% entre as mulheres. Observou-se o aumento dos percentuais proporcionalmente à idade, homens e mulheres apresentaram excesso de peso a partir dos 15-26 anos, porém sendo mais prevalentes com idade entre 37-47 anos. A frequência de excesso de peso, em homens, foi observada variando entre 0-12 anos de escolaridade, já entre as mulheres essa variação foi observada no estrato de menor escolaridade 0-9 anos de escolaridade.

Observou-se ainda, que mais da metade dos homens e mulheres que possuem excesso de peso referiram está trabalhando 10%, relatam ter o hábito de consumir suco artificial ou refrigerante 10%, consomem bebidas alcoólicas regularmente 13%, não fumam 10%, não praticam exercício físico no tempo livre 13%, consomem uma quantidade adequada de frutas e hortaliças 1%, consomem regularmente carne ou frango sem gordura 10%, e possuem renda até dois salários mínimos 15%.

Esses dados corroboram com os observados no estudo de Coelho (2007), realizado em Florianópolis, o qual avaliou o aumento do índice de massa corporal com fatores sociodemográficos e indicadores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em

adultos de Florianópolis, verificando que homens e mulheres apresentaram também aumento do peso a partir dos 20 anos de idade, ou seja, desde a idade de 20 anos, a maioria dos homens (63,8%) e das mulheres (62,2%) ganhou mais do que 10% do seu índice de massa corporal (IMC) inicial. Entre as mulheres, o aumento relativo de IMC foi maior para as que haviam referido menos anos de estudo, sendo esta diferença não encontrada entre as categorias de escolaridade para os homens.

O mesmo autor acrescenta que consumo intenso de álcool contribuiu diretamente para o ganho de peso e obesidade, independente do tipo de bebida alcoólica consumida. Refere ainda que os alimentos tradicionais da alimentação do brasileiro, como arroz e feijão perderam importância nas últimas três décadas, enquanto que o consumo de alimentos industrializados como bolachas e refrigerantes aumentou em 400% (COELHO, 2007).

Monteiro et al (2001), avaliando os efeitos que a renda e educação exercem no risco do excesso de peso na população adulta brasileira observou que em sociedades em transição, como é o caso do Brasil, a renda tende a ser um fator de risco, enquanto que a educação exerce papel protetor.

Nessa pesquisa, foi observado que o fator renda apresentou considerável relevância, pôde-se observar que a maioria dos sujeitos com menor poder aquisitivo (menos de um até dois salários mínimos) apresentaram excesso de peso, consumo bebida alcoólica, suco ou refrigerante regularmente e não pratica exercício físico no tempo livre. Enquanto que no grau de escolaridade, apesar do total de sujeitos entrevistados possuírem baixa escolaridade, em relação ao excesso de peso, a maior parte dos entrevistados também referiu baixo nível de escolaridade.

Segundo Monteiro et al (2010), em relação ao percentual de excesso de peso para o ano de 2009, percebeu que na população adulta das 27 capitais brasileiras, a frequência do excesso de peso foi de 46,6%, sendo maior entre homens (51,0%) do que entre mulheres (42,3%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende também a aumentar com a idade. O aumento é particularmente notável entre as faixas etárias 18-24 e 35-44 anos para os homens e entre as faixas etárias 18-24 e 45-54 anos para as mulheres, quando essa frequência é quase duplicada. A relação entre frequência de excesso de peso e escolaridade entre as mulheres é inversa: 50,0% no estrato de menor escolaridade e 31,1% no estrato de maior escolaridade. No sexo masculino, não há um padrão claro de relação entre excesso de peso e escolaridade, sendo que a maior frequência é observada no estrato de maior escolaridade.

6.0.1.2 Obesidade

A ascensão na prevalência de obesidade na população brasileira também tem sido relacionada a mudanças no comportamento alimentar, estilo de vida, e a uma redução considerada na prática de atividade física, configurando-se um “estilo de vida ocidental contemporâneo” não saudável (CAMPOS, 2011).

Várias explicações têm sido dadas para o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade, merecendo destaque três categorias: aquelas que atribuem esses fatores às mudanças das características genéticas; as que atribuem a ocorrência desse fenômeno às condições ambientais; e, finalmente, as que acreditam serem as mudanças decorrentes da interação de fatores genéticos e ambientais as responsáveis por esse problema (CHAVES, 2008).

Ademais, esse fator pode estar associado atualmente, a um padrão alimentar que inclui o consumo excessivo de refrigerantes, açúcares, gorduras e *junk foods* (comida lixo), a baixa ingestão de frutas e hortaliças, a modismos alimentares, bem como a não realização do desjejum. Tal fato destaca a importância da detecção precoce do problema (RUELA; SOUZA JUNIOR, 2010).

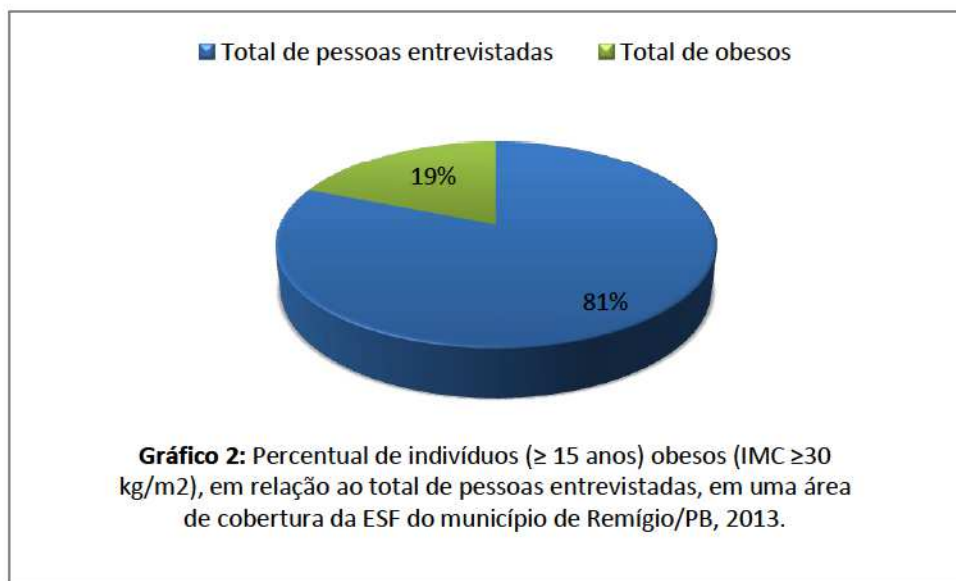
Por conseguinte, como o passar dos anos o Brasil, ao lado da maioria dos países da América Latina, da África e da Ásia, depara-se com as novas epidemias de obesidade, diabetes, osteoporose, doenças cardíacas e câncer de pulmão, de cólon e de reto, de mama, de próstata entre outros problemas de saúde incidentes na população (VASCONCELLOS; RECINE; CARVALHO 2005).

A obesidade está anexa aos vários efeitos adversos provocados na saúde. Entre outros problemas, como os citados anteriormente a relação entre o grau de obesidade e a incidência de doença cardiovascular tem sido vastamente descrita na literatura (MUNIZ et al, 2012). Particularmente no que tange à relação de gordura cintura quadril, estudos têm mostrado que os portadores de obesidade central apresentam maiores riscos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (FERRAZ, 2006). As doenças cardiovasculares foram e continuam sendo, apesar de sua diminuição nos últimos anos, a principal causa de morte no Brasil (SCHLMIDT et al, 2011).

Esse fato chama atenção especial principalmente para a ocorrência da obesidade na infância e adolescência, devido à gravidade da manutenção dessa doença na vida adulta, pois durante a puberdade se estabelece o padrão de gordura corporal, caracterizado pelo

aumento na sua quantidade e redistribuição, ou seja, através da má alimentação um padrão de gordura em excesso pode se estabelecer, aumentando o risco de desenvolvimento das DCNT (VASCONCELOS et al, 2010).

Deste modo, para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNT é preciso que se tenha o conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus fatores de risco, ou seja, o estilo de vida adotado pela população, e os aspectos que os determinam, chamando atenção ao excesso de peso e obesidade, os quais originam o acometimento por uma série de doenças crônicas (CASADO, VIANNA, THULER, 2009).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Logo, a frequência de entrevistado obesos observados na amostra, variou de 19% para 81% do total de pessoas entrevistados. Correspondendo a 19% para o sexo masculino e 33% para o sexo feminino (Gráfico 2). No conjunto da população, a frequência de obesidade, entre homens, mostrou considerável ascensão na faixa a partir dos 26-36 anos de idade se mantendo mais presente em faixa etária de 48-65 anos. Entre as mulheres, a frequência de obesidade também tendeu a aumentar com a idade, apresentando sujeitos obesos entre 15-65 anos. Diferentemente do excesso de peso, a frequência de obesidade foi máxima em estratos de menor escolaridade para homens e para mulheres, apresentando indivíduos com 0-9 anos de escolaridade.

Segundo Monteiro et al (2010), analisando estimativas brasileiras percebeu-se que as menores frequências de obesidade ocorreram, entre homens, no Distrito Federal-BR (6,9%), João Pessoa-PB (9,2%) e São Luís-MA (9,3%) e, entre mulheres, em Palmas-TO (6,9%), Distrito Federal-BR (11,5%) e Curitiba-PR (11,8%). No sexo masculino, a

frequência da obesidade quase triplica dos 18-24 aos 55-64 anos de idade, declinando intensamente entre aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre mulheres, a frequência de obesidade mais do que triplica entre 18-24 e 55-64 anos, declinando apenas ligeiramente entre aquelas com 65 ou mais anos de idade, frequência também similar ao da amostra analisada. A relação entre frequência de obesidade e escolaridade é fortemente inversa no sexo feminino: 18,2% das mulheres são obesas no estrato de menor escolaridade e 8,4% são obesas no estrato de maior escolaridade. No sexo masculino, a frequência de obeso é semelhante em todos os estratos de escolaridade.

Dados mais recentes mostram que na população brasileira, a frequência de adultos obesos foi de 15,8%. No sexo masculino, a frequência de obesidade triplicou da faixa de 18 a 24 anos de idade para a faixa de 35 a 44 anos de idade, declinando em idades mais avançadas. Entre as mulheres, a frequência de obesidade tendeu a aumentar com a idade até os 64 anos, declinando ligeiramente após os 65 anos. Como no caso do excesso de peso, a frequência de obesidade foi máxima no estrato de maior escolaridade para homens e máxima no estrato de menor escolaridade para mulheres. A frequência de adultos obesos variou entre 12,5% em Palmas-TO e 21,4% em Macapá-AP. As menores frequências de obesidade ocorreram, entre homens, em São Luís-MA (10,5%), Teresina-PI (11,3%) e Palmas-TO (11,5%); e, entre mulheres, em Belém-PA (11,6%), João Pessoa-JP (12,4%) e Boa Vista-RR (12,4%) (MONTEIRO et al, 2011).

Neste contexto, tem sido recomendado o aumento no consumo de alimentos de baixa densidade energética e ricos em fibras como frutas, hortaliças e cereais integrais para que se possa controlar o peso e prevenir o advento das DCNT(COELHO, 2007). Pois a “transição nutricional” presente no país é caracterizada pelo baixo consumo desses alimentos, em contra partida, a um consumo relativamente alto de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal, entre eles leite, carnes, cereais refinados e alimentos processados aumentando assim o risco na prevalência de excesso de peso e obesidade (OPAS, 2007).

Ademais, as altas prevalências obtidas nos estudos realizados indicam a necessidade de intervenções, visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil dos brasileiros, no que diz respeito à exposição aos fatores de risco das condições crônicas. Entre as principais estratégias para a contenção da epidemia de obesidade entre adolescentes incluem-se a promoção de um estilo de vida ativo e o estímulo à adoção de práticas alimentares saudáveis, além de fornecimento de informações (RUELA; SOUZA JUNIOR, 2010).

De acordo com a política nacional de promoção de saúde, é fundamental que as ações de promoção e proteção sejam de fato incorporadas à atenção básica. Sendo o monitoramento dos fatores de risco para DCNT aliado às atividades dos municípios e do Estado, com vistas a promover a disseminação de hábitos considerados adequados para a saúde, bem como poder avaliar o impacto das ações implementadas (GAWRYSZEWSKI et al, 2009). Portanto, é essencial conhecer previamente as práticas alimentares e a prevalência dos desvios nutricionais da população para adoção dessas medidas.

6.0.1.3 Subcategoria: Consumo alimentar

A promoção de práticas alimentares saudáveis está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis, sendo um instrumento muito importante para se trabalhar a promoção da saúde, principalmente em localidade com poucos habitantes quando comparado aos grandes centros populacionais, como é o caso de Remígio-PB.

Deste modo, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) integrada a Política Nacional de Saúde no Brasil e o Ministério da Saúde (ANS, 2011), instituíram algumas recomendações de extrema importância para se trabalhar a educação em saúde da população, a partir de bons hábitos alimentares. Dentre elas listamos as seguintes:

SAL - Restringir o consumo a cinco (5) gramas de cloreto de sódio (uma colher de chá) por dia. Reduzir sal e temperos prontos nos alimentos (manufaturados, artesanais), evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Consumir sal iodado.

AÇÚCAR - Limitar a ingestão de açúcar simples; refrigerantes e sucos artificiais, doces e gorduras trans em geral.

PEIXE - Incentivar o consumo.

ÁLCOOL - Evitar a ingestão excessiva de álcool / Homens: no máximo duas doses de bebida alcoólica por dia/ Mulheres: no máximo uma dose de bebida alcoólica por dia (uma dose corresponde a uma lata de cerveja/ 350 ml ou a um cálice de vinho tinto/ 150 ml ou uma dose de bebida destilada/ 40ml).

Ademais, acrescentam que de acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo (VASCONCELLOS, RECINE, CARVALHO 2005). A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico

ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e manter um estado de saúde adequado, prevenindo com isso o acometimento por doenças (VASCONCELOS et al, 2008).

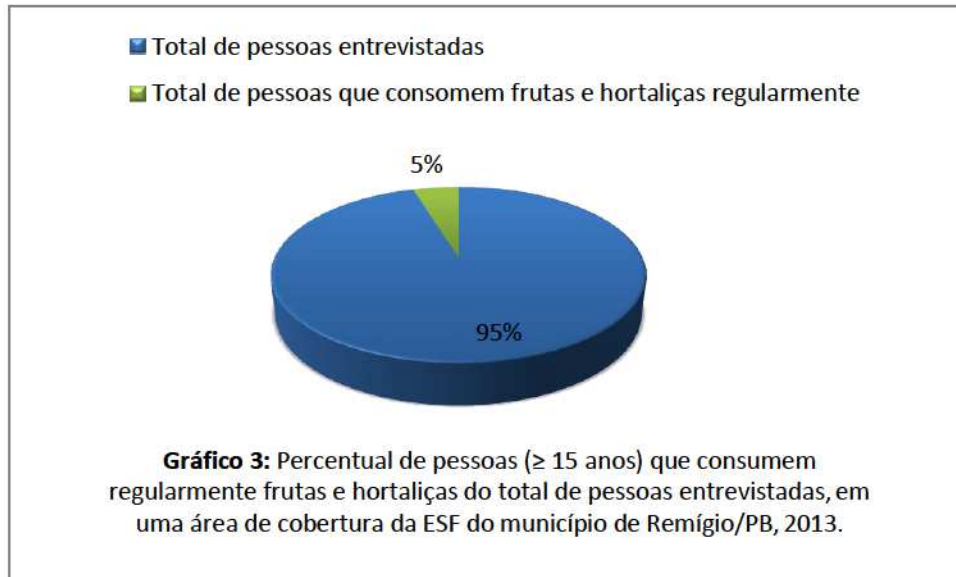
6.0.1.3.1 Consumo regular de frutas e hortaliças

Frutas e hortaliças são importantes componentes de uma alimentação saudável e seu consumo em quantidades adequadas está associado com a prevenção e proteção da grande maioria de doenças crônicas. Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que o consumo inadequado de frutas e hortaliças está entre os dez principais fatores de risco para a carga global de doença em todo o mundo (OMS, 2008). Frutas e hortaliças são alimentos muito importantes, pois são fontes de micronutrientes e tem propriedades funcionais além de serem alimentos de baixa densidade energética (BASHO, 2010).

Elas possuem grandes quantidades de compostos bioativos como as fibras, que apesar dos humanos não conseguir digeri-las por falta de enzimas específicas para a sua digestão elas provocam uma fermentação no intestino grosso. Essa fermentação produz ácido lático e ácidos graxos de cadeia curta como os ácidos acético, propiônico e butírico, que reduzem o colesterol circulante no sangue, prevenindo obesidade, diabetes, câncer de cólon, úlceras vasculogênicas e doenças coronarianas (CAMPOS, 2011).

Possuem ainda, outros compostos como: o amido, que aumenta a absorção de cálcio, magnésio, ferro, zinco e cobre, reduzindo o colesterol e os triglicérides plasmáticos e auxilia na prevenção do câncer de cólon; a inulina, que é um carboidrato complexo, encontrada nas raízes de chicória, alho e cebola que tem propriedades semelhantes às fibras solúveis, reduzindo assim os lipídeos e a glicose circulante (CARVALHO, 2006).

Logo, o conhecimento da frequência e da distribuição do consumo de frutas e hortaliças na população, assim como os determinantes que influênciam esse consumo, é necessário para direcionar estratégias tanto a nível nacional como local de incentivo ao consumo desses alimentos, favorecendo dessa forma uma alimentação mais adequada para se obter um bom estado de saúde e prevenir o desenvolvimento das DCNT na população (JAIME et al, 2009).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Portanto, na amostra analisada foi observado que a frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças, em cinco ou mais dias da semana, aqui denominado consumo regular de frutas e hortaliças, variou entre 5% para 95% em relação a número total de pessoas entrevistados. Essa frequência foi observada para 4% das mulheres (4 entrevistadas); e 1% para os homens (1 entrevistado) (Gráfico 3).

No conjunto da amostra, a frequência de consumo regular de hortaliças e frutas, no sexo feminino, apesar de baixo, se mostrou presente em todas as idades, 26 a 65 anos; No sexo masculino essa frequência foi observada no indivíduo com idade entre 59-65 anos. Nas mulheres, a frequência de consumo regular de hortaliças e frutas foi superior em indivíduos com 12 anos de escolaridade, já no sexo masculino essa frequência só foi observada no indivíduo com 12 anos incompletos de escolaridade. Em relação à renda, para ambos os sexos os entrevistados possuíam até dois salários mínimos.

Esses dados foram bastante significativos, pois mostram que o consumo de frutas e hortaliças na maior parte da amostra foi baixo. Esse percentual consome menos que a quantidade recomendada para se ter uma alimentação adequada na prevenção de DCNT (VASCONCELLOS; RECINE; CARVALHO 2008). É possível observar ainda que o consumo de frutas e hortaliças só foi adotado, em sua maioria, por mulheres, o que mostra o interesse desse público com uma maior preocupação com a saúde. Em relação à escolaridade, é analisado que as pessoas com maior nível de escolaridade possuem esse hábito. Quanto ao fator renda, esse percentual só foi verificado no quantitativo que possuíam maior poder aquisitivo, tomo que a maior parte da amostra era constituída por sujeitos com menos de um a um salário mínimo.

De acordo com o estudo de Jaime et al (2009), analisando dados do VIGITEL (2006) para o consumo de frutas e hortaliças em 54.369 indivíduos entrevistados observou que menos da metade dos indivíduos tinham o hábito de consumir frutas (44,1%) ou hortaliças (43,8%) em cinco ou mais dias por semana, e menos de um quarto (23,9%) referiu o consumo regular de frutas e hortaliças. O consumo adequado, ou seja, em cinco ou mais vezes por dia foi referido por 7,3% dos entrevistados, corroborando, por tanto, com os dados da amostra. Embora a frequência do consumo desses grupos de alimentos tenha sido significativamente maior entre mulheres do que entre homens, os indicadores mostraram consumo insuficiente de frutas e hortaliças por ambos os sexos, percentual também verificado na amostra.

De acordo com o estudo de Monteiro et al (2010), no conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 30,4%, sendo menor em homens (24,3%) do que em mulheres (35,5%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o nível da escolaridade dos indivíduos. Percentual também verificado por de Longo et al (2011), quando analisando a prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC) Sul do Brasil. Esse autor observou que o consumo de cinco ou mais vezes na semana de frutas, saladas cruas e verduras e legumes cozidos foi estatisticamente maior entre as mulheres.

Segundo Ruela e Souza Junior (2010), avaliando o perfil nutricional e estilo de vida de adolescentes de uma escola pública da região Sul Fluminense, observou que entre os mais jovens o consumo regular de frutas e hortaliças é mais presente no sexo feminino, apesar que de uma forma geral foi identificado o baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Este fato pode estar contribuindo para o estado nutricional de sobrepeso e obesidade nos adolescentes e também para um maior acometimento das doenças crônicas não transmissíveis no futuro. O sexo feminino apresentou melhor estilo de vida entre as variáveis analisadas quando comparada ao sexo masculino.

A tendência de maior consumo de frutas e hortaliças entre as mulheres foi também encontrada no Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (SIMTEL) conduzido nas cidades de São Paulo, Goiânia e Belém, e tem sido consistentemente relatada em estudos epidemiológicos no Brasil e em outros países (CARVALHES; MOURA; MONTEIRO 2008; COSTA; THULER, 2012; SANTOS; DUARTE, 2009). Esse fator pode estar relacionado a um maior interesse no sexo feminino por questões sobre alimentação saudável, estilo de vida, dietas e a maior preocupação com

doenças que podem está relacionadas com a decisão de suas escolhas, explicando em partes, as diferenças de consumo de frutas e hortaliças entre ambos os sexos.

No estudo de Jaime et al (2009), acrescenta-se que o aumento na frequência de consumo de frutas e hortaliças mostrou-se diretamente associado à idade e grau de escolaridade. Em relação à idade, o maior consumo de frutas e hortaliças pode está associado aos cuidados com a saúde e seguimento das orientações recebidas nos serviços de saúde, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis com o aumento da idade.

Nesse estudo, o baixo consumo de frutas e hortaliças foi também observado em indivíduos com baixo poder aquisitivo, ou seja, renda até dois salários mínimos. Os relatos dos entrevistados afirmam que a maioria não consome frutas e hortaliças de forma adequada, pois não possuem renda suficiente para dispor desses alimentos, tendo em vista que também possuem famílias numerosas.

Em conjunto, esses dados mostram como os determinantes sociais da saúde interagem para dificultar a aquisição de hábitos saudáveis. Infelizmente os dados sobre renda e poder de compra dos indivíduos não estão disponíveis em estudos mais recentes e com maior abrangência para a população brasileira como o de Monteiro, et al (2012) e a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), o que impossibilita uma melhor compreensão para esse fator.

Poucos estudos têm investigado a influência dos determinantes sociais da saúde sobre as práticas alimentares. Sabe-se que o consumo alimentar é influenciado pela renda e escolaridade, e que o local de moradia é uma das três primeiras variáveis que se associa ao consumo, sob a perspectiva cultural (CNDSS; 2008). Dessa forma, esses dados sustentam a necessidade de aprofundamento destas questões, considerando principalmente as diferenças regionais.

Pode-se concluir que, se o incentivo ao consumo de frutas e hortaliças é uma das ações prioritárias na agenda temática de promoção da saúde, sua execução ainda é um grande desafio diante da baixa frequência de consumo de frutas e hortaliças encontrado na população brasileira. Devendo ser dada atenção especial às cidades da região de menor desenvolvimento econômico como o Norte e Nordeste, aos indivíduos jovens, ao sexo masculino e aos estratos populacionais com menor poder aquisitivo e menor nível de escolaridade, ou seja, os grupos de maior risco (JAIME et al 2009).

6.0.1.3.2 Consumo recomendado de frutas e hortaliças

A Organização Mundial de Saúde (2005) considera o consumo recomendado de 400 g/dia de frutas, legumes e verduras (FLV) (equivalente a cinco porções/ dia) para a redução na incidência de doença cardiovascular, determinados tipos de câncer, do excesso de peso e do diabetes. Promover o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) em nível populacional tornou-se uma prioridade para a saúde pública, de modo análogo, este padrão de consumo configura-se como uma das metas do Guia Alimentar da População Brasileira, (2008). No entanto, no Brasil, evidências sugerem que o consumo de FLV está substancialmente abaixo do recomendado pela OMS (MONTEIRO et al, 2012).

É consenso que a dieta e atividade física são fatores importantes para promoção e manutenção da saúde durante todo o ciclo vital, e as características da dieta podem determinar não só a saúde do indivíduo no momento presente, mas também influenciar o desenvolvimento das DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes em um período de vida mais curto (CUPARRI et al, 2009).

Estudos realizados nas últimas décadas têm demonstrado o importante papel da alimentação, promovendo a saúde ou prevenindo doenças. Sabe-se que o consumo alimentar da população brasileira tem se alterado nas últimas décadas, havendo um aumento no consumo de alimentos e/ ou preparações que contêm gordura de origem animal, sal, açúcar refinado, e a redução no consumo de alimentos considerados protetores como verduras, legumes e frutas (GAWRYSZEWSKI et al, 2009).

O consumo recomendado de FVL nesse estudo foi investigado apenas para indivíduos que informam consumir frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. O cômputo do total diário de porções é feito considerando-se cada fruta ou verduras como equivalente a uma porção. Entretanto, para assegurar a necessária diversificação da dieta, limita-se em três o número mínimo de porções diárias computado para as frutas. No caso de hortaliças, computa-se um número mínimo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informaram o hábito de consumir frutas em varias vezes ao dia e de hortaliças cruas e cozidas no almoço e no jantar.

Logo, a frequência de pessoas que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, aqui denominadas consumo recomendado de frutas e hortaliças, apresentou dados semelhante aos observados no gráfico anterior, sendo equivalente a 5% para 95% dos indivíduos entrevistados. Variações também constatadas em relação ao sexo, idade, e nível de escolaridade.

Malta et al (2006), analisando os resultados para as 26 capitais mais o Distrito Federal, pode concluir que em todas as Regiões, observou-se um consumo de frutas,

legumes e verduras sempre inferior entre pessoas de menor escolaridade, ainda que se apresentasse baixo, de maneira geral, para todos os níveis de escolaridade. O consumo de FLV recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de cinco porções ao dia (equivalente a 400 gramas/dia), foi identificado em menos de 3% da população das capitais pesquisadas; cerca de 50% dessa população ingere apenas uma a três porções ao dia. As capitais com menor consumo de FLV foram às da Região Norte (Manaus e Belém).

De acordo com Campos et al (2010), analisando os fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis, verificou que em relação ao consumo destes alimentos, uma maior proporção de mulheres consomem de acordo com o recomendada hortaliças e frutas, em relação aos homens. O consumo recomendado de frutas e hortaliças apresentou maior prevalência entre as mulheres que relataram ser casadas, não possuírem excesso de peso, ao aumento da faixa etária, não trabalharem, não serem tabagistas e a realização de atividade física no lazer, sugerindo aglutinação de comportamentos que caracterizam um estilo de vida saudável.

Monteiro et al (2010), analisando o perfil populacional para as 26 capitais e o Distrito Federal concluiu que o consumo recomendado de frutas e hortaliças tendeu a ser menos frequente no sexo masculino. No conjunto da população adulta das 27 capitais estudadas, a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 18,9%, sendo menor em homens (14,8%) do que em mulheres (22,4%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o nível de escolaridade.

Segundo Basho (2010), as doenças crônico-degenerativas podem ser prevenidas ou suas complicações amenizadas com a utilização de uma alimentação adequada no dia a dia, especialmente com a incorporação de alimentos com propriedades funcionais. É importante conscientizar a população sobre a necessidade de mudança no comportamento, principalmente incentivando-as quanto ao consumo de alimentos, como as frutas e hortaliças rotineiramente, podendo esta iniciativa ser um passo para a redução da incidência de doenças crônicas.

O baixo consumo de frutas e hortaliças, nesse estudo também foi um fator relacionado ao baixo poder aquisitivo: renda de um a menos de um salário mínimo. Essa informação foi notória a partir da coleta de dados no próprio domicílio (relatos da maioria dos entrevistados, os quais afirmavam não consumir esses alimentos pela limitação de renda) e realmente é confirmada a partir dos percentuais disponíveis.

Indivíduos que possuem até dois salários mínimos não conseguem ingerir uma quantidade adequada de hortaliças, tinta e nove dos sessenta indivíduos entrevistados, bem como de frutas, trinta e cinco do total de registrados, e quando esses valores são associados apenas 5% desse quantitativo consomem frutas e verduras regularmente, apontando para um determinante social da saúde, que sofre influência direta o consumo desses alimentos na amostra estudada.

Segundo Vasconcelos (2010), o consumo desses alimentos de uma forma geral no Brasil é tradicionalmente baixo, pois esse grupo de alimentos tem um custo mais elevado em relação a outros alimentos também de origem vegetal.

Assim, como alternativa para incentivar o seu consumo, uma linha de estratégia importante esta sendo considerada no país, esta se refere ao fortalecimento do sistema orgânico de produção agropecuária e industrial de alimentos. Esse sistema além de disponibilizar produtos mais saudáveis a custos acessíveis para a população, também são isentos de contaminantes, protegendo não apenas o ser humano, mas também o meio ambiente, mantendo ou incrementando a atividade biológica e a fertilidade do solo.

De acordo com Mondini et al (2012), analisando o comportamento dos preços dos alimentos no município de São Paulo de 1980 a 2009, observou que as maiores taxas médias anuais de crescimento dos preços ocorreram para: pão (3,85%), banana (3,08%), tomate (2,67%), laranja (2,56%) e biscoitos (2,39%). Os produtos do grupo de FLV se caracterizam por ter a maior elevação dos preços, o que pode ser explicado pelo custo de comercialização, uma vez que muitos desses produtos necessitam de transporte e armazenagem específicos. Os preços dos embutidos praticamente não foram alterados, enquanto os preços dos queijos e alimentos básicos cresceram num patamar quatro vezes menor aos dos preços de frutas e hortaliças.

Portanto, é essencial que aspectos econômicos que influenciam as condições de acesso aos alimentos, em especial os preços das frutas e hortaliças, sejam contemplados nas discussões para a promoção de uma alimentação saudável, visto que o preço destes pode representar um fator limitante, ou até de impossibilidade para a adoção de uma alimentação adequada, com vistas à prevenção de muitas doenças inclusive as de cunho não transmissíveis.

6.0.1.3.3 Consumo de carnes com excesso de gordura

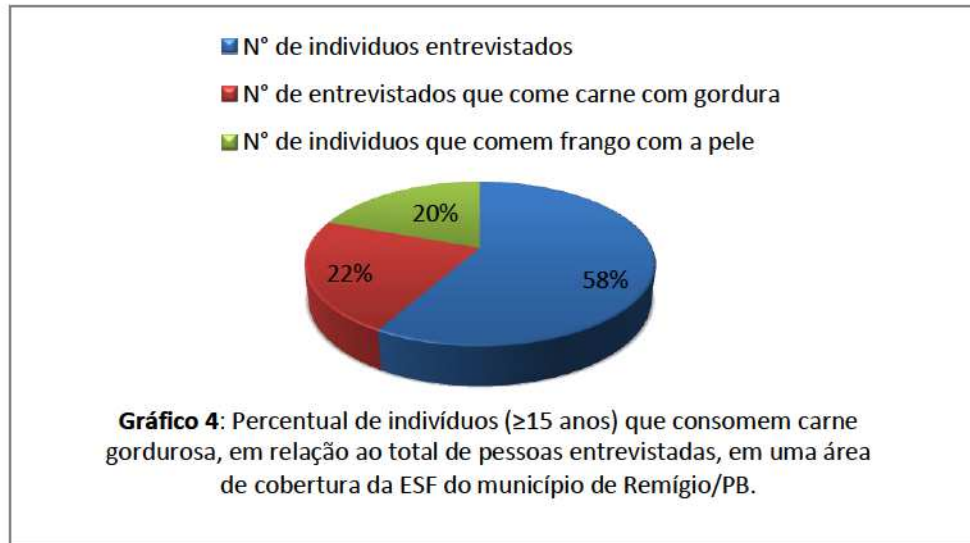
Os seres humanos são onívoros, isto é, alimentam-se de uma enorme variedade de alimentos, tanto de origem animal como vegetal. Desde eras remotas como a pré-história, a carne e outros alimentos de origem animal fazem parte de sua dieta. As carnes e os peixes, em geral, são fontes de proteínas de alto valor nutritivo, bem como possuem ferro e outros nutrientes. Porém, quanto mais frequente o consumo de carnes, maior a prevalência de uma dieta rica em gordura. Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio do Guia Alimentar para a população brasileira (2008), recomenda que o consumo diário não ultrapasse uma porção de carne, com baixo teor de gordura (ASSUNÇÃO et al, 2012).

O consumo de carnes também foi tema de discussão em uma série de estudos, tanto pela sua importância na dieta, aumentando ou diminuindo o risco de alterações orgânicas, como pela sua relação direta na gênese de algumas doenças e complicações, como as cardiovasculares, o diabetes, o infarto, o acidente vascular encefálico, alguns tipos de câncer, o excesso de peso e obesidade (SANTOS, 2013).

Evidências disponíveis sugerem que os lipídeos dietéticos e séricos podem ter papel importante no desenvolvimento e na progressão da Nefropatia Diabética (ND). Um perfil lipídico sérico desfavorável (valores aumentados de colesterol total, de triglicerídeos, de apolipoproteína B e de colesterol LDL – além de partículas mais densas – com valores diminuídos de colesterol HDL), provavelmente precede à instalação da Neuropatia Diabética (ALMEIDA et al, 2009).

Ademais, a ingestão de gorduras apresenta-se como um ponto essencial a ser considerado na alimentação, principalmente ao se verificar a prevalência de dislipidemias, as quais contribuem para o desenvolvimento de inúmeras DCNT (CARMO; LOPES; SANTOS; 2013). A mudança dietética, aqui incluindo o consumo de carnes com excesso de gorduras, é influenciada não só por fatores individuais, como ambientais, normas sociais, regulamentos, políticas institucionais e o meio ambiente físico (OPAS, 2007).

Deste modo, as estratégias da saúde pública precisam incluir ações de vigilância epidemiológicas que ajudem a traçar melhor o perfil do consumo de carnes com excesso de gorduras na população brasileira. Essa iniciativa, favorece a identificação do perfil lipídico dietético que se distribui nos diferentes grupos populacionais, com ou sem risco para o desenvolvimento de DCNT, visando melhor caracterizar sua relação com os alimentos consumidos e elaboração de ações pontuais nesse seguimento (CARMO; LOPES; SANTOS, 2013).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Por conseguinte, a frequência de adultos que referiram o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, aqui denominado de consumo de carnes com excesso de gordura, variou de 22% para o consumo de carne e 20% para o consumo de frango com pele, em relação ao total de sujeitos entrevistados (Gráfico 4).

No conjunto da amostra estudada, entre mulheres, o consumo de carne e frango variou de 52% e 48%, percentual não tão superior ao encontrado entre homens, sendo de 46% e 44% para o consumo de carne e frango. Observou-se maior consumo de carnes com excesso de gordura entre 15 a 58 anos de idade em ambos os sexos. Constata-se que homens e mulheres com menores níveis de escolaridade 0-9 apresentam consumo de carnes com excesso de gordura. Apresentando maior prevalência em pessoas com menor poder aquisitivo, variando entre menos de um a um salário mínimo.

Esses dados chamam atenção especial, pois o consumo de carnes com excesso de gorduras mostrou acentuado crescimento na amostra estudada. De acordo com os relatos fornecidos pelos entrevistados no momento da coleta de dados, esse fator pode estar associado à parcela considerável gostar de consumir esses alimentos com gordura, independentemente do tipo de carnes.

Concluindo com isso, que mais informações devem ser geradas, através das políticas públicas, ações desenvolvidas nas unidades de saúde, criação de grupos de incentivo a uma alimentação saudável e assim por diante, chamando atenção para os grupos com maior risco, pessoas nas várias faixas etárias, com baixa escolaridade, e com menor poder aquisitivo.

Carmo, Lopes, Santos (2013), analisando o perfil lipídico da dieta consumida por mulheres de duas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte – MG, concluiu uma elevada inadequação no consumo de lipídeos totais e no perfil dos ácidos graxos com diferenças entre as Unidades de Saúde avaliadas. A maior ingestão de ácidos graxos saturados (AGS) e o menor consumo de proteínas foram identificados entre mulheres da UBS II, podendo este fato está relacionado ao maior consumo de alimentos fontes de gorduras e baixo teor protéico. O estudo evidenciou grandes inadequações na ingestão de lipídeos totais e no perfil dos ácidos graxos, com destaque para a prevalência de consumo excessivo de lipídeos totais e AGS, e consumo insuficiente de ácidos graxos monoinsaturados (AGMI). Os produtos industrializados e a carne com gordura aparente foram os principais contribuintes para esses resultados.

Segundo Monteiro et al (2010), analisando dados de base populacional observou que as maiores frequências no consumo de carnes com excesso de gordura entre homens foram observadas em Campo Grande-MS (56,5%), Cuiabá-MS (56,2%) e Palmas-TO (54,8%) e as menores em Salvador-BA (34,3%), Recife-PE (34,9%) e Rio de Janeiro-RJ (35,7%). Situação não muito diferente e observada entre mulheres, para as quais as maiores frequências ocorrem em Campo Grande-M (36,6%), Palmas-TO (35,6%) e Cuiabá-MS (34,7%) e as menores em Salvador-BA (16,2%), João Pessoa-PB (18,1%) e Rio de Janeiro-RJ (19,1%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo de carnes com excesso de gordura foi maior em pessoas mais jovens e em pessoas com menor escolaridade.

Um estudo subsequente mostra, que população adulta das 27 cidades estudadas, cerca de um terço (34,2%) das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura, sendo esta condição quase duas vezes mais frequente entre homens (45,5%) do que em mulheres (24,5%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo de carnes com excesso de gordura foi maior em pessoas mais jovens e em pessoas com menor escolaridade (MONTEIRO et al, 2011).

Para Longo et al (2011), observando a prevalência do hábito de consumir carnes sem a remoção de gorduras visíveis, verificou que esse percentual foi estatisticamente maior para homens do que para mulheres (62,46% e 38,32%, respectivamente).

Malta et al (2006), observa que os alimentos de origem animal ricos em gorduras (gordura visível da carne; frango com pele; e leite integral) são mais consumidos pela população de menor escolaridade.

Nesse estudo em relação ao sexo, o perfil do consumo de carne com gordura se mostrou presente em todas as idades. Já em relação ao nível de escolaridade, este também

se manteve presente em pessoas com menor escolaridade, corroborando com os dados da amostra.

Segundo Assunção et al (2012), analisando o consumo de carnes por adolescentes do Sul do Brasil, verificou que em idades jovens essa prevalência também foi elevada, cerca de 43,0% dos adolescentes avaliados referiram consumir carnes vermelhas diariamente. O consumo de carnes vermelhas foi maior entre adolescentes de melhor nível socioeconômico e entre aqueles cujas mães apresentavam maior escolaridade. Entre os adolescentes mais pobres e filhos de mães com pouca escolaridade, observou-se maior consumo de carnes brancas, principalmente carne de frango. Tal achado pode ser justificado pela praticidade e relação entre custo e consumo desses alimentos.

Na amostra, contudo, o consumo de carnes brancas com gordura, como o frango também se mostrou de igual evidência em relação ao consumo de carnes vermelhas com gordura, isso se deve consideravelmente ao hábito (paladar) de consumir esses alimentos nos entrevistados, pois apesar do preço do frango ser bastante inferior ao de carne vermelha, nessa amostra o consumo desses alimentos com gordura foi proporcional em ambos os tipos, 22% e 20% respectivamente.

Além disso, foi observado que o consumo destes alimentos se mostrou mais frequentemente consumido por indivíduos de ambos os sexos com idade entre 15-58 anos, com menor escolaridade (0-9 anos), e com baixo poder aquisitivo (até um salário mínimo). Requerendo, portanto, o investimento de ações educativas para com esse público, pois num futuro não tão distantes, estes entrevistados poderão ser os futuros portadores de doenças crônicas nessa localidade, quando relacionamos o consumo de carnes com gorduras e o risco de obesidade com outras doenças crônicas.

Resultados semelhantes aos analisados anteriormente também foram observados na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, que mostrou que 48,7% dos indivíduos com 10 anos ou mais residentes nas cinco regiões brasileiras consumiam carne bovina diariamente, destacando-se a Região Centro-Oeste (88,1%) (IBGE, 2011). Em síntese podemos afirmar que o consumo de alimentos ricos em gorduras, como o consumo de carnes estão cada vez mais inserido na população, chamando atenção que o início dessa prática se dá cada vez mais precoce.

Segundo Souza et al (2012), a dieta básica do brasileiro é caracterizada pelo consumo, além de café e pão de sal, de arroz, feijão e carne bovina, pela presença de sucos, refrescos e refrigerantes e pouca participação de frutas e hortaliças.

Portanto, os resultados encontrados são preocupantes e evidenciam a importância de ações de educação alimentar e nutricionais na prevenção e no gerenciamento das doenças crônicas desencadeadas pelo consumo de gorduras. Estas ações devem ser desenvolvidas tanto a nível nacional, como a nível local, com ênfase no âmbito da atenção primária e nos grupos de maior vulnerabilidade.

Destaca-se a necessidade da priorização de políticas públicas e ações intersetoriais, visando medidas que desencorajem o consumo de alimentos fontes de gordura saturada e estimulem a ingestão daqueles com alto teor de gorduras insaturadas, em especial de poliinsaturadas como os peixes (CARMO; LOPES; SANTOS 2013).

Nesse sentido, as ações podem ser pensadas com o intuito de elaboração de estratégias que estimulem o conhecimento da população acerca dos alimentos consumidos, bem como esclarecer a composição dos diferentes tipos de alimentos, principalmente as carnes, possibilitando assim escolhas mais saudáveis e conseqüentemente à redução na incidência de DCNT.

Os achados reforçam a necessidade da implementação de programas de educação nutricional tanto na atenção básica, como na mídia e no ambiente escolar e podem também ser utilizados como estudo de linha de base para que se possa avaliar a tendência temporal de consumo desses alimentos.

6.0.1.3.4 Consumo Regular de Peixes

O conceito de alimentos funcionais surgiu no início dos anos 80 no Japão, a partir da preocupação com os problemas de saúde associados ao aumento da expectativa de vida. Os alimentos funcionais, como os peixes, garantem a manutenção da saúde, modulando a fisiologia do organismo, o que implica na prevenção e auxílio no tratamento de muitas doenças. A menor incidência de osteoporose e câncer de mama nas mulheres asiáticas, por exemplo, pode estar associado a uma dieta rica em vegetais e soja, e a baixa incidência de mortes por eventos cardiovasculares em esquimós, se dá pelo fato de que estes apresentam também uma dieta com grande quantidade de ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa presentes nos peixes (BASHO, 2010).

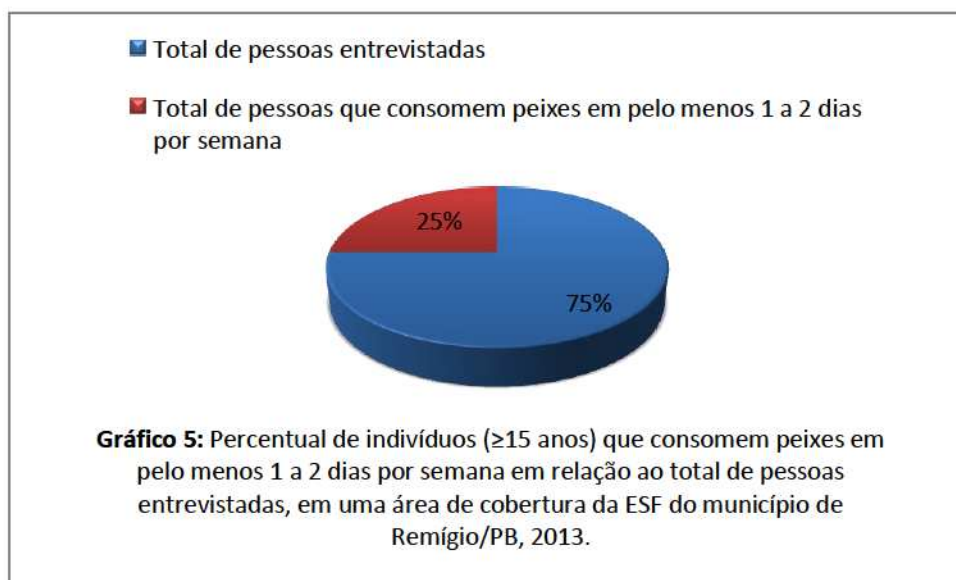
Logo, muitas causas de doenças como, das crônico-degenerativas, as quais respondem atualmente pela maioria dos óbitos no Brasil, podem estar associadas à qualidade e quantidade de ingestão desses alimentos. Um dos benefícios encontrados nos peixes que se associam a redução dos riscos dos eventos cardiovasculares se deve ao fato

destes alimentos reduzirem à pressão sanguínea, a hipercolesteroflenemia, a viscosidade do sangue, a hiperplasia vascular, e as arritmias cardíacas (AMARAL, 2006).

Assim, o consumo desses alimentos é um fator importante para a prevenção de patologias, bem como melhora significativamente a qualidade de vida, não somente pela nutrição orgânica que esses alimentos oferecem, mas também pela melhoria dos efeitos metabólicos e fisiológicos, promovendo assim a saúde do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013)

Segundo Vascoceles et al (2010), as carnes e os peixes, de modo geral, são boas fontes de todos os aminoácidos essenciais, substâncias químicas que compõem as proteínas, necessárias para o crescimento e a manutenção do corpo humano, bem como são fontes importantes de ferro e de alta biodisponibilidade de vitamina B12. Essa vitamina participa da formação das células vermelhas e do metabolismo de ácidos graxos. Peixes são também boas fontes de cálcio, contêm proteínas de alto valor biológico e gorduras insaturadas.

Embora se busque cada vez mais a melhoria de vida através de uma alimentação saudável, mesmo com uma grande variedade de produtos naturais disponíveis no mercado, sendo muitos desses alimentos funcionais, como é o caso dos peixes, observa-se que de maneira geral o consumo desses alimentos ainda é baixo na população brasileira (BASHO, 2010).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Portanto, foi verificado nessa amostra que a frequência de sujeitos que relataram consumir peixe em pelos menos 1 a 2 dias por semana variou de 25% para 75% do total de entrevistados (Gráfico 5). Desse quantitativo, 30% são do sexo feminino e 20% do sexo

masculino. As maiores frequências do consumo regular de peixe no sexo masculino, ocorreram em indivíduos com diferentes idades, entre 26-65 anos; já, no sexo feminino esse percentual tendeu a ser ainda mais precoce, principalmente em idades entre 15-47 anos, o que mostra os seus futuros benefícios.

Em relação à escolaridade, o consumo de peixe variou de 0-13 anos de escolaridade para ambos os sexos, porém ainda sendo mais frequente em indivíduos com menores anos de escolaridade 0-12 incompletos, dado talvez verificado na amostra, pois do quantitativo total de pessoas entrevistadas, a maioria foi constituída por indivíduos de menor escolaridade. Quanto à renda, as mulheres apresentaram entre menos de um a cinco salários mínimos; em relação aos homens, esta variação foi observada em indivíduos entre menos de um a oito salários mínimos, todavia para ambos os sexos as maiores frequências foram observadas em pessoas com menos de dois salários mínimos.

Minozzo, Haracemiv, Waszczynskyj (2008), analisando o Perfil dos consumidores de pescado nas cidades de São Paulo-SP, Toledo-PR e Curitiba-PR, concluíram que o público consumidor em sua maioria foi composto pelo sexo feminino, estas totalizaram 70,59%, 52,80% e 57,71% dos entrevistados nas cidades de Toledo, São Paulo e Curitiba. Com relação à faixa etária, foi observado que 18,03% dos entrevistados em Toledo possuíam de 21-25 anos, em São Paulo 22,98% dos entrevistados possuía de 31-35 anos, já em Curitiba a maioria dos entrevistados (18,41%), encontra-se entre 36 a 40 anos.

Com relação ao grau de escolaridade em Toledo-PR, observa-se que 23,98 e 20,36% possuem pós-graduação completa e graduação, respectivamente. Na cidade de São Paulo 36,02 e 22,98% possuem curso superior completo e incompleto, respectivamente. Em Curitiba, a maior representatividade foi: pós-graduação incompleta (23,88%), superior completo (22,39%) e superior incompleto (20,90%). Em relação às demais carnes o pescado ocupou a última escolha do consumidor em Toledo com 2,21%, em Curitiba e São Paulo totalizaram 17,91% e 9,32% (MINOZZO, HARACEMIV, WASZCZYNSKYJ, 2008).

Um estudo realizado por Ruela e Souza Junior (2010), sobre a avaliação nutricional e estilo de vida de adolescentes de uma escola pública da região Sul Fluminense foi observado que em relação aos alimentos que nunca foram consumidos pelos adolescentes participantes da pesquisa os peixes se enquadram entre um deles, ou seja, há visto os benefícios do seu consumo, revelando-se a sua importância principalmente por ser um alimento fornecedor de proteínas de alto valor biológico, indispensável para uma

alimentação saudável, o seu consumo ainda é muito baixo na população brasileira inclusive entre os jovens.

De acordo com Assunção et al (2012), analisando o consumo de carnes por adolescentes do Sul do Brasil, observou que o consumo de peixe nessa amostra também foi inferior ao ideal. Do total de adolescentes avaliados (72,4%) consomem raramente ou nunca esse tipo de carne. Apesar dos grandes benefícios que esses alimentos proporcionam a saúde e pela disponibilidade destes no país, pois peixes de água doce e salgada são abundante o que favorece o consumo de grande variedade de espécies, o seu percentual de ingestão ainda é baixo. Nesse estudo ainda é possível identificar que a maior parte da frequência de consumo de carnes brancas foi decorrente da ingestão de frango e não de peixes.

Brum et al (2009), analisando o perfil do consumo de pescado na cidade de Açailândia-MA observou que uma frequência muito baixa dos entrevistados referiram o habito de consumir peixes na dieta, apenas 17% afirmam consumir carne de pescado pelo menos duas vezes na semana. A maior taxa de frequência de consumo foi de uma vez ao mês (34%), seguida por duas à três vezes ao mês (29%), e duas ou mais vezes por semana (17%). Apesar de Açailândia-MA está localizada em uma região próxima a rios e criatórios importantes, os consumidores de alimentos ainda não colocaram o pescado como parte importante de suas dietas.

Em síntese, as informações sobre o perfil epidemiológico e nutricional do Brasil vêm reforçar a tese da insegurança alimentar e nutricional que este vivencia, devendo, portanto, serem geradas mais informações sobre a inserção de alimentos funcionais na dieta, tendo em vista os benefícios advindos dessa pratica. Muitas vezes, as pessoas deixam de consumir esses produtos, por desinformação ou por acreditarem que são de custo muito elevado. Tomo que nessa amostra, a maior dos entrevistados referiu não consumir esses alimentos por falta de poder aquisitivo, todavia quando analisado o custo desses alimentos em relação aos processados, ou industrializados, é notório que estes, por sua vez, são de custos mais elevados.

O consumo de peixes como atum, salmão nem sempre é acessível, por isso opções como sardinha podem ser adotadas com os mesmos benefícios. Dessa forma, transmitir o conhecimento sobre alimentos funcionais visando o incentivo na prevenção de doenças é uma das responsabilidades que cabe aos profissionais da área da saúde. Identificam-se a importância de levar às mais diferentes populações, informações referentes às propriedades

benéficas dos alimentos funcionais, incluindo o consumo de peixes na dieta (VASCONSELLOS, RECINE, CARVALHO, 2008).

Esse cenário remete à necessidade de diagnóstico e monitoramento no padrão de ingestão de alimentos no plano individual, uma vez que as tendências no consumo de alimentos podem ser preditoras da situação nutricional e saúde da população, e constituem um sistema de alerta precoce para a formulação de políticas e ações de saúde e nutrição, não podendo prescindir dos inquéritos dietéticos de abrangência nacional desenvolvidos regularmente (SOUZA et al, 2012).

Sabe-se hoje da importância dos alimentos funcionais na saúde das pessoas, porém fazem-se necessários mais estudos quanto ao consumo desses alimentos e seus referentes benefícios no combate e prevenção das doenças crônicas (BASHO, 2010).

6.0.1.3.5 Consumo Regular de Embutidos

De acordo com a transição nutricional verificada no Brasil nas últimas décadas, em termos econômicos, os padrões de consumo alimentar também sofreram forte influência devido aos preços de determinados produtos lançados no mercado. Em suma, o preço de produtos de origem animal como as carnes, apresenta considerável aumento em relação a outros produtos do mesmo grupo alimentar, que por sua vez são industrializados. Os preços desses alimentos, ou seja, os preços dos seus substitutos e complementares de certa forma geram uma competição que determinam a aquisição de hábitos alimentares não considerados adequados para a saúde. Todavia, muitos estudos têm estabelecido associação inversa entre o custo desses produtos e qualidade nutricional da dieta (CUPARI et al, 2009).

Segundo Mondini et al (2012), o consumo alimentar do brasileiro sofre forte influência pelas preferências dos consumidores definidas através do nível de escolaridade, sexo e idade, bem como pela renda, entre outros aspectos. Em geral, contrariamente ao que se possam imaginar, as escolhas alimentares são determinadas não tanto pela preferência e pelos hábitos, mas pelo sistema de produção, de abastecimento alimentício e pelo custo (VASCONCELOS, 2010).

Ademais, os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados um amplo espectro de questões sociais, econômicas, políticas, e culturais que envolvem a aquisição de certos hábitos considerados não adequados para a saúde, com vistas no consumo de produtos industrializados como os embutidos (CHAVES, 2008).

De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (2008-2009), os produtos derivados de carnes, como as salsichas e os embutidos, por exemplo, atualmente tem seu consumo aumentado nas diversas regiões do país. Esses alimentos possuem quantidades consideráveis de gorduras saturadas e alto teor de sódio, o que reflete nas maiores chances de desenvolvimento de problemas cardiovasculares e suas complicações (SBC, 2013).

O Ministério da Saúde através do Guia Alimentar para a população brasileira (2008) apesar de identificar algum valor nutricional presentes nesses produtos e preocupado com o seu consumo aumentado, tendo em vista que os malefícios são superiores aos seus benefícios, recomenda a sua ingestão ocasional. Contudo, observa-se que o consumo desses produtos é apontado em uma frequência bem maior do que o recomendado pelo MS atualmente para a população brasileira.

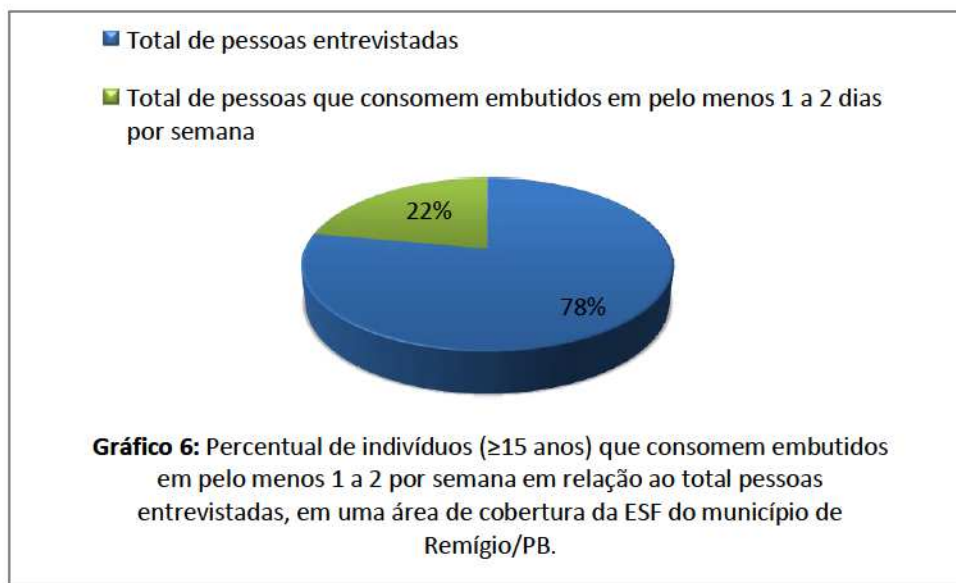
Segundo Assunção et al (2012), analisando o consumo de carnes por adolescentes do Sul do Brasil constatou que o consumo desses alimentos foram referidos por 50% dos adolescentes entrevistados. Consumindo estes em quatro vezes por semana, frequência também superior ao preconizado. Tal achado é preocupante, visto que o padrão alimentar do adulto sofre considerada influência dos hábitos adquiridos na adolescência, e metade dos adolescentes referiu consumir com elevada frequência esses alimentos, apresentando, portanto maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis futuramente, caso esse comportamento não seja modificado.

Mondini et al (2012), analisando a evolução dos preços de alimentos no município de São Paulo observou que o custo de produtos do grupo das frutas e hortaliças e demais grupos de alimentos estudados na amostra aumentaram consideravelmente nos últimos 30 anos em relação a linguiça, salsichas, mortadela, presuntos e queijos. Esses achados são consistentes com as tendências de consumo observadas na dieta da população urbana brasileira nos últimos decênios, a exemplo da estagnação da participação de frutas, verduras e legumes, e do aumento do consumo de carnes em geral, embutidos e da redução do consumo de arroz e feijões (BRASIL, 2009).

A partir dessas observações, o MS por meio do plano de ações estratégias para o enfrentamento de DCNT no Brasil (2011-2022), entre outros objetivos visa definir ações e investimentos necessários para enfrentar e deter o avanço dessa problemática nos próximos dez anos. Salienta que dentre outras atribuições a vigilância alimentar e nutricional configurará igualmente uma prioridade de esforço na promoção da saúde, com o aprimoramento da articulação intersetorial. Nesse âmbito, deverá ser acompanhado o

impacto da redução no consumo de sal, açúcar, gorduras, dietéticos e sintéticos, quer na morbimortalidade, quer em termos dos custos ao SUS.

Particularmente quanto aos esforços com vistas à redução do consumo de sal por parte da população brasileira, especial atenção será conferida a alimentos processados, que representam 98% da ingestão de sódio nesta categoria de alimentos, entre os quais se destacam as massas instantâneas, pães de forma, bisnaguinhas, pão francês, bolos e misturas para bolos, salgadinhos de milho, batatas fritas e batata palha, caldos e temperos, laticínios, embutidos, maionese, refeições prontas, derivados de cereais, margarinas e biscoitos (SNSS et al, 2011).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Portanto, para o conjunto dessa amostra a frequência de indivíduos que relataram consumir embutidos em pelo menos 1 a 2 dias por semana, variou de 22% para 78%, em relação ao total de pessoas entrevistadas, percentual relativamente baixo (Gráfico 6). Desse quantitativo, 32% são do sexo feminino e 18% do sexo masculino. As maiores frequências do consumo de embutidos no sexo feminino tendeu a ser prevalente com idade entre 15-36 anos; já no sexo masculino, ocorreram em indivíduos com diferentes faixas etárias, entre 37-58 anos. Em relação à escolaridade o consumo de embutidos variou de 0-12 anos de escolaridade para as mulheres, e para os homens esse percentual variou de 0-13 anos, sendo mais freqüente em 0-12 anos de escolaridade incompletos. Quanto à renda, ambos os sexos apresentaram renda até dois salários mínimos.

Esses dados chamam atenção especial, pois com as alterações nos padrões alimentares observados para a população brasileira, o consumo de embutidos não se mostrou elevado nessa amostra. De acordo com os relatos observados pelos entrevistados

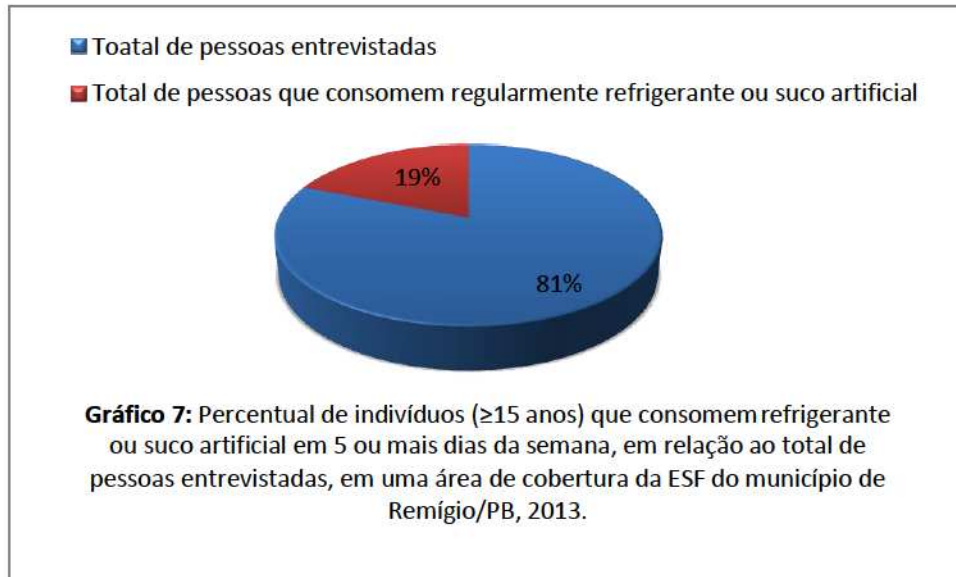
no momento da coleta de dados, esse fator pode está anexo à parcela considerável não gostar de consumir esses produtos, bem como pelos malefícios que estes representam em relação ao advento de patologias. Consta-se, por conseguinte que uma maior quantidade de informações está sendo gerada, principalmente pela mídia. Ademais, estes produtos apresentam grande quantidade de gorduras e sódio, além de serem formados por compostos químicos, corantes e conservantes, o que tem forte relação com a gênese de muitas doenças crônicas.

6.0.1.3.6 Consumo regular de refrigerantes

Seguindo as alterações alimentares que foram verificadas pelo consumo de diversos produtos considerados não saudáveis para a saúde nos países como o Brasil, o consumo de refrigerantes e sucos artificiais também se mostrou um deles. De acordo a Pesquisa de Orçamento familiar (2008-2009), o consumo de refrigerantes se mostrou presentes na maior parte das regiões brasileiras pesquisadas.

O refrigerante é uma bebida praticamente constituída a base de açúcar industrializado, esse tipo de açúcar é desprovido de qualquer valor nutricional, sendo sua ingestão não necessária ao organismo humano. Ele é usado principalmente para adoçar e preservar alimentos e bebidas, sendo, portanto, o seu consumo associado à quantidade de calorias vazias ou perdidas que são ingeridas na dieta (CUPARRI et al, 2009).

Dessa forma, a energia requerida pelo nosso organismo deve ser adquirida pelos grupos de alimentos-fonte de carboidratos complexos (como o amidos e as frutas) e não de açúcares simples (como o refrigerante) como vem sendo constatado. Logo, o consumo desse produto não é a forma natural de açúcar cujo consumo deve ser reduzido, essa forma de consumo de açúcar, por sua vez, necessita ser evitado (VASCONCELLOS, RECINE, CARVALHO 2008).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Deste modo, analisando os dados sobre o consumo de refrigerantes ou sucos artificiais observados nesse estudo, podemos perceber que este correspondeu a 19% do total de pessoas entrevistadas (Gráfico 7). Esse quantitativo relatou consumir sucos ou refrigerantes em cinco ou mais dias por semana, percentual considerado baixo. Todavia, quando analisando as estimativas para o consumo destes produtos em 1 a 2 dias ou 3 a 4 dias por semana, podemos observar que este é superior ao observado, atingindo 43% para 57% do total de pessoas entrevistadas. Esse percentual ainda não foi maior, visto que parcela considerável da amostra referiu não consumir mais estes produtos por questões financeiras (entrevistados que possuíam até um salário mínimo). Sugerindo, portanto, que medidas emergenciais devem ser tomadas para o seu controle, principalmente as de cunho educacional.

Do percentual de pessoas entrevistadas que referiram consumir refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana, a grande maioria dos consumidores consumia versões regulares (não dietéticas) desses produtos. Sendo 39% para o sexo feminino e 11% para o sexo masculino. Em relação às mulheres o percentual observado se mostrou prevalente em idades mais jovens 15-36 anos de idade; Nos homens esse percentual foi observado em indivíduos com idade entre 26-58 anos. Em relação à escolaridade homens e mulheres, apresentaram de 0-13 anos de escolaridade, porém as maiores prevalências foram observadas em indivíduos com menores anos de escolaridade. Em ambos os sexos a renda variou de zero a cinco salários mínimos, contudo sendo mais prevalentes em indivíduos com menor poder aquisitivo.

Monteiro et al (2010), analisando o consumo de refrigerantes (aí incluídos os sucos artificiais) em pelo menos um dia da semana na população brasileira constatou que esse percentual também foi alto, atingiu 76% da população nas 27 cidades analisadas. Em ambos os sexos, o consumo regular de refrigerantes é muito frequente na faixa etária entre 18 a 24 anos, alcançando cerca de 40% das pessoas. Com o aumento da idade, observou-se forte redução na frequência de consumidores regulares de refrigerantes, chegando a aproximadamente 13% na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Frequência também observada na amostra, em relação ao sexo feminino.

Entre homens e mulheres, a frequência do consumo regular de refrigerantes pouco se altera com a escolaridade. Dados também verificados na amostra, apesar dos indivíduos com menor escolaridade se sobressaírem, dado talvez verificado, pois do quantitativo entrevistado a maior parcela é constituído por indivíduos com menores anos de escolaridade (MONTEIRO et al, 2010).

Segundo Vascosellos, Recine, Carvalho (2008), o consumo de alimentos do grupo de açúcares, que inclui os refrigerantes, extrapola os limites das recomendações preconizadas pelo MS nas regiões metropolitanas, em todas as regiões geográficas, nas áreas rurais e urbanas e em todas as classes de rendimentos. Estudos realizados nos Estados Unidos indicam que houve um aumento em 500% no consumo de refrigerantes nos últimos 50 anos, já no Brasil esse percentual é observado em 400% (CUPARRI et al, 2009).

Flores et al (2013), analisando o consumo de refrigerantes entre escolares de séries iniciais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, observa que de forma geral o consumo diário desse produto apresentou-se elevado entre os alunos matriculados nas quatro primeiras séries do ensino fundamental na cidade de Pelotas. O consumo diário de refrigerantes foi mais frequente no gênero feminino (22,6%), nos escolares com idade entre 5-9 anos (23,4%), entre aqueles indivíduos que pertenciam à classe C de consumo de bens (24,4%) e em filhos de mães que estudaram de 5-8 anos completos (24,1%). Quanto ao estado nutricional, a maior prevalência de consumo diário foi observada em escolares sem excesso de peso (23,8%).

Além disso, cerca de 86% dos escolares do presente estudo relataram também ter consumido refrigerantes no decorrer dos sete dias que antecederam a entrevista. Estes resultados sugerem que o hábito de ingerir refrigerantes está fortemente inserido na vida dos escolares avaliados. Entre as seis escolas avaliadas neste estudo, duas delas possuíam cantinas e destas apenas uma comercializava refrigerantes. Portanto, a oferta de

refrigerantes está diretamente relacionada ao aumento do consumo dessa bebida (FLORES et al, 2013).

Logo, o consumo elevado de refrigerantes entre crianças e adolescentes é preocupante, uma vez que as DCNT possuem um longo período de latência e começam a se desenvolver em idades cada vez mais precoces. Os resultados apresentados indicam que a alimentação dos brasileiros vem se caracterizando pela introdução de alimentos processados de alta densidade energética e bebidas com adição de açúcar, embora alguns hábitos tradicionais da alimentação ainda sejam mantidos (SOUZA et al, 2012).

Portanto, esse padrão de alimentação é compatível com a elevação das taxas de excesso de peso, obesidade e distúrbios metabólicos que têm marcado o quadro epidemiológico e nutricional do País. Podendo-se considerar urgente e prioritário o desenvolvimento de propostas de intervenção sobre os hábitos de consumo de alimentos voltadas para os adolescentes, dado que esse grupo etário apresentou o consumo alimentar marcado pelo baixo consumo de alimentos saudáveis, e elevação no consumo de alimentos não saudáveis como os biscoitos e refrigerantes, o que favorece o desenvolvimento de DCNT na vida adulta (SOUZA et al, 2012).

Schmidt et al (2011), enfatiza o desenvolvimento de estratégias que envolvam um aumento na discussão e no planejamento intersetoriais, são atitudes necessárias para implementar e intensificar intervenções custo-efetivas que possam ajudar a criar um ambiente propício à escolhas mais saudáveis, melhorando assim o estilo de vida que a população adota.

Para LONGO et al (2011), ademais, é indicado o monitoramento dos fatores de risco que sejam passíveis de modificação no âmbito da atenção básica, visto que permanecem desconhecidas as prevalências e distribuições dos fatores de risco para doenças crônicas em grande parte dos municípios brasileiros.

Reforçando dessa forma, a necessidade na construção de indicadores por instituições de ensino e pesquisa próximas geograficamente a áreas e municípios, com o compromisso de investigar e intervir no âmbito de realidades regionais de forma a auxiliarem no monitoramento de ações de redução e controle desses fatores. Essas informações são importantes na orientação da organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

6.0.1.4 Subcategoria: Consumo de bebidas alcoólicas

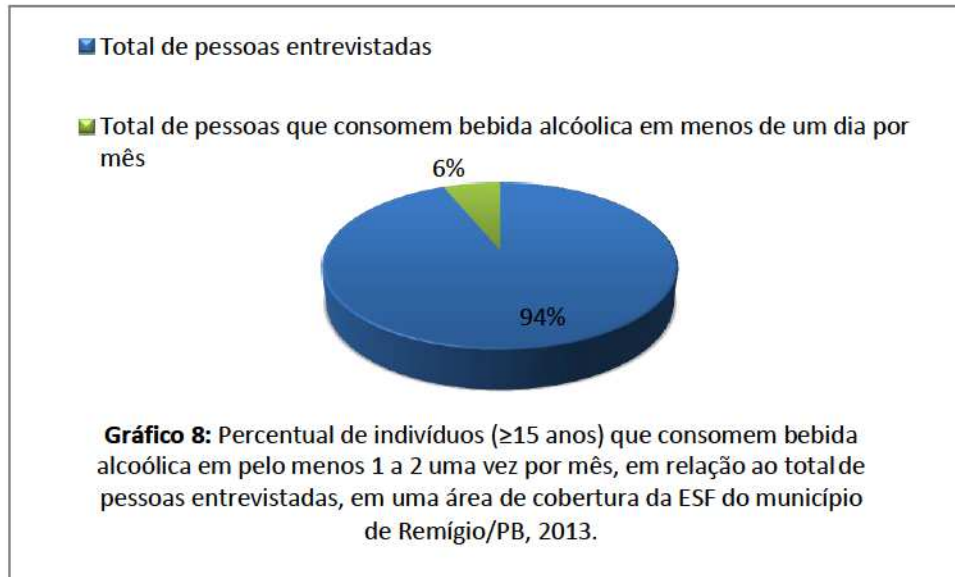
A literatura científica indica que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é um fator de proteção para mortalidade por DCNTs, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Porém o consumo de álcool não é recomendado por motivos nutricionais e sociais (COSTA; THULER, 2012).

O álcool, droga cuja ação é responsável pela depressão do sistema nervoso central, causa alterações comportamentais e psicológicas, além de importantes efeitos metabólicos. O seu consumo em excesso pode provocar problemas como violência, suicídio, acidentes de trânsito, e outros problemas de saúde como desnutrição, doenças hepáticas, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, no sistema reprodutivo, além do alcoolismo, dependendo do número de doses, da frequência e circunstâncias (CARVALHES, 2010).

O consumo abusivo do álcool traz inúmeras consequências para a saúde e a qualidade de vida das populações, acarretando também altos custos para a sociedade, os quais envolvem questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares (COSTA; THULER, 2012).

Os aumentos recentes de consumo excessivo de álcool autorelatados e o grande crescimento da mortalidade ajustada por idade, causada por transtornos mentais e comportamentais associados ao uso inadequado do álcool anunciam aumentos futuros na carga de doenças relacionadas a esse fator e chamam a atenção para a lacuna nas políticas de controle do consumo excessivo dessa droga (SCHMIDT et al, 2011).

Neste estudo, focaliza-se a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias). Considera-se como uma dose de bebida alcoólica, uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Portanto, a frequência de indivíduos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, variou entre 6% para 88%, em relação ao total de pessoas entrevistadas (Gráfico 8). Desse quantitativo, 4% são do sexo feminino e 2% do sexo masculino. As maiores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo feminino tendeu a se apresentar de forma mais precoce em relação aos homens, com idade entre 15-36 anos; já no sexo masculino, ocorreram entre 26-36 anos de idade. Em relação à escolaridade o consumo de bebida alcoólica variou de 0-13 anos de escolaridade para o sexo feminino, e 12 anos para o sexo masculino. Em relação à renda, as mulheres apresentaram renda até cinco salários mínimos, já em relação ao sexo masculino, este apresentou renda entre três a cinco salários mínimos.

Um dado que chama atenção assim como no consumo de refrigerante ou suco artificial, é que se considerarmos o consumo de bebida alcoólica em outras quantidades, focalizando-se aqui a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, a ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, e cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião entre 1 a 2 dias, 3 a 4 dias, 5 a 6 dias ou todos os dias por semana verifica-se que esse percentual é bem mais elevado, variando entre 25% do total de pessoas entrevistadas.

As maiores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, no sexo masculino, ocorreram entre 26-65 anos de idade; já no sexo feminino esse percentual tendeu a se apresentar ainda mais precoce, com idade entre 15-36 anos. Em relação à escolaridade o consumo de bebidas alcoólicas variou de 0-13 anos de escolaridade para ambos os sexos, todavia sendo mais prevalentes nos indivíduos com menor escolaridade.

Monteiro et al (2011), analisando a frequência do consumo abusivo de álcool na população adulta das 27 cidades brasileiras nos últimos 30 dias, verificou que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,0%, sendo quase três vezes maior em homens (26,8%) do que em mulheres (10,6%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando mais de 30% dos homens e mais de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 9,0% entre os homens e 1,8% entre as mulheres na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Nos dois sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta com a escolaridade do indivíduo.

Ainda segundo o mesmo autor, analisando dados subsequentes para o consumo abusivo de bebida alcoólica, verificou que na população adulta das 27 capitais, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias variou entre 11,9% em Rio Branco-AC e 23,6% em Salvador-BA. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Teresina-PI (37,6%), Salvador-BA (31,3%) e Cuiabá-MG (31,2%); e, entre mulheres, em Salvador-BA (17,2%), Recife-PE (14,3%) e Vitória-ES (13,3%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade (MONTEIRO et al, 2012).

Em síntese, essas estimativas revelam que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas no Brasil ainda é consideravelmente elevado. Dado também considerado ascendente nessa amostra, quando estimado o consumo de bebida alcoólica a partir de valores acima do considerado para consumo abusivo. Em relação ao sexo, as análises realizadas mostram que o sexo masculino apresentou considerado aumento no consumo de bebidas alcoólicas em relação ao sexo feminino, percentual não constatado nesse estudo, talvez, devido ao fato de grande parte da amostra ser constituída por mulheres. Em relação à idade, observa-se para todos os estudos, inclusive nessa amostra (apesar de apresentar consumo de bebidas alcoólicas em idade ainda mais precoce), que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas se dá em indivíduos mais jovens. Em relação à escolaridade, as estimativas sugerem que esse hábito é verificado em indivíduos com maior nível de escolaridade, já nessa amostra o consumo de bebidas alcoólicas difere do nível de escolaridade.

6.0.1.5 Subcategoria: Atividade física

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto de energia. Trata-se de um comportamento humano caracterizado por determinantes de ordem biológica e cultural, igualmente significativos nas escolhas e nos benefícios derivados desse comportamento (VASCONCELLOS, RECINE, CARVALHO 2005).

A atividade física regular mantém músculos, ossos e articulações fortes, melhoram o perfil hormonal e sanguíneo e regularizam também a função imunológica e intestinal (VASCONCELLOS, RECINE, CARVALHO 2008). Estudos epidemiológicos demonstram expressiva associação entre o estilo de vida ativo, com a menor possibilidade de morbimortalidade por DCNT e melhor qualidade de vida (CAMPOS, 2011).

A atividade física previne eficientemente a ocorrência de ocorrências cardíacas, diminui a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus do tipo II, cânceres de cólon, doença vesicular, doenças respiratórias, obesidade entre outros benefícios, sendo, portanto, um fator preponderante no combate as doenças crônicas, assim como a intensidade e a frequência com que é praticada (MARTINS, 2008). Os níveis de atividade física em intensidades moderadas e vigorosas funcionam como fator excelente de proteção para morbimortalidade por doenças cardiovasculares e obesidade (COSTA; THULER, 2012).

Todavia, apesar dos benefícios que essa prática possibilita a saúde, no Brasil, há uma tendência crescente de que as pessoas tornem-se cada vez mais inativas fisicamente, especialmente porque a modernidade produz cada vez mais hábitos ou modos de vida sedentários, o que favorece, por sua vez, o desenvolvimento de uma série de DCNT. Portanto, para Vasconcellos, Recine, Carvalho (2008), o estilo de vida moderno favorece o desenvolvimento de inatividade física, pois poucas pessoas caminham ou pedalam habitualmente dando preferência ao uso de veículos automotores. Atividades de recreação ou lúdicas mais ativas vêm sendo substituídas por atividades de lazer mais sedentárias. Muitas escolas não contam com um espaço físico adequado para as aulas de educação física, prática de esportes ou recreação. Em muitas regiões e cidades, a falta de segurança pública e a violência são impedimentos para a prática de atividade física, o que leva a população há passar mais tempo em casa ou em locais fechados, aumento ou favorecendo o risco de doenças crônicas.

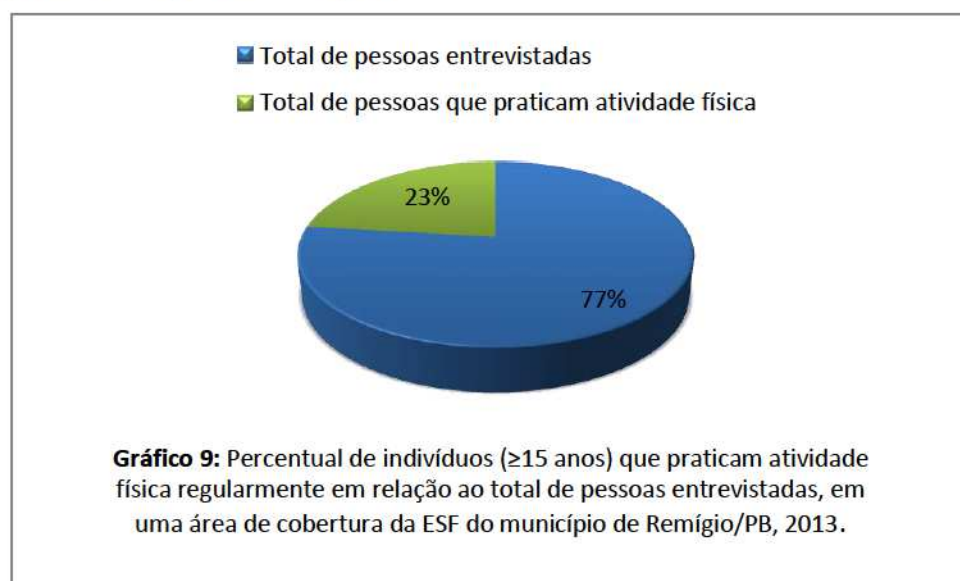
Não obstante, os padrões de atividade física começaram a ser estudados recentemente no país, portanto, tendências seculares de gasto de energia são desconhecidas (SCHMIDT et al, 2011). Dessa forma, com vista a deter o desenvolvimento dessas

patologias no País, a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessa problemática devem ser implementadas, sobretudo quando assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis, quais sejam: tabagismo; inatividade física; alimentação inadequada; obesidade; dislipidemia; e consumo de álcool (MALTA et al, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), o conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamentais (dieta, sedentarismo, consumo do tabaco, álcool, dentre outros fatores) são fundamental para a avaliação do risco de exposição a qual a população está exposta, pois é sobre eles que as ações preventivas podem ter custos efetivos.

Fica evidente a necessidade de intervenção nestes relevantes agravos, abordando-se os principais fatores que modulam o seu aparecimento, especialmente a atividade física e os hábitos alimentares. Afigura-se como indispensável que iniciativas nacionais, estaduais e municipais, dirigidas ao controle da obesidade e inatividade física, multipliquem-se e consolidem-se, de modo que venham a se transformar, em futuro próximo, em políticas públicas articuladas, consistentes e permanentes de promoção da saúde e qualidade de vida (CHAVES, 2008).

Por conseguinte, o aumento da atividade física reflete na qualidade da saúde e previne eficazmente o adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis, da mesma forma que a inatividade física esta associada ao seu escopo, o que reflete os consideráveis benefícios para o desempenho dessa prática.



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Para tanto, de acordo com a amostra estudada foi identificado que a frequência de indivíduos entrevistados que referiram praticar atividade física suficiente no tempo livre, variou entre 23% para 77% do total de pessoas entrevistadas, percentual considerado modesto (Gráfico 9). Desse percentual, as mulheres apresentaram 33% e os homens 17%. Entre ambos os sexos, as maiores frequências de atividade física foram observadas em pessoas com variadas faixas etárias, mulheres com 26-58 anos, e homens com 36-58 anos. Em ambos os sexos, a prática de atividade física cresceu com o aumento do nível de escolaridade 0-13 anos.

Ademais, do quantitativo de pessoas que praticam atividade física no tempo livre, cinco pessoas referiram comer carne com gordura, e quatro referiram comer frango com a pele. Do quantitativo de entrevistados ativos, treze relataram tirar o excesso de gordura da carne e quatorze relatou comer frango sem a pele, fator positivo. Do total de indivíduos ativos, ou seja, dezoito entrevistados, mais da metade, treze relataram não ter o hábito de fumar e treze de consumir bebida alcoólica. Em termos de renda, a maior parte dos entrevistados possuía até dois salários.

Segundo Monteiro et al (2010), analisando o perfil de atividade física dos brasileiros nas 27 capitais, observou que a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre foi também modesta em todas as cidades estudadas, variando entre 10,3% em São Paulo-SP e 21,2% em Vitória-ES. As maiores frequências dessa condição foram encontradas, entre homens, no Distrito Federal-BR (28,6%), Vitória-ES (27,0%) e Florianópolis-SC (25,3%) e, entre mulheres, em Palmas-TO (16,8%), Vitória-ES (16,3%) e João Pessoa-PB (15,5%).

Em estudo subsequente pelo mesmo autor, essa frequência de variou entre 11,3% em Rio Branco-AC e 22,4% no Distrito Federal-BR. As maiores frequências dessa condição foram encontradas, entre homens, em Palmas-TO (29,4%), Distrito Federal-BR (27,7%) e Macapá-AP (26,3%) e, entre mulheres, no Distrito Federal-BR (17,8%), Natal-RN (16,2%) e Vitória-ES (15,0%). No conjunto da amostra, a frequência da atividade física no tempo livre foi de 14,9%, sendo maior no sexo masculino (18,6%) do que no sexo feminino (11,7%) (MONTEIRO et al, 2011).

Entre homens, a frequência máxima ocorreu entre os 18 e os 24 anos de idade (29,5%), declinando com a idade até chegar a 13,3% entre os 45 e 54 anos de idade e aumentando levemente nas idades seguintes, alcançando 16,6% entre os idosos. Entre mulheres, a frequência da atividade física no tempo livre foi próxima de 12% nos grupos com idade entre 18 e 64 anos, declinando para seu ponto mínimo (9,4%) entre as mulheres

com 65 ou mais anos de idade. Em ambos os sexos, a frequência dos suficientemente ativos no tempo livre aumenta com a escolaridade (MONTEIRO et al, 2011).

Dados mais atuais mostram que a frequência de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre variou entre 26,3% em Porto Velho-RO e 41,4% em Florianópolis-SC. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Florianópolis-SC (53,0%), Belo Horizonte-MG (46,9%) e Manaus-AM (45,8%); Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Florianópolis-SC (30,9%), Vitória-TO (27,9%) e Belém-PR (26,5%). No conjunto da amostra, essa frequência foi de 30,3%, sendo maior entre os homens (39,6%) do que entre as mulheres (22,4%). Esse percentual tendeu a diminuir com a idade entre os homens, sem que nenhuma relação entre essas variáveis fossem observadas entre as mulheres. Em ambos os sexos, a prática de atividade física no tempo livre cresceu com o nível de escolaridade (MONTEIRO et al, 2012).

Em síntese, essas estimativas revelam que a prática de atividade física no tempo livre na maioria das regiões brasileiras ainda não é suficiente para atuar como um fator preventivo contra o desenvolvimento de DCNT, dado que também foi identificado nessa amostra. Em relação ao sexo, em todas as amostras realizadas por Monterio et al (2010, 2011, 2012) o sexo masculino apresentou considerado aumento em relação ao sexo feminino, percentual não constatado nesse estudo, talvez, devido grande parte da amostra ser constituída por mulheres.

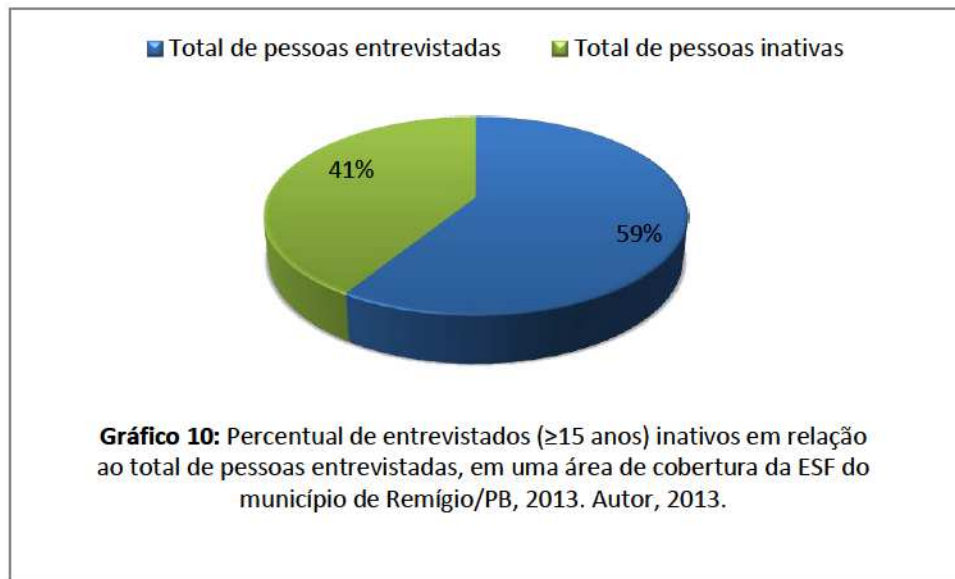
Em relação à idade, observa-se para todos os estudos, que a prática de atividade física é mais prevalente em pessoas mais jovens, porém nesse estudo, essa frequência foi observada nas mais variadas faixas etárias, evento considerado positivo. Em relação à escolaridade, as estimativas sugerem que esse hábito é verificado em indivíduos com maior nível de escolaridade, corroborando com os dados da amostra.

Ademais, do quantitativo que pratica atividade física, pequena parcela dos participantes referiram comer carne com gordura ou frango com a pele, evidenciando que os entrevistados ativos, nesse aspecto, também possuem melhor consumo alimentar, em relação aos demais entrevistados. Do total de sujeitos ativos, ou seja, 18 entrevistados, mais da metade, relataram não ter o hábito de fumar e consumir bebida alcoólica, outro ponto positivo para a amostra. Em relação à renda, estes apresentaram maior poder aquisitivo quando comparados aos sujeitos inativos.

Logo, a identificação de fatores demográficos e socioeconômicos na participação em atividade física e o primeiro passo que pode ajudar a identificar populações de risco para DCNT e guiar o desenvolvimento de programas de prevenção tanto a nível nacional,

como local. Entre os vários fatores relacionados aos níveis de atividade física geral, associações com variáveis sociodemográficas tais como, idade, sexo, níveis de educação, salário, bem como os hábitos alimentares, tabagismo, e álcool se mostra de relevante representatividade. (MARTINS, 2008).

6.0.1.6 Inatividade Física



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Em relação à inatividade física, a frequência apresentada nesse estudo, ou seja, a quantidade de pessoas que não praticaram nos últimos três meses qualquer tipo de atividade física no tempo livre variou de 41% para 59% do total de indivíduos entrevistados, percentual bastante elevado. Desse quantitativo, 35% representam o sexo feminino e 15% representam o sexo masculino (Gráfico 10). Entre homens, as maiores frequências de inatividade física foram observadas em pessoas com menores e maiores anos de idade, variando de 15-58 anos; já entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em pessoas mais jovens, entre 15-36 anos. Em relação à escolaridade, as maiores frequências de inativos em ambos os sexos, foram observadas em indivíduos com 0-9 anos de escolaridade.

Do quantitativo de entrevistados que não praticam atividade física no tempo livre, dezoito entrevistados referiram comer carne com gordura, e dezesseis referiram comer frango com a pele. Do total de indivíduos inativos, ou seja, quarenta e dois entrevistados, treze também relataram ter o hábito de fumar e quatorze de consumir bebidas alcoólicas, sendo, portanto fatores potenciais para o desenvolvimento de DCNT nessa amostra. Em

termos de renda, a maior parte das pessoas apresentou menor poder aquisitivo, o que equivale a trinta e quatro do total de pessoas entrevistadas, variando até um salário mínimo.

Segundo Monteiro et al (2010), analisando a frequência de adultos classificados na condição de inatividade física nas 27 cidades brasileiras, observou que esse percentual variou entre 11,5% em Florianópolis-SC e 20,3% Maceió-AL. Entre homens, as maiores frequências foram observadas em Maceió-AL (22,8%), em Aracaju-SE (19,7%) e Rio de Janeiro-RJ (18,5%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife-PE (21,2%), em Macapá-AP (18,6%) e Aracaju-SE (18,5%). Considerando o conjunto da amostra, observou-se que a inatividade física foi semelhante entre os homens (16,0%) e mulheres (15,3%). Em ambos os sexos, a frequência foi máxima na faixa etária de 65 ou mais anos de idade: 37,1% para homens e 37,2% para mulheres, não havendo um padrão claro de relação com a escolaridade.

Em estudo posterior, a frequência de inatividade física variou entre 10,7% em Manaus-MA e 22,1% em Rio Branco. Entre homens, as maiores frequências foram observadas no Distrito Federal (22,7%), Natal (22,2%) e Aracaju (20,2%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Rio Branco-AC (25,6%), Belém-PR (18,8%) e Maceió-AL (18,8). No conjunto da amostra, observa-se que a inatividade física foi maior entre os homens (15,0%) do que entre as mulheres (13,6%). Em ambos os sexos, a frequência foi máxima na faixa etária de 65 ou mais anos de idade: 35,8% para homens e 37,3% para mulheres, aumentando diretamente com a escolaridade entre as mulheres, sem que um padrão claro de associação entre os homens.

Dados mais recentes mostram que a condição de inatividade física variou entre 10,8% em Florianópolis-SC e 18,2% em Recife-PE. Entre homens, as maiores frequências foram observadas em João Pessoa-PB (20,8%), Aracaju-SE (19,7%) e Natal-RN (19,5%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Palmas-TO (20,2%), Manaus-AM (19,4%) e Recife-PE (18,2%). No conjunto da amostra, a frequência foi de 14,0%, semelhante entre homens (14,1%) e mulheres (13,9%). Entre homens, esse percentual tendeu a aumentar com a idade e, entre mulheres, ela foi maior para as mais jovens e as com idade mais avançada. Em relação à escolaridade, observou-se maior inatividade física entre as mulheres com maior nível de escolaridade; para os homens, não se observa um padrão de variação consistente.

Em síntese, essas estimativas revelam que o perfil de inatividade física na maior parte das regiões Brasileiras é consideravelmente elevado, potencializando por sua vez as

chances do desenvolvimento de DCNT na população, dado que também foi identificado nessa amostra e se mostra preocupante. Em relação ao sexo, em todas as amostras realizadas por Monterio et al (2010, 2011, 2012), o sexo masculino apresentou considerado aumento em relação ao sexo feminino, porém esse percentual não foi tão superior. Nesse estudo o sexo feminino apresentou relevante aumento em relação ao masculino, talvez, devido ao fato de grande parte da amostra ser constituída por mulheres.

Todavia, segundo Costa e Thuler (2012) analisando os fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional observou que a frequência de inatividade física foi prevalente em quase 40% dos entrevistados. Esse comportamento foi mais frequente em mulheres (42,6%) do que em homens (35,9%), sendo essa diferença estatisticamente significativa. Carvalhaes et al (2008), também observa essa variação por sexo, sendo o sexo feminino mais inativo que o sexo masculino.

Em relação à idade, observa-se para todos os estudos, que a inatividade física é mais prevalente em pessoas mais jovens, porém nesse estudo, essa frequência só foi observada no sexo feminino, estando ausente no sexo masculino para todas as idades, evento considerado negativo. Em relação à escolaridade, as estimativas sugerem que esse hábito é verificado em pessoas com maiores níveis de escolaridade para as mulheres, não apresentando dados consistentes para os homens, todavia nesse estudo as pessoas inativas possuíam em sua maioria menor nível de escolaridade.

Ademais, do quantitativo de pessoas que não praticam atividade física no tempo livre, percentual considerável refere comer carne com gordura, e comer frango com a pele. Do total de inativos, ou seja, dos quarenta e dois entrevistados, parcela também relata ter o hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas, sendo, portanto fatores potenciais para o desenvolvimento de DCNT. Em termos de renda, a maior parte dos entrevistados apresentou menor poder aquisitivo, possuindo até um salário mínimo.

Para tanto, avaliando os fatores que interferem na qualidade de vida e, considerando os benefícios gerais da prática de atividade física, atendendo as recomendações da OMS, o incentivo ao seu desenvolvimento deve ser incentivado pelos profissionais de saúde, principalmente na atenção básica. Visto que essa é a porta de entrada dos serviços de saúde pública, deste modo, sendo uma das formas mais eficazes para evitar ou retardar o surgimento das doenças crônicas associadas ao sedentarismo.

Desse modo, o investimento em políticas públicas para o desenvolvimento de programas de promoção da atividade física, com vista ao incentivo na adoção de um estilo

de vida mais ativo e saudável, é um papel primordial para a prevenção das DCNT a nível local. Ademais, através do levantamento e controle desses indicadores de risco, por meio de pesquisas científicas, é possível se obter dados reais, a fim de ampliar os investimentos em saúde coletiva e promover uma redução no desenvolvimento de DCNT associadas ao sedentarismo, visto que a inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes (MARTINS, 2008).

6.0.1.7 Subcategoria: Percentual de indivíduos fumantes

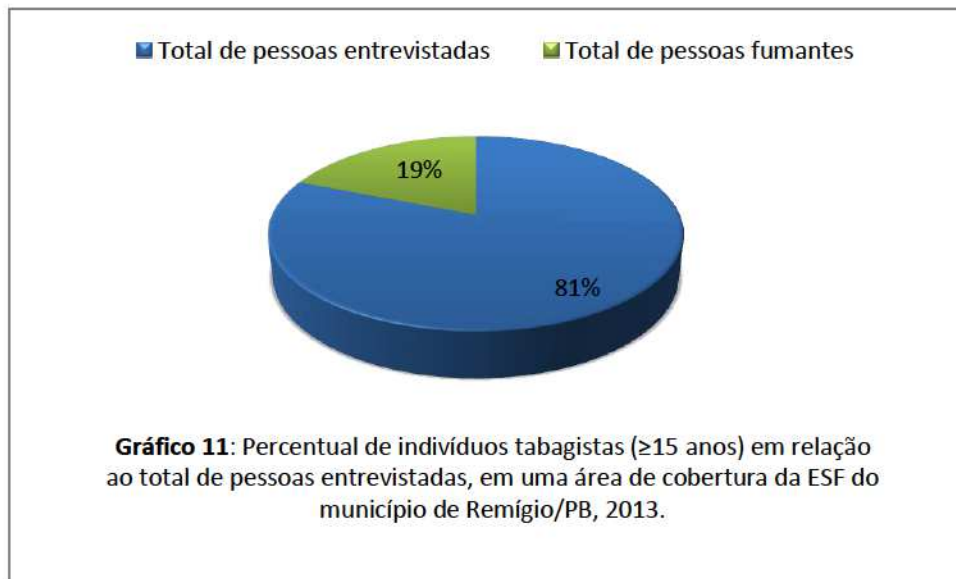
O tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (VASCONCELOS, 2010). O consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável nas Américas, aproximadamente um terço de todas as mortes por doenças cardíacas e câncer, entre outras morbidades, tem sido atribuídas ao consumo desse produto (OPAS, 2007). Contudo, é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas passíveis de prevenção a partir de ações educativas simples (SILVA et al, 2009).

Assim, tendo em vista os malefícios que o consumo do tabaco origina a saúde, o tabagismo foi alvo de bastantes discussões e medidas preventivas no país. Desde o final da década de 1980, um conjunto abrangente de leis para controlar o tabaco e seu uso foi colocado em prática, o que gerou consideravelmente diminuição no percentual de fumantes ativos no Brasil.

Entre outros aspectos segundo Schmidt et al (2011), no ano de 2000, a propaganda de produtos do tabaco foi proibida, fotos alertando aos consumidores sobre os riscos que esse produto traz para a saúde foram estampadas nas embalagens de cigarros e um Comitê Nacional para o Controle do Tabaco foi instituído.

Em 2006, o Brasil ratificou a *Framework Convention on Tobacco Control* da OMS, onde um número de telefone foi colocado nas embalagens de cigarros, com ligação gratuita dentro do país, oferecendo orientações sobre como parar de fumar e ainda os malefícios que este ocasiona a saúde dos seus usuários. Mais recentemente, ainda novos projetos de leis e programas sobre controle do tabaco também têm sido amplamente discutidos e aprovados nos níveis nacional, estadual e municipal, a fim de evitar o seu consumo e diminuir os índices de morbimortalidade por esta causa (SCHMIDT et al, 2011).

De fato, dados mostram que a prevalência de tabagismo no Brasil está diminuindo, especialmente na população mais jovem e com melhor condição socioeconômica. Isso sugere que a política de controle do tabagismo no Brasil tem sido efetiva para prevenir a iniciação de jovens ao consumo de tabaco, porém deve ainda deve ser mais bem incorporada, a fim de atingir diretamente os extratos de menor nível socioeconômico que atualmente são os mais afetados (SILVA et al, 2009).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Dessa forma, avaliando a frequência de pessoas que fumam diariamente em relação ao total de pessoas entrevistadas nessa amostra, podemos perceber que este quantitativo variou de 19% para 81%. Dos 19% dos entrevistados, 29% são do sexo feminino e 21% são do sexo masculino (Gráfico 11). A frequência de indivíduos fumantes tendeu a aumentar com a idade entre os homens e mulheres principalmente a partir dos 37-47 anos de idade. Em relação ao nível de escolaridade, foi observado que para ambos os sexos o percentual de fumantes apresentou baixo nível de escolaridade, 0-9 anos.

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), foi identificado que do percentual de fumantes, quatro indivíduos apresentaram sobrepeso, três obesidade, e sete eram eutróficos. Em relação ao consumo de bebida alcoólica podemos perceber que do total de sujeitos fumantes, seis fazem também uso de bebida alcoólica. Quanto ao hábito de praticar atividade física no tempo livre, apenas um entrevistado relatou ter esse hábito. Em relação à renda, do total de indivíduos fumantes, a maioria, doze entrevistados, apresentou renda até um salário mínimo.

De acordo com Monteiro et al (2010), analisando dados de base populacional, observou que a frequência de adultos que fumam variou entre 8,0% em Aracaju-SE e

22,5% em Porto Alegre-RS. No conjunto da amostra, essa frequência foi de 15,5%, sendo maior no sexo masculino (19,0%) do que no sexo feminino (12,5%). Entre homens, a frequência se mostrou relativamente estável dos 18 aos 64 anos de idade (cerca de 20%), declinando intensamente (11,6%) para aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre as mulheres, a frequência de fumantes tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos (de 11% na faixa etária 18-24 anos para 17,5% na faixa etária 45 a 54 anos) e a declinar nas faixas etárias subsequentes, chegando a 5,9% entre aquelas com 65 ou mais anos de idade. A frequência do hábito de fumar foi particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (23,4% e 15,7%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade (MONTEIRO et al, 2010).

Segundo Silva et al (2009), avaliando os dados do sistema de Vigilância sobre os Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico sobre (VIGITEL), realizado em 2006 nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal sobre a relação tabagismo e escolaridade no Brasil, observou que indivíduos de menor escolaridade apresentaram maior prevalência de tabagismo, atingindo os maiores percentuais entre homens em Porto Alegre-RS e entre mulheres em Florianópolis-SC. Na população mais jovem (18-29 anos), verificou-se efeito protetor da escolaridade para homens em cinco grandes regiões e para as mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Em estudo subsequente, a frequência de fumantes variou entre 8,3% em Salvador-BA e 20,0% em Rio Branco-AC. No conjunto da amostra, a frequência de fumantes foi de 15,1%, sendo maior no sexo masculino (17,9%) do que no sexo feminino (12,7%). Entre homens, a frequência de fumantes se mostrou relativamente estável dos 25 aos 64 anos de idade, declinando intensamente entre aqueles com idade inferior a 25 (12,7%) ou superior a 65 anos de idade (10,6%). Entre mulheres, a frequência de fumantes tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos (de 12,4% na faixa etária 18-24 anos para 16,4% na faixa etária 45 a 54 anos) e a declinar nas faixas etárias subsequentes, chegando a 6,5% entre aquelas com 65 ou mais anos de idade. A frequência do hábito de fumar foi particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (22,3% e 15,5%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a mesma frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade (MONTEIRO et al, 2011).

Dados mais atuais mostram que a frequência de adultos que fumam variou entre 7,8% em Maceió-AL e 22,6% em Porto Alegre-RS. No conjunto da amostra, essa

frequência de foi de 14,8%, sendo maior no sexo masculino (18,1%) do que no sexo feminino (12,0%). Nos dois sexos, a frequência de fumantes tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos. Sendo particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (22,8% e 15,4%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a frequência observada entre sujeitos com 12 ou mais anos de estudo (MONTEIRO et al, 2012).

Segundo Malta et al (2006), analisando os dados de um inquérito populacional na 26 capitais brasileiras mais o Distrito Federal, observa que as prevalências de tabagismo por nível de escolaridade tende a ser superior entre os grupos com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto), em todas as capitais. Em ambos os estudos, a prevalência de fumantes foi maior entre pessoas de baixa escolaridade.

No estudo realizado por Carvalhes et al (2008), foi observado a relação existente entre o consumo de tabaco com a escolaridade, salientando que do total de pessoas que relataram ter o hábito de fumar parcela significativa estava presente em sujeitos com escolaridade menor que oito anos, tanto para homens como para mulheres. Para Longo et al, (2011) as maiores prevalências de tabagismo foram encontradas na faixa de nove a onze anos de estudo para o sexo feminino e na faixa dos cinco a oito anos de estudo para o sexo masculino.

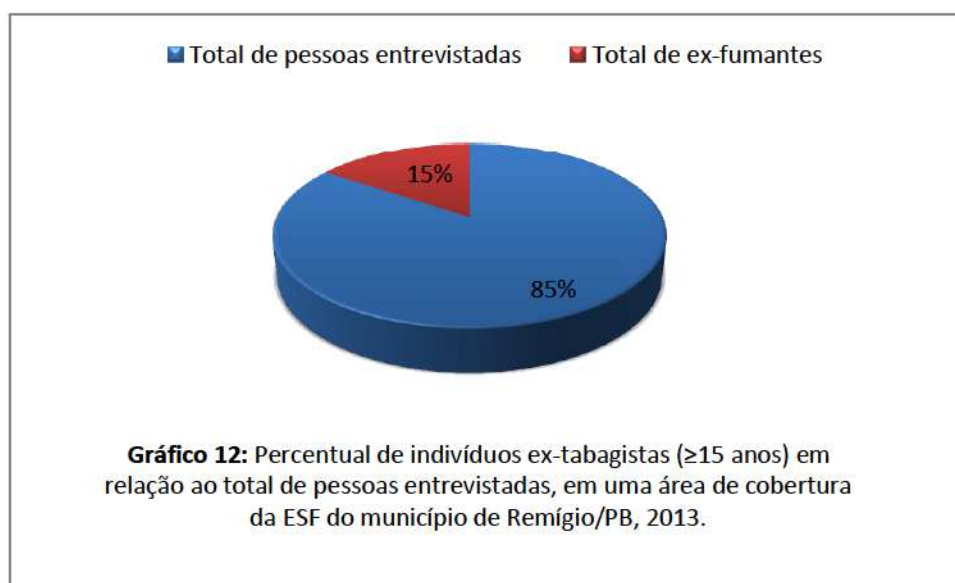
Berto, Carvalhaes, Moura (2011), chama atenção ainda para a relação do tabaco com demais problema, observando que o consumo de tabaco estava presente também em pessoas baixo peso, sedentarismo ou obesos e que não praticavam atividade física no lazer entre ambos os sexos. Cabendo assim destacar a associação entre o baixo peso e o tabagismo, em homens e mulheres, condição que também expõe os indivíduos ao maior risco de morbidade e mortalidade por DCNT. Embora parcela da população adulta com baixo peso seja pequena, os serviços de saúde devem atentar para a possível associação desta condição com o tabagismo e priorizá-los para encaminhamento aos serviços de cessação deste hábito.

Em síntese, apesar dos malefícios que o tabaco traz, as estimativas revelam que o perfil de consumo de tabaco na maior parte das regiões brasileiras é razoavelmente baixo, mas não diferentemente preocupante. Em relação ao sexo, nos padrões analisados o sexo masculino apresentou considerável relevância em relação ao sexo feminino, porém esse percentual não foi tão superior. Nesse estudo, todavia percebemos um efeito inverso, talvez, devido ao fato de grande parte da amostra ser constituída por mulheres.

Em relação à idade, observa-se nos estudos, que o consumo de tabaco tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos, porém nesse estudo, essa frequência só foi observada em pessoas entre 37-47. Em relação à escolaridade, as estimativas sugerem que esse hábito é verificado em indivíduos com menores níveis de escolaridade para ambos os sexos, corroborando com os dados da amostra. Ademais, foi identificado que do percentual de fumantes, estes apresentaram tanto sobrepeso, obesidade, como eram eutróficos, faziam considerável uso de bebidas alcoólicas, quase o total de entrevistados não tinha hábito de praticar atividade física no tempo livre, além de possuírem baixa renda.

No momento de realização da pesquisa outros dados se mostraram de grande valor, a exemplo de parcela significativa dos entrevistados que referiram não possuir o hábito de fumar, aqui incluindo os vários tipos de tabaco, devido aos malefícios que esse pode acarretar para a saúde, tanto dos fumantes ativos, como dos que são fumantes indiretos, ou seja, fumantes passivos, mostrando, portanto, que os resultados que as políticas de combate ao fumo, bem como as orientações dadas pelos profissionais da saúde e a mídia estão trazendo para a população.

6.0.1.8 Percentual de indivíduos ex-fumantes



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Em relação ao número de pessoas que já fumaram, mas atualmente não fazem uso dessa prática, ou seja, ex-fumantes foi observado que esse quantitativo variou de 14% para 73% do total de indivíduos entrevistados, o que equivale a onze pessoas ex-fumantes e cinquenta e um sujeitos entrevistados (Gráfico 12). Desse percentual, 27% são do sexo

masculino e 23% são do sexo feminino. A frequência de indivíduos que declararam ter abandonado o hábito de fumar entre os homens foi verificado apenas após os 48 anos, ou seja, do total de indivíduos entrevistados do sexo masculino que relataram ter abandonado o hábito de fumar todos apresentaram idade acima de 48 anos. Entre as mulheres, a frequência de ex-fumantes foi observada em idades mais jovens, a partir dos 26-36 anos. Em relação à escolaridade, podemos observar que a frequência de ex-fumantes foi prevalente em indivíduos com menor grau de escolaridade 0-9 anos.

Tal como na frequência de fumantes, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas apenas três dos ex-fumantes relataram possuir esse hábito. Quanto a prática atividade física no tempo livre, apenas quatro entrevistados relataram realizar. Foi observado ainda que do total de fumantes apenas um prática atividade física, frequência bem menor a verificada pelos ex-fumantes que totalizaram quatro pessoas. Em relação à renda, do total de sujeitos fumantes, a maioria apresentou renda entre menos de um a dois salários mínimos (Gráfico 23).

Segundo Monteiro et al (2010), analisando o conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas pelo VIGITEL, observou que a frequência de ex-fumantes variou entre 17,9% em Maceió-AL a 32,6% em Rio Branco-AC. Entre homens, a frequência de indivíduos que declararam ter abandonado o hábito de fumar aumentou intensamente com a idade: ex-fumantes representam 17,5% do total de homens entre 18 e 24 anos e 52,3% entre aqueles com 65 e mais anos de idade. Situação semelhante à encontrada no sexo feminino: 8,1% de ex-fumantes na faixa etária 18-24 anos e quase 30% nas faixas etárias a partir dos 45 anos de idade. Tal como no caso da frequência de fumantes atuais, a frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade.

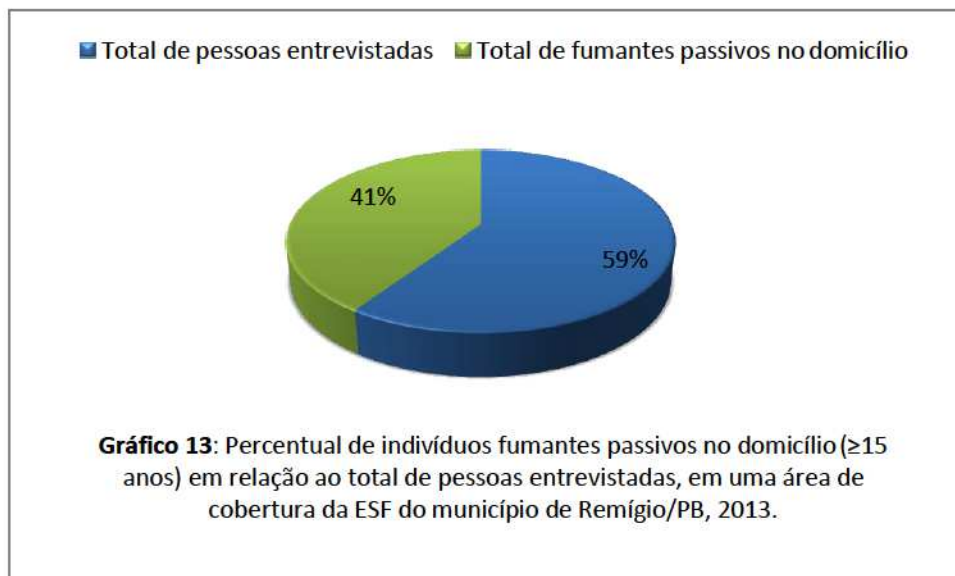
Dados posteriores mostram que a frequência de adultos que declararam ter fumado no passado variou entre 18,6% em Maceió-AL a 30,0% em Rio Branco-AC. No conjunto da amostra, a frequência de ex-fumantes foi de 22,0%, sendo maior no sexo masculino (26,0%) do que no sexo feminino (18,6%). Entre homens, a frequência de ex-fumantes aumentou com a idade: ex-fumantes representam 13,3% do total de homens entre 18 e 24 anos e 56,7% entre aqueles com 65 e mais anos de idade. Situação semelhante à encontrada no sexo feminino: 11,2% de ex-fumantes na faixa etária 18-24 anos e quase 30% nas faixas etárias a partir dos 45 anos de idade. Tal como no caso da frequência de fumantes atuais, a frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade.

Já estudos mais recentes indicam que a frequência de adultos que declararam ter fumado no passado variou entre 16,5% em Aracaju-SR e 29,0% em Rio Branco-AC. Entre os homens, a frequência de sujeitos que declararam ter abandonado o hábito de fumar tendeu a aumentar com a idade: ex-fumantes representaram 11,4% dos homens entre 18 e 24 anos de idade e 52,6% após os 65 anos de idade. Entre as mulheres, a frequência de ex-fumantes aumentou de 11,1%, entre 18 e 24 anos de idade, para 30,0% entre 55 e 64 anos de idade, reduzindo-se na faixa etária de 65 anos ou mais (24,3%). Tal como no caso da frequência de fumantes atuais, a frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade.

Ademais, Berto, Carvalhes, Moura (2011), acrescenta que do total de sujeitos fumantes e ex-fumantes, os fumantes fazem atividade física com menor frequência do que os ex-fumantes, dado também verificado nessa amostra. Chamou a atenção que a proporção de pessoas que fazem atividade física em três ou mais dias por semana foi maior nos ex-fumantes do que no grupo dos que nunca fumaram, tanto em homens quanto em mulheres, percentual também verificado no estudo (Dados não expostos). A maioria dos dados expostos nos estudos acima, com exceção do sexo, também se mostraram semelhança nessa amostra, corroborando com as estimativas para a região brasileira.

6.0.1.9 Frequência de fumantes passivos no domicílio

Assim como o hábito de fumar provoca danos à saúde das pessoas fumantes ativas, nos indivíduos não fumantes, mas que convivem com fumantes, ou seja, os fumantes passivos, esses danos não são diferentes. Estudos mostram que os fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco têm 30% a mais de risco para desenvolver câncer de pulmão e 24% a mais risco para desenvolver doenças cardiovasculares, além de outras patologias, do que os indivíduos não-fumantes não expostos. Desses percentuais as mulheres e as crianças são os grupos mais vulneráveis, em função da exposição passiva no ambiente doméstico (VASCONCELOS, 2010).



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Logo, a frequência de sujeitos fumantes passivos no domicílio para essa amostra, variou de 41% para 59%, do total de pessoas entrevistadas, ou seja, quarenta e uma são fumantes passivos, dado de grande relevância (Gráfico 13). Desse quantitativo, 17% são do sexo masculino e 33% são do sexo feminino, representado quatorze homens e vinte e sete mulheres. No conjunto da amostra, a frequência de fumantes passivos no domicílio tendeu a ser maior nas faixas etárias de 26 a 47 anos de idade, para os homens e 15-47 para as mulheres. Quanto à escolaridade, observou-se predomínio de fumantes passivos em homens e mulheres com menor de escolaridade, 0-9 anos.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, dezoito dos fumantes passivos relataram possuir esse hábito. Quanto à prática atividade física no tempo livre, apenas onze entrevistados relataram realizar. Em relação ao consumo de frutas e hortaliças, apenas dois indivíduos apresentaram consumo regular desses alimentos. Em relação à renda, do total de indivíduos fumantes passivos, a maioria, trinta e sete entrevistados apresentou renda entre menos de um a dois salários mínimos.

Segundo Monteiro et al (2010), a frequência de pessoas fumantes passivos no domicílio para as 27 cidades brasileiras, variou entre 10,2% em Campo Grande-MS e 18,1% em Cuiabá-MG. A frequência de fumantes passivos foi semelhante nos dois sexos em todas as cidades. Entre os homens, as maiores frequências foram observadas em Rio Branco-AC (18,1%), Cuiabá-MG (16,3%) e Belo Horizonte-MG (16,1%) e, entre as mulheres, em Cuiabá-MG (19,6%), Boa Vista-PB (19,1%) e Belém-PR (18,7%). No conjunto da amostra, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 13,3%, não havendo diferenças significativas entre homens e mulheres. A frequência de fumantes

passivos no domicílio tendeu a diminuir com a idade, principalmente entre os homens, e a ser menor, em ambos os sexos, para sujeitos com escolaridade superior.

Dados posteriores mostram que a frequência de pessoas fumantes passivos no domicílio tendeu a diminuir, variando entre 5,8% no Distrito Federal-BR e 17,9% em Porto Velho-RO. Entre os homens, as maiores frequências foram observadas em Macapá-AP (13,8%), Porto Velho-RO (13,6%) e Maceió-AL (13,5%) e, entre as mulheres, em Porto Velho-RO (22,0%), Fortaleza-CE (18,6%) e Natal-RN (17,6%). No conjunto da amostra, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 11,7%, sendo maior entre as mulheres (13,3%). A frequência de fumantes passivos no domicílio tendeu a ser menor, em ambos os sexos, para indivíduos com maior grau de escolaridade (MONTEIRO et al, 2011).

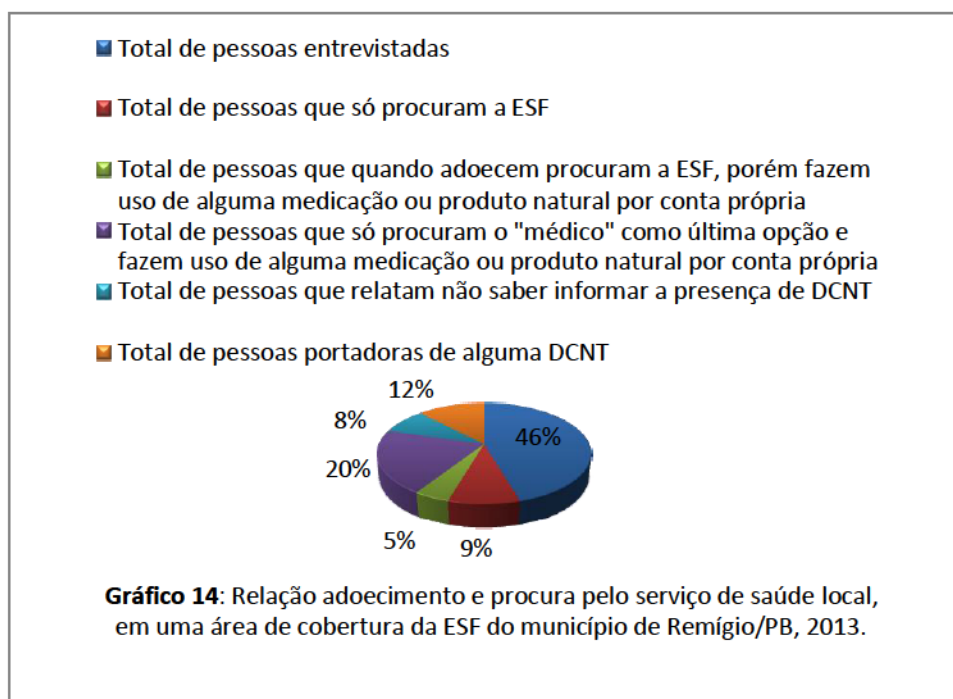
Estudo mais atuais mostram que a frequência de pessoas fumantes passivos, no domicílio, variou entre 9,0% em Maceió-AL e 16,7% em Macapá-AP. Entre os homens, as maiores frequências foram observadas em João Pessoa-PB (15,4%), Boa Vista-PB (14,8%) e Macapá-AP (14,4%); e, entre as mulheres, em Macapá-AP (18,8%), Recife-PE (17,4%) e Teresina-MA (16,7%). No conjunto da amostra, a frequência de fumantes passivos, no domicílio, foi de 11,8%, sendo maior entre mulheres (13,3%) do que entre homens (10,1%). A frequência de fumantes passivos no domicílio diminuiu a partir dos 35 anos de idade, em ambos os sexos, e tendeu a ser menor entre os sujeitos com mais de 12 anos de escolaridade (MONTEIRO et al, 2012).

Portanto, após análises dos dados podemos concluir que para esse estudo, o percentual de fumantes passivos no domicílio foi superior ao total de sujeitos fumantes e ex-fumantes. Estes também foram mais prevalentes no sexo feminino, dados também observados nas amostras anteriores. Em relação à escolaridade, o percentual de fumantes passivos foi maior em pessoas com menores níveis de escolaridade, dados observados para todas as amostras. O percentual de fumantes passivos tendeu a diminuir com a idade, sendo mais prevalente em idades mais jovens. Além disso, parcela dos fumantes passivos relatou possuir o hábito de consumir bebidas alcoólicas, praticar alguma atividade física no tempo livre e não consumir quantidades adequadas de frutas e hortaliças. Em relação à renda, a maior parte dos indivíduos fumantes passivos, possuía baixo poder aquisitivo.

7.0. CATEGORIA III: FATORES RELACIONADOS AO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

7.0.1. Subcategoria: Relação adoecimento e procura pelo serviço de saúde local

Para iniciarmos as discussões referentes à segunda parte do estudo, as quais serão abordadas mais de forma qualitativa, optamos por trazer questionamentos de suma importância que fazem analogia com a prevenção das DCNT. Esses questionamentos remetem para como a população da amostra reage à procura do serviço público local (Estratégia de Saúde da Família) quando em fase de adoecimento, bem como investigamos a presença portadores de DCNT nessa amostra. Para essa análise, utilizamos as questões 45 e 46.



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Deste modo, a partir da amostra foi identificado que a constância de pessoas que procuram o serviço de saúde local, aqui verificado como a ESF, quando em fase de adoecimento variou numa frequência de 5% para 46% do total de sujeitos entrevistados. Sendo 5% correspondente ao número de pessoas que procuram a ESF quando adoecem (fazendo uso de alguma medicação ou produto natural em situações, para eles, de simples resolução), 9% sendo representado pelo quantitativo de pessoas que só procuram a ESF quando em fase de adoecimento, e 20% correspondente ao número de indivíduos que só procuram o “médico” como última opção, fazendo uso de automedicação de forma indiscriminada quando doentes. Ademais, 8% relataram não saber informar a presença de DCNT e 12% são portadoras de DCNT (Gráfico 14).

Por tanto, foi observado que pequena parcela dos entrevistados procura o serviço de saúde local, aqui verificado como a ESF, quando em fase de adoecimento. Um quantitativo

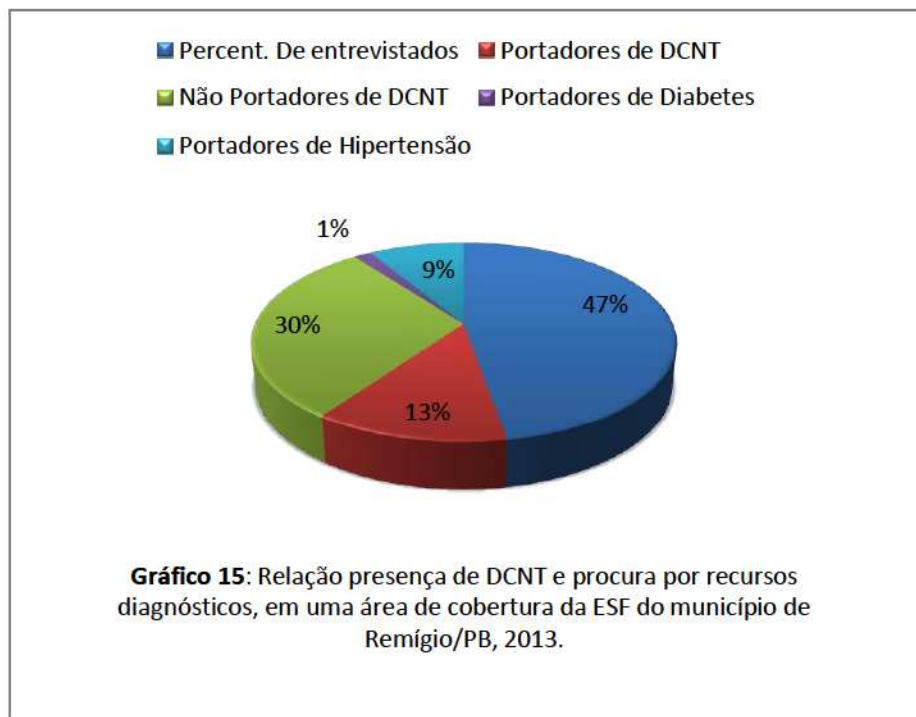
maior relatou só procurar o “médico” como última opção, fazendo uso de automedicação tanto alopática, como natural por conta própria. Bem como, parcela não sabe informar o seu estado de saúde (se é portador ou não de doença crônica) quando nos referimos à presença de DCNT, ou parcela já são portadores de DCNT.

Em conjunto esses dados nos sugerem que desse quantitativo, se parcela considerável não procura o serviço de saúde quando em fase de adoecimento provavelmente não irão procurar a ESF para a investigação (prevenção) de doenças de cunho silencioso, como e o caso das DCNT, aumentando, por conseguinte as chances de desenvolvê-las. Portanto, sendo necessário que as equipes de saúde da família estejam atentas para o risco que a população está exposta, por não procurar o serviço de saúde local; só procura o médico em última opção; mostraram não saber informar o seu estado de saúde; bem como parte já são portadores de DCNT.

Sendo necessário, deste modo, que os profissionais da saúde possam estar mais envolvidos com suas comunidades, conhecendo melhor o seu perfil, identificando os aspectos sociais e culturais que envolvem a ocorrência desses fatores. Pois, os benefícios oriundos da expansão progressiva da estratégia saúde da família, a qual melhorou consideravelmente o acesso da população a saúde, não pode estagnar, principalmente quando nos voltamos para a prevenção do conjunto de doenças que mais incidem na população atualmente, como é o caso das DCNT.

7.0.2. Subcategoria: Relação presença de DCNT e procura por recursos diagnósticos para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

Nesse seguimento, foram analisadas algumas questões que quando em conjunto nos fornece subsídios para avaliarmos à presença de DCNT e a procura por recursos diagnósticos de simples acesso para a constatação de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica que são disponibilizados na atenção básica. Para essa análise as questões 46, 51, 52 e 53, foram julgadas importantes. A inclusão do questionamento sobre morbidade e procura por recursos diagnósticos permite construir indicadores para o monitoramento de saúde da população nos seus vários domínios, bem como gera um perfil cultural que nos admite predizer a procura pelos serviços de saúde em relação à prevenção dessas doenças. Pois, com o aumento de sua prevalência a prevenção tem sido apontada como uma das principais medidas para impedir o desenvolvimento destas doenças na idade adulta.



FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Deste modo, do quantitativo estudado foi identificado que apesar de parte dos indivíduos entrevistados relatarem não serem portadores dessas patologias até o momento, ou seja, 30% para 47% do total de indivíduos entrevistados. Grande parcela destes, já verificaram a pressão arterial ou glicemia. Todavia, o interessante observar é que segundo alguns relatos, no momento da pesquisa, estes entrevistados o fizeram, ou seja, verificaram a pressão arterial ou glicemia e até já realizaram outros exames mais específicos não com a finalidade preventiva, mas por outros motivos por ex.: quando o indivíduo se sente mal (apresentam alteração no estado de saúde), como indicação cirúrgica, para acompanhamento gestacional, em caso de acidentes automobilísticos etc. Ademais, do quantitativo analisado, é importante observar que 13% são portadores de DCNT, equivalendo a dezesseis entrevistados, 1% é portador de Diabetes, o que equivale a um indivíduo, e 9% é portador de Hipertensão arterial, o que equivale a onze pessoas (Gráfico 15).

Mais recentemente, com objetivo de monitorar a frequência de Hipertensão arterial e a Diabetes na população brasileira, foram desenvolvidos inquéritos telefônicos de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (VIGITEL), realizado nas 27 capitais brasileiras com pessoas de 18 anos ou mais de idade.

Monteiro et al (2012), por exemplo, analisando o conjunto da amostra nas 27 capitais brasileiras, verificou que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%).

Esse percentual tornou-se mais comum com a idade, para ambos os sexos, mais marcadamente para as mulheres, alcançando 5,9%, entre os 18 e 24 anos de idade, e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Em relação ao diagnóstico médico prévio de diabetes, foi observado que essa frequência variou de 5,6%, sendo de 5,2% entre homens e de 6,0% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com a idade, a partir dos 45 anos para homens e a partir de 35 anos para as mulheres.

Schlmidt et al (2011), menciona que apesar da hipertensão, fator que leva a maior parte das complicações e mortes por doenças cardiovasculares, ser uma doença tratável, atuando como um importante marco, passível de ser medido clinicamente no caminho causal que leva a doença cardiovascular sintomática. Esta patologia precisa ser monitorada, pois a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva, por sua vez, cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% para doença cardíaca isquêmica e 32% para doença cerebrovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

Com base em dados da OMS uniformemente padronizados, a taxa do Brasil foi maior que a relatada pela maioria dos países norte-americanos e europeus (por exemplo, 179 por 100.000 para os EUA, 175 por 100.000 para o Reino Unido e 200 por 100.000 para Portugal). Sabe-se que a hipertensão arterial está associada à origem de muitas DCNT e é, portanto, uma das causas mais importantes de redução da qualidade de vida e da expectativa de vida (VASCONSELOS, 2010).

A diabetes mellitus é considerada, atualmente, uma epidemia mundial, tornando-se um grande desafio para todos os sistemas de saúde. No Brasil, estima-se um contingente populacional de seis milhões de portadores de diabetes. O grande impacto econômico da diabetes decorre também dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no SUS. Enquanto morbidade, a carga associada à diabetes esta documentada nos dados dos mais de 1,6 milhão de casos registrados: 4,3% dos casos registrados tinham transtorno do pé diabético e 2,2% uma amputação prévia, 7,8% tinham doença renal, 7,8% haviam tido infarto do miocárdio e 8,0% haviam tido derrame (SNS et al, 2011).

Um aumento no número de casos de diabetes vem sendo observado em vários países em desenvolvimento e tem como determinantes as transições demográficas e nutricionais em curso. Todavia, o monitoramento dessas doenças, só foi iniciado no Brasil em 2002 com o registro nacional de diabetes e hipertensão, Sis Hiperdia (SCHLMIDT et al, 2011).

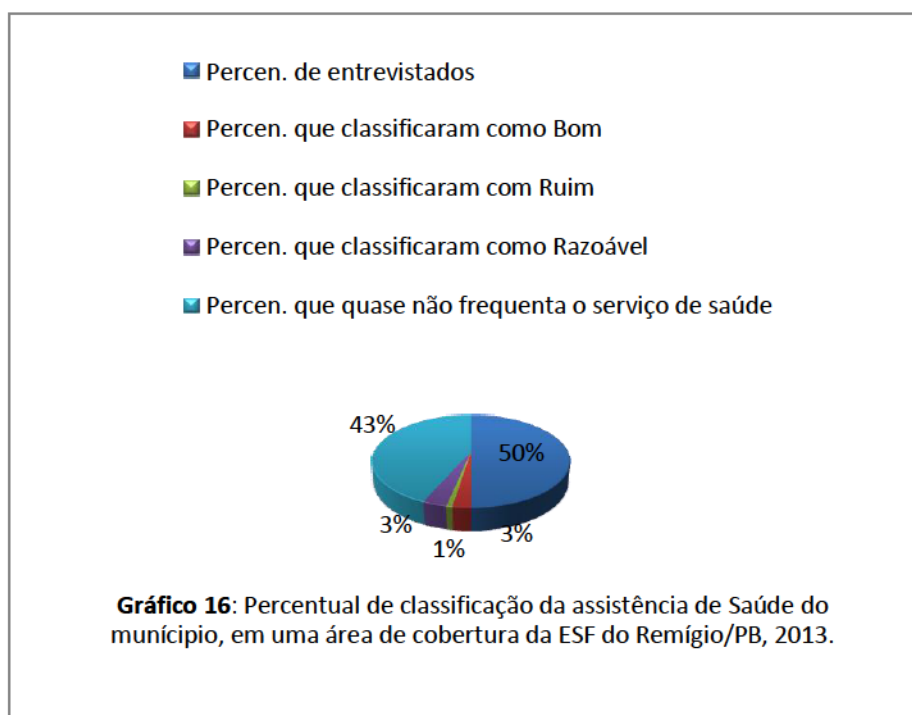
Logo, o conhecimento das estimativas de prevalência dessas morbidades é fundamental, a fim de que seja possível estabelecer políticas públicas específicas de prevenção e atenção à saúde, voltadas para estes problemas (COSTA; THULER, 2012). Sendo de suma importância a procura por serviço de saúde para a sua investigação (SCHLMIDT et al, 2011).

Por conseguinte, exames preventivos de rotina nos serviços de atenção básica é uma abordagem recomendada para prevenção de doenças crônicas. As avaliações essenciais incluem: aferições da pressão arterial sanguínea; cálculo do índice de massa corporal; perfil lipídico; glicose no sangue. Além disso, informações atuais sugerem que se deve realizar a triagem precoce para detectar pré-diabetes em pessoas com excesso de peso, acima dos quarenta e cinco anos de idade. Para pessoas com diagnóstico diabetes, as intervenções incluem o controle do açúcar no sangue, acesso a insulina para quem necessita controle da pressão sanguínea (com ou sem medicamento) e cuidado dos pés para prevenir amputações (OPAS, 2007).

Para Barceló et al (2011), é relevante organizar as atividades de prevenção e diagnóstico precoce segundo o ciclo de vida, porque, embora as doenças crônicas em geral sejam mais comuns depois dos 50 anos, a exposição a determinados fatores de risco começa mais cedo. Exemplo disso é o que ocorre com a exposição ao tabaco, ou a iniciação no tabagismo, a alimentação não saudável, o consumo nocivo de álcool e o sedentarismo. É cada vez mais evidente que a obesidade pode começar cedo, inclusive na infância; que a hipertensão arterial começa a ser frequente nos homens depois dos 30 anos e uma década depois nas mulheres; que o perfil lipídico e a glicemia podem começar a alterar-se nos adultos jovens e que determinados tipos de câncer, particularmente em indivíduos de alto risco e com antecedentes familiares, requerem uma estratégia de triagem precoce.

7.0.3 Subcategoria: Autoavaliação do serviço de saúde referente à prevenção das DCNT

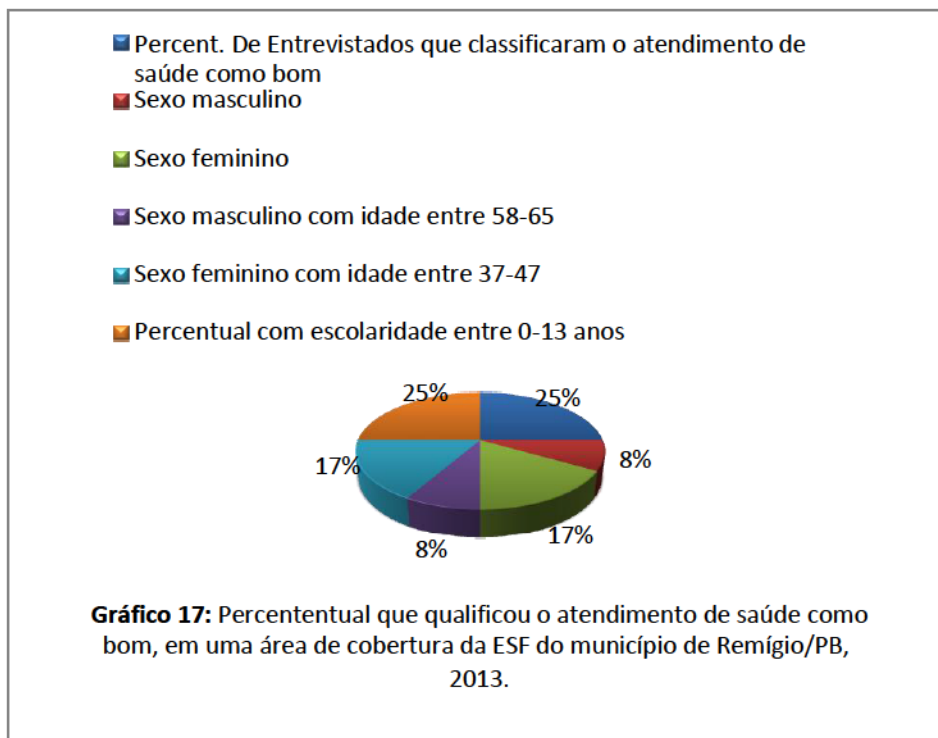
Para analisar esse item, denominamos autoavaliação do serviço de saúde, a percepção que o sujeito relata possuir em decorrência da qualidade da assistência de saúde referente à prevenção das DCNT que é disponibilizado em sua localidade. Nesse estudo, esse indicador/fator pode revelar forte correlação com o risco de morbidade a qual a população está exposta, por não considerar suficiente a assistência prestada, o que tem forte relação com a gênese dessas doenças. A análise desse questionamento caminha no sentido de oferecer uma nova compreensão sobre os determinantes sociais da saúde que contribuem para a manutenção de morbidades por DNCT no contexto preventivo.



FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

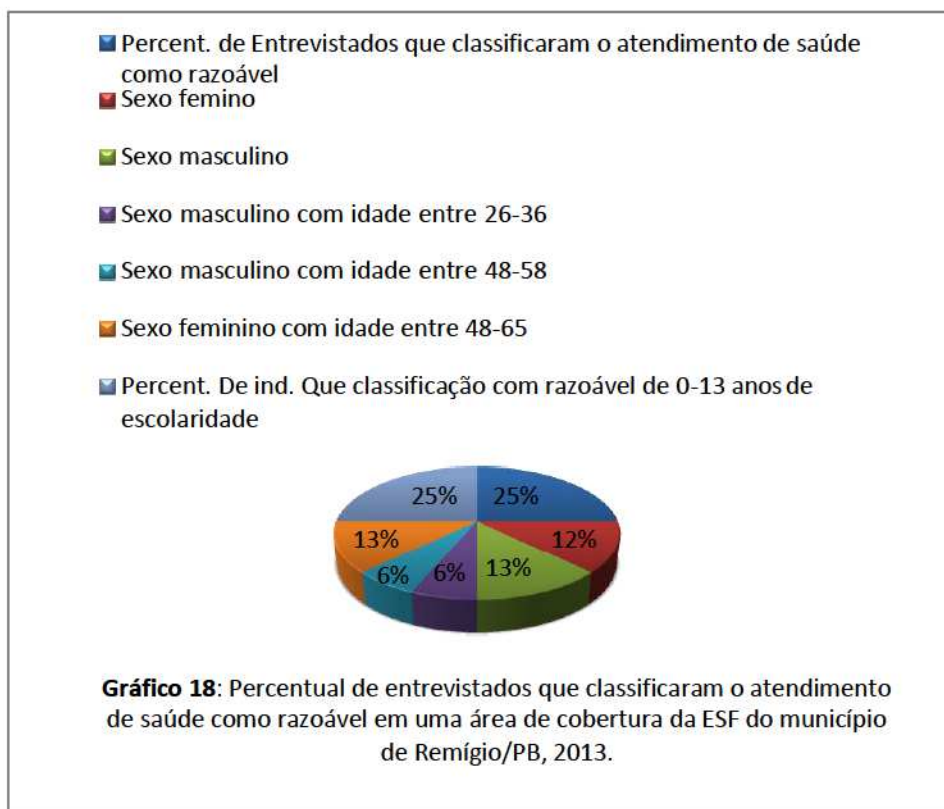
Dessa forma, observamos que a frequência de pessoas que avaliaram a qualidade do atendimento/assistência de saúde do seu município (nos últimos quatro anos) referente à prevenção das DCNT variou de 3% para 50% do total de indivíduos entrevistados. Desse quantitativo, 3% qualificam o atendimento de saúde do seu município referente à prevenção de DCNT como bom (três entrevistados), 1% define como ruim (um entrevistado), 3% como razoável (quatro entrevistados), e 43% (cinquenta e dois entrevistados) quase não frequentam o serviço de saúde do seu município, por isso não deram sua opinião, dado que chamou bastante atenção na amostra (Gráfico 16).

Em relação aos sujeitos que qualificaram o atendimento/assistência de saúde do seu Município (nos últimos quatro anos) referente à prevenção das DCNT, como bom, ruim e razoável, esse perfil apresentou variações referentes ao sexo e idade.



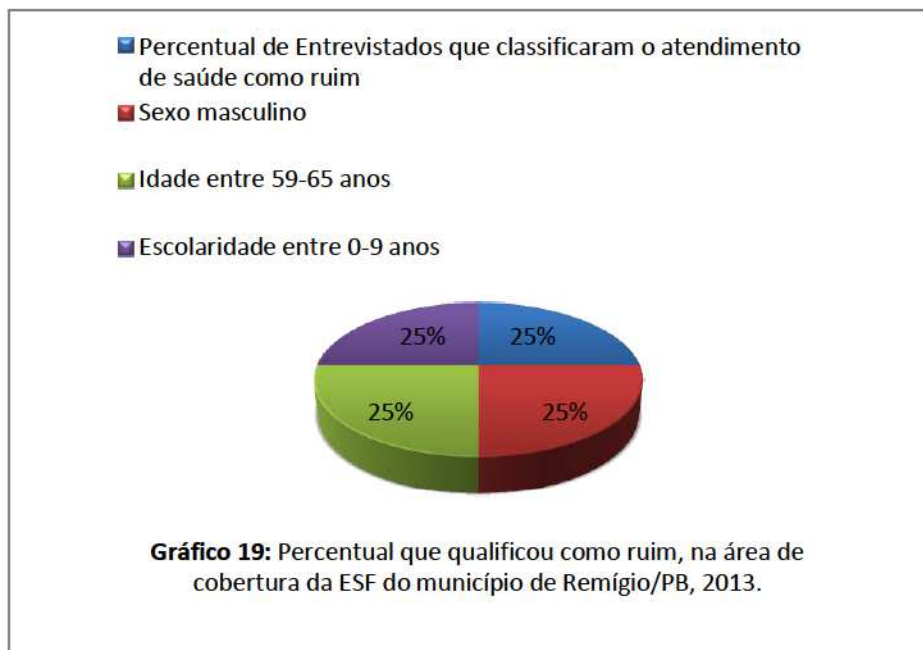
FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Dos sujeitos que classificaram como bom (Três), dois era do sexo feminino e um do sexo masculino. Os entrevistados do sexo feminino tinham idade entre 37-47; o do sexo masculino tinha idade entre 58-65 anos. Em relação à escolaridade esse percentual variou de 0-13 anos de escolaridade (Gráfico 17).



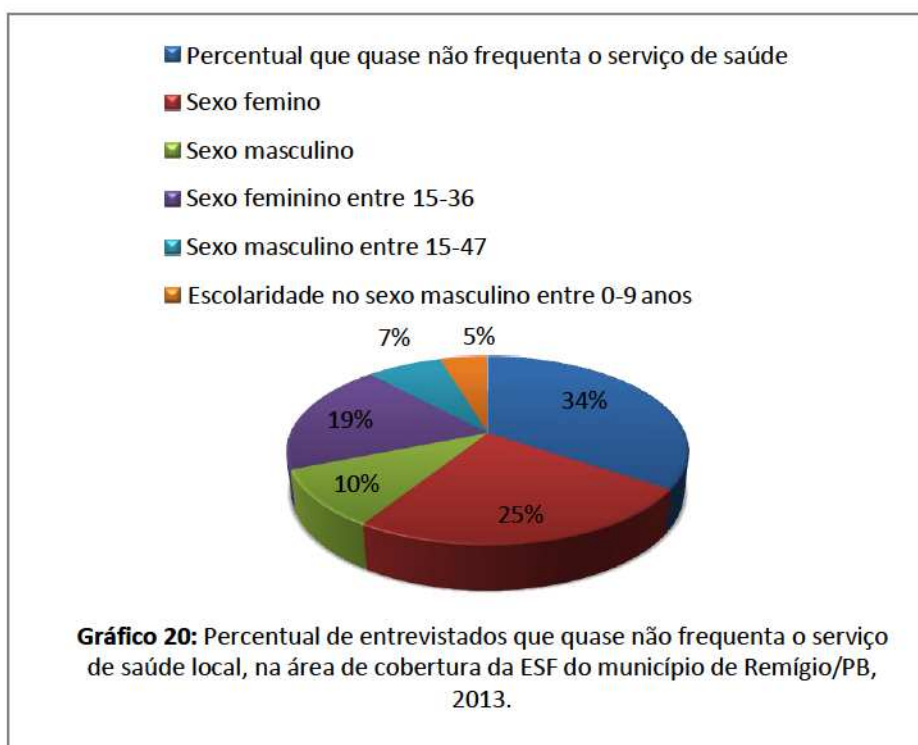
FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Os que qualificaram como razoável (quatro entrevistados), dois eram do sexo masculino e dois eram do sexo feminino. Os sujeitos do sexo masculino, um possuía entre 26-36 anos e outro entre 48-58 anos. Já as do sexo feminino, uma tinha entre 48-58 anos e a outra 59-65 anos. Em relação à escolaridade, os sujeitos que classificaram como razoável, variaram de 0-13 anos de escolaridade (Gráfico 18).



FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Os que classificaram como ruim (apenas um entrevistado), este foi do sexo masculino, possuindo entre 59-65 anos de idade, e escolaridade entre 0-9 anos (Gráfico 19).



FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Dos indivíduos que quase não frequentam o serviço de saúde do seu município no que se refere à prevenção das DCNT, 10% foram do sexo masculino, ou seja, quinze entrevistados e 25% foram do sexo feminino, ou seja, trinta e sete entrevistados. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em idades de 15-47 anos; já no sexo

feminino essa frequência foi perceptível em idades de 15-37 anos. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em pessoas com menores anos de escolaridade, 0-9 anos de escolaridade, já no sexo feminino esse percentual apresentou variações proporcionais para 0-9 e 10-13 anos de escolaridade (Gráfico 20).

Do quantitativo que quase não frequentaram o atendimento de saúde, ou seja, 34%, destes, vinte e nove entrevistados relatam não possuir alguma morbidade crônica (DCNT). Em relação aos indivíduos que possuem alguma morbidade crônica, onze destes também quase não frequentavam o serviço de saúde. Dos que qualificaram como: bom, ruim e razoável, três eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, ou seja, cinco indivíduos eram portadores de alguma DCNT. Ademais, onze entrevistados relatam não saber informar seu estado de saúde em relação a possuir ou não DCNT.

Podemos observar ainda, que do quantitativo de indivíduos que referiu não frequentar o serviço de saúde de sua localidade, a maioria possuía algum comportamento considerado de risco para a etiologia das DCNT, em relação: Ao baixo consumo de hortaliças, vinte e quatro dos sessenta entrevistados consumiam entre 1 a 2 ou quase nunca; vinte dos sessenta entrevistados consumiam furtas de 1 a 2 ou quase nunca; Em relação ao hábito de fumar, quatorze dos entrevistados relataram fumar; No que diz respeito ao consumo de álcool, dezessete dos sessenta entrevistados relataram possuir o hábito de consumir bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por mês; trinta e sete do total de entrevistados apresentaram nível de escolaridade entre 0-9 anos; trinta e oito indivíduos, possuem renda até um salário mínimo; dezenove consomem carne e dezoito frango com gordura; Trinta e um quase nunca consomem peixe; Quarenta não praticam atividade física; e trinta e um apesar das restrições de alimentos consideram sua alimentação saudável (dados não expostos nessa amostra).

Outro dado que chama atenção, foi que do quantitativo de entrevistados que quase não procuram o serviço de saúde para investigar sobre a prevenção das DCNT. Quase todos os entrevistados relataram, no momento da coleta, não procurar o serviço de saúde, pois não apresentavam nenhum sintoma que se associassem a presença de doenças crônicas. Sugerindo, por tanto, a maior probabilidade de desenvolvimento de DCNT por estes entrevistados, caso nenhuma intervenção ocorra.

Pois, sabemos que as doenças crônicas, são patologias de cunho silencioso e levam décadas para estarem completamente estabelecidas, manifestando seus primeiros sintomas, quando muitas vezes já estão estabelecidas ou quando em fase de complicações decorrentes dessas condições (MENDES, 2012; CUPARRI et al, 2009; MALTA et al,

2011). Agravante observado, é que do quantitativo que quase não frequentaram o atendimento de saúde, parcela relevante relatam não possuir alguma morbidade crônica (DCNT), estando, portanto, também susceptíveis.

Em relação aos participantes que possuem alguma morbidade crônica, parcela destes também quase não frequentam o serviço de saúde, facilitando com isso o risco de complicações por estas doenças. Ademais, onze pessoas relatam não saber informar seu estado de saúde em relação a possuir ou não DCNT, o que sugerem que estes também não procuram investigar essas morbidades, estando igualmente exposto.

Deste modo, no conjunto da amostra, os dados observados sugerem que medidas de caráter emergenciais precisam ser tomadas na população local, apontando para estratégias que visem informar como se origina o desenvolvimento dessas patologias, a fim de evitar sua instalação. Os profissionais da saúde, principalmente o Enfermeiro, deve esta atento para os fatores culturais que muitas vezes impedem ou facilitam determinados comportamentos, criando dispositivos de combate para essa problemática, pois com o número cada vez mais frequente de DCNT essa população não pode ficar a margem das doenças crônicas.

7.0.4 Subcategoria: Fatores para a qualificação dos serviços de saúde locais/ fatores para o melhoramento da saúde no sentido DCNT

Adicionalmente, no conjunto da amostra estudada, em relação aos sujeitos que frequentavam o atendimento de saúde do seu município foi interrogado quais os fatores que levaram eles a qualificar da forma referida (Questão 56). Alguns relatos chamaram bastante atenção e merecem ser destacados a seguir nesse estudo. Inicialmente, serão reveladas algumas falas de duas participantes sobre porque elas consideram o atendimento de saúde como bom, para posteriormente prosseguir com as demais classificações e, dessa forma, produzir a compreensão de como se da essa assistência.

Dessa forma, após ler e interpretar a questão 56 uma entrevistada responde:

“Acho bom, por que pelo menos comigo o pessoal do posto me atende bem, eles respondem as minhas perguntas”. E 1.

Após ler a questão e pedir ajuda para interpretar outra entrevistada responde:

“O Médico me escuta e tira as minhas dúvidas e me orienta quando eu vou para o posto fazer consulta com o meu marido”. E 2.

Apenas um entrevistado classificou o atendimento como ruim, vejamos sua opinião:

“É ruim por que deixa muito a desejar, no controle quando eu ia davam mais importância a ver minha pressão do que o que eu falava, e também demorava muito para atender agente, aí não vou mais”. E 3.

Em relação aos que achavam a assistência razoável podemos perceber que:

“Digo isso, porque na secretaria de saúde demora muito para marcar e receber os exames que o médico pede e uns aqui não faz”. E 4.

Outro entrevistado responde:

“Não dão orientações direitinho de como agente faz para não ter essas doenças, não acredito muito nessa consultas, são muito ligeiras”. E 5.

Mais um:

“O pessoal do posto não trata agente ruim, mas ainda falta fazer mais investimentos para a saúde melhorar”. E 6.

Em relação ao que os entrevistados acham que poderia feito para o melhoramento da saúde do seu município (questão 58) alguns deram sua opinião. Começaremos com os entrevistados que classificaram o atendimento como bom:

“Deveria adiantar mais a marcação e resultados dos exames que o médico pede, aqui também precisa de um médico de coração para atender agente, pois tem muita gente com problema em Remígio, e ainda um SAMU por que quando agente adoce só pode ir para Campina”. E 7.

Outro usuário responde:

“Tinha que ter um pronto-atendimento para atender o povo e também apresar os exames que agente faz para saber como estão às taxas”. E 8.

O entrevistado que classificou o atendimento como ruim diz:

“Era bom que explicassem as coisas divagar para agente entender como faz para não adoecer dessas doenças e abraisse de novo o hospital”. E 9.

Os entrevistados que classificaram como regular mencionaram:

“Devia ter mais equipamento para fazer exame aqui, adiantar os exames e o povo deveria ir mais ao posto para saber o que é que tem de doença”. E 10

Outro entrevistado diz:

“Tinha que apresar os exames para agente não esperar tanto”. E 11.

Uma resposta chamou bastante atenção, pois apesar do grau de escolaridade, ensino fundamental incompleto, que o entrevistado possui ele menciona:

“Os políticos tinha que ter mais responsabilidade com o povo, administrar melhor o dinheiro que o governo federal manda para a saúde e também para educação”. E 12.

Veremos a opinião de alguns dos entrevistados que embora não freqüentam atualmente o serviço de saúde de sua localidade, um dia já o fizeram e optaram por responder a questão 56. Vejamos algumas respostas:

“Aqui tinha que ter um hospital para atender quem está passando mal com pressão alta e a diabetes também, um médico de coração, e também apresar os resultados dos exames que agente faz porque tem vez que demora demais”. E 13.

Outro participante responde:

“Era bom ter mais informação para o povo porque agente não sabe direito desses problemas, tenho pouco estudo, e também agente deveria cobrar mais”. E 14.

Mais um:

“Queria que tratassem agente melhor quando agente pede para fazer a ficha, e o controle demora muito e só olham se a pressão ta boa e dão remédio, por isso que eu não vou mais”. E 15.

Portanto, a partir dos questionamentos citados acima, é observado que em suma, ainda é preciso progredir para se obter uma assistência qualificada quanto nos referimos à prevenção, proteção e tratamento das DCNT nessa localidade. É importante entre outros eixos que se trabalhe melhor a promoção de saúde, gerando mais informações a partir da criação de grupos de apoio para o combate de DCNT, formulação de palestras, oficinas, rodas de conversa, entre alternativas que mostrem de forma dinâmica como se desenvolvem estas doenças, as complicações que elas podem causar, bem como o que pode ser feito para evitá-las. Além do mais, é importante que se amplie o melhoramento na gestão dos recursos diagnósticos para a prevenção, acompanhamento e tratamento dos portadores de doenças crônicas, visto que questionamentos dessa natureza foram bastante evidenciados.

Um aspecto que deve ser visto com bastante destaque, se refere à alusão que os entrevistados fazem sobre a utilização do serviço de pronto atendimento como uma dos fatores de melhoria dos cuidados crônicos. Contudo, este aspecto precisa ser pensado como uma alternativa que deve está bem integrada aos cuidados crônicos fornecidos pela Estratégia Saúde da Família, para que esse recurso não se torne um passo na direção errada, levando a uma segunda porta de entrada para a atenção primária por meio de um modelo que é inadequado para o cuidado aos portadores de doenças crônicas (SCHMIDT et al, 2011).

As opiniões citadas no texto acima ainda nos remete aos benefícios em que atenção primária tem produzido para a saúde desde a sua criação e expansão para as diversas

regiões do país, sendo inegável que ela tem determinado uma diminuição de morbidades, mortes e internações hospitalares por doenças crônicas sensíveis a atenção primária após sua implementação. Contudo, lacunas relevantes ainda permanecem, principalmente as de cunho preventivo, uma vez que somente agora aspectos importantes do modelo de cuidados crônicos estão começando a ser incorporados no Brasil (SCHMIDT et al, 2011).

Para Barceló et al (2011), a fragmentação da atenção é um problema frequente dos cuidados em saúde, particularmente na atenção às doenças crônicas. A fragmentação dos sistemas, caracterizada por níveis diferentes de acesso e cobertura de serviços de saúde, pelas limitações em medicamentos e de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, tem afetando profundamente o manejo das doenças crônicas, pois estas requerem atenção coordenada e contínua. Ademais, para fornecer assistência eficaz aos portadores de doenças crônicas, são necessárias equipes multidisciplinares de saúde com uma combinação apropriada de habilidades (OPAS, 2007).

Por conseguinte, a gestão das doenças crônicas exige a integração de serviços através de relações fortalecidas entre os níveis primário, secundário e terciário da atenção. A gestão apropriada deve cobrir também prevenção, triagem e detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e assistência paliativa. Isso inclui o acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo serviços de diagnóstico, e acesso a medicamentos essenciais (OPAS, 2012).

Pois, se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, as doenças crônicas, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão de permanentes cuidados e necessária incorporação tecnológica que exigem esses agravos. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das “novas epidemias”, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demande significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável (MALTA et al, 2010).

Para Bocerló et al (2011), a prevenção e o controle das doenças crônicas deve ser centrada para uma atenção no usuário em vez de focalizada na doença específica, caracteriza-se por: Garantir acesso e continuidade dos cuidados; Fortalecer a participação do usuário no plano de cuidados, tornando mais fácil para o usuário expressar as suas preocupações, e mais fácil para o profissional de saúde respeitar os valores, preferências e necessidades dos usuários e proporcionar-lhes apoio emocional, particularmente para aliviar a ansiedade e o temor; Apoiar o autocuidado, o cuidado entre todos os níveis do sistema de saúde, facilitar o estabelecimento de objetivos terapêuticos e aumentar a

confiança do usuário e de sua família no autocuidado; e Estabelecer mecanismos mais eficientes de coordenação e integração entre as unidades.

Portanto, o sistema de saúde brasileiro precisa ser fortalecido para oferecer assistência aos portadores de DCNT mediante a implantação de modelos de atenção a condições crônicas (MENDES, 2012; OPAS, 2012); expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos; maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado; integração entre ações programáticas para doenças crônicas; e aperfeiçoamento da detecção imediata e tratamento de pessoas portadoras de câncer com possibilidades de cura. É necessário ainda, programar estratégias que melhorem as desigualdades em saúde no que se refere aos Determinantes Sociais da Saúde (SCHMIDT et al, 2011).

Entre os desafios, destaca-se o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade, que se traduz na equidade a este acesso, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (SNSS et al, 2011).

É necessário melhorar a acessibilidade e disponibilidade dos serviços e o acesso a medicamentos essenciais e ter equipes multidisciplinares com a combinação apropriada de habilidades nos serviços. É necessário atribuir ênfase à qualidade da assistência para reduzir as barreiras relacionadas a fatores sociais, econômicos e culturais e melhorar a proteção social da saúde, particularmente entre populações vulneráveis.

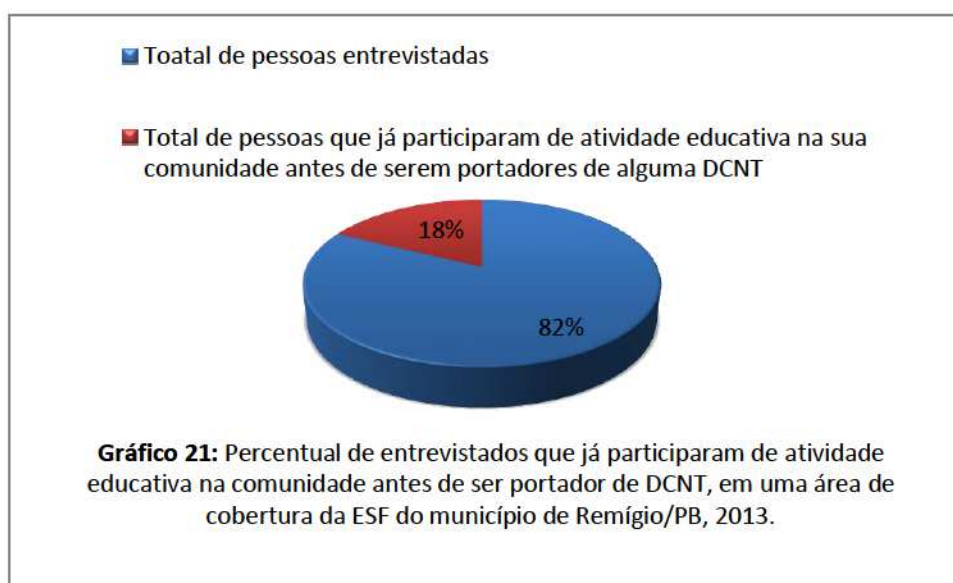
A promoção da saúde é parte essencial de uma abordagem integrada à prevenção e controle de doenças crônicas ela priorizar a promoção da saúde e habilitar os indivíduos e comunidades para que exerçam maior controle sobre sua saúde e os determinantes sociais. Para abordar as necessidades de promoção da saúde, particularmente a promoção de alimentação saudável, atividade física e controle do tabaco (OPAS, 2007).

Chama atenção ainda, que a criação de vínculos com instituições acadêmicas precisam ser expandidos, em parte por uma agenda de pesquisas adequadamente direcionadas, engajando-as no planejamento e nas avaliações em todos os níveis e no treinamento de profissionais de saúde que trabalham no SUS (SCHMIDT et al, 2011).

Assim, como no estudo Longo et al (2011), os presentes dados poderão servir de base para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para a população, especialmente, do município de Remígio/PB, de forma a orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde, buscando a redução do impacto das DCNT nessa localidade.

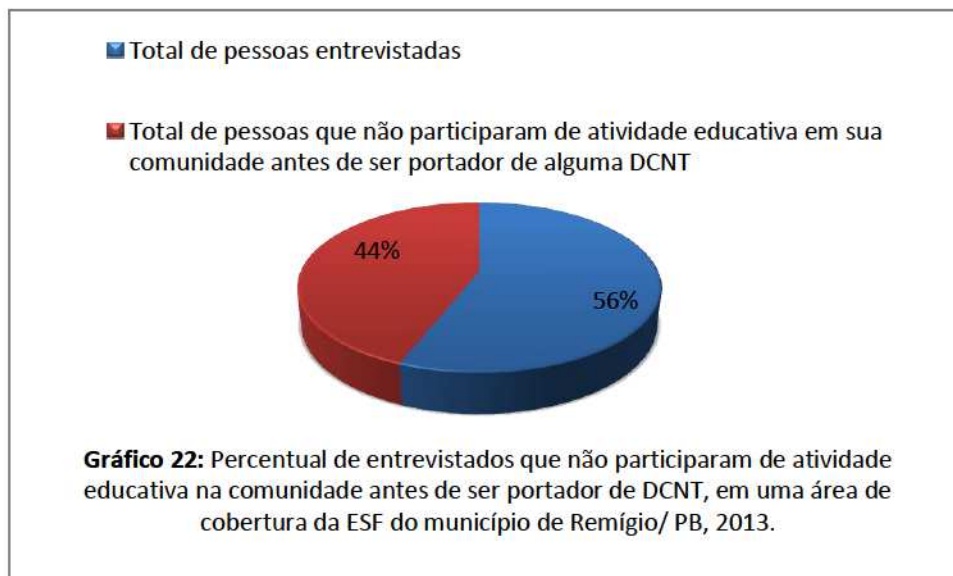
7.0.5 Subcategoria: Participação em atividade educativa na comunidade

Complementando as análises anteriores, a questão 57 traz um questionamento muito importante, no que se refere à prevenção das DCNT. Nela é investigado se os usuários da comunidade estudada já participaram de alguma atividade educativa antes de ter patologias crônicas. E o mais interessante notar é que do total de sujeitos entrevistados que são portadores de alguma doença crônica, a maioria nunca participou de atividade educativa.



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Em relação ao percentual que já participou de alguma atividade educativa na sua comunidade antes de serem portadores de alguma DCNT, essa frequência variou de 18% para 82% em relação ao total de indivíduos entrevistados (Gráfico 21). Este percentual só foi observado no sexo feminino. Quanto à idade, as mulheres que apresentaram faixa etária entre 37-58. Com relação à escolaridade as mulheres apresentaram 0-9 anos de escolaridade.



FONTE: Dados da pesquisa. Remígio, Julho, 2013.

Essa frequência variou de 44% para 56% do total de sujeitos entrevistados (Gráfico 22). Sendo observada em 38% das pessoas do sexo feminino, e 18% do sexo masculino. Quanto à idade, as maiores estimativas para o sexo feminino estavam presentes nas faixas etárias de 15-25, 37-47, e 59-65; entre os homens esse percentual variou em indivíduos de 37-65. Com relação à escolaridade as mulheres apresentaram de 0-12 anos de escolaridade e entre os homens de 0-9 anos de escolaridade.

Portanto, a partir do quantitativo de pessoas entrevistados que participaram de atividade física em sua comunidade, é observado que apesar da Atenção Básica (AB) vir ocupando cada vez mais um lugar de centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco-regionais de saúde, quanto como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal, novos desafios se apresentam particularmente presentes, principalmente no que diz respeito à promoção da qualidade das práticas desenvolvidas pelas equipes, visto que a prevenção e o controle de doenças crônicas devem incluir o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos seus principais fatores de risco (SNS, 2011).

O profissional da saúde desempenha um papel educativo primordial na atenção primária, pois ele através do conhecimento do perfil comunitário pode lançar mão de medidas preventivas que visem informar sobre os principais fatores de risco ao qual a população está exposta. Através dessas medidas, pode apreender todas as classes sociais devendo direcionar um cuidado equitativo aos mais necessitados, grupos de risco, de baixa escolaridade, baixa renda etc. Mais que para isso sobrevenha é preciso que ele compreenda a necessidade desse papel educativo, e incorpore medidas de promoção e proteção junto

com a equipe. Desse modo, ele pode contribuir para a prevenção e redução das DCNT em sua comunidade (THOMÉ, 2012).

De acordo com essa problemática, e com vista a melhorar os cuidados crônicos, visando o incentivo no desenvolvimento de ações educativas/preventivas o MS lança mão do plano de ações estratégias para o enfrentamento de DCNT no Brasil, 2011-2022, entre outros objetivos este visa definir ações e os investimentos necessários para enfrentar e deter o avanço dessa problemática nos próximos dez anos. Por meio do desenvolvimento de ações efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus principais fatores de risco modificáveis ele visa fortalecer os serviços de saúde com ações voltadas para estas doenças.

Por conseguinte, para que esse plano possa trazer ações resolutivas, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para o seu papel diante dessa perspectiva, agindo no sentido preventivo, lançando mão de vários artifícios que possam melhor esclarecer a população dos fatores que contribuintes no desenvolvimento das DCNT, a fim de evitá-los.

Portanto, com a implementação das redes de saúde, de educação e de assistência social poderão ser inseridas medidas promotoras da alimentação adequada e saudável. Tais medidas deverão ser implementadas de forma articulada com o plano nacional de segurança alimentar e nutricional e sintonizadas com a política nacional de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, cuja atualização será concluída.

Configurarão igualmente iniciativas fundamentais a elaboração de plano intersetorial de prevenção e controle da obesidade e a implantação de nova estratégia para o controle e prevenção da anemia ferropriva, bem como enfatizada a vigilância e o controle do déficit de estatura para a idade (SNSS et al, 2011).

Chama atenção ainda, que a implementação bem-sucedida de políticas e programas de doenças crônicas exige esforços conjuntos de múltiplos parceiros e partes interessadas, por exemplo, do serviço social, setores público e privado e setores relacionados à saúde como os setores agrícola, econômico, infraestrutura, comércio, transporte, parques e recreação.

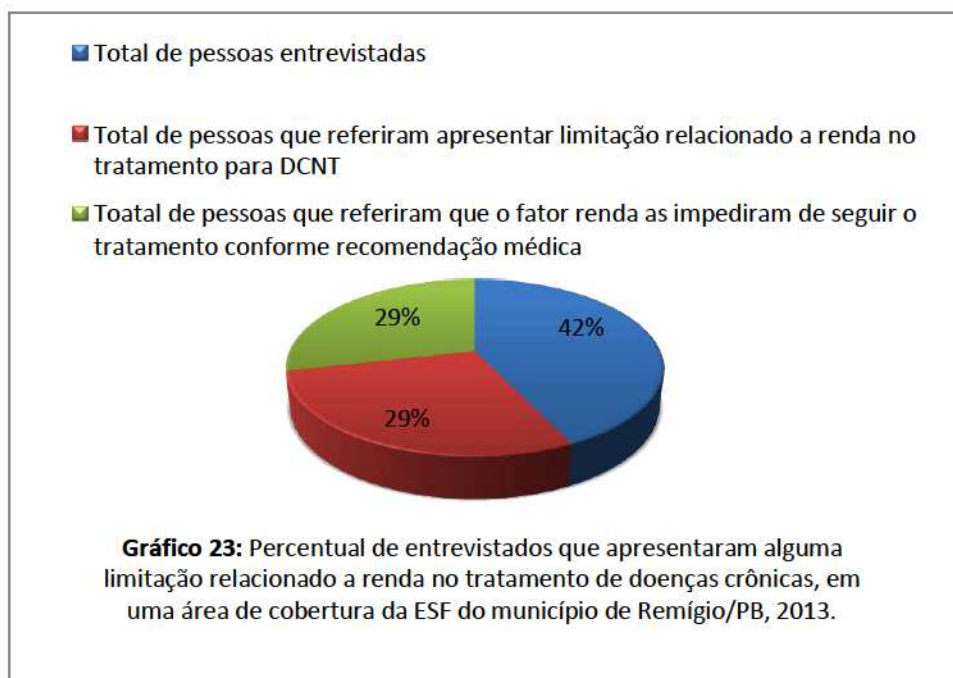
Ademais, exige ação nas esferas governamentais e não-governamentais, incluindo organizações internacionais e multilaterais, e organizações regionais, sub-regionais, nacionais e municipais. Associações profissionais, instituições acadêmicas, sociedade civil, grupos de pacientes e pessoas afetadas por doenças crônicas também possuem papéis importantes para influenciar políticas e programas de doenças crônicas. Essa estratégia irá

facilitar o diálogo e formar parcerias entre esses importantes atores multisetoriais, a fim de se promover uma agenda para cuidados das doenças crônicas e assegurar o envolvimento de partes interessadas no estabelecimento de políticas e programas (OPAS, 2007).

Logo, para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNTs, é necessário conhecer o perfil de exposição populacional aos seus fatores de risco, ou seja, estilos de vida, hábitos, exposições e comorbidades através de pesquisas científicas (COSTA; THULER, 2012).

7.0.6 Subcategoria: Influência do fator renda no tratamento de doenças crônicas

Por conseguinte, finalizamos com um questionamento de suma importância, este se refere à influência que o fator renda exerce quando relacionamos com o tratamento das doenças crônicas. Utilizamos as questões número 7, 59 e 60 para elucidar esse aspecto, pois em conjunto elas nos dão respostas que nos permite correlacionar a situação financeira do entrevistado, aqui observada como um fator de risco para o tratamento de DCNT (bem como aumenta as chances deste apresentar alguma complicação), com alguma limitação que o impediu de seguir o tratamento conforme orientação médica.



FONTE: Dados da pesquisa, Julho, 2013.

Nesse sentido, verificamos que a frequência analisada variou de 29% para 42% do total de pessoas entrevistadas (Gráfico 23). A maioria dos sujeitos que possuía alguma doença crônica, já relatou verbalmente que em vários momentos de seu tratamento o fator

renda os impediram, ou foram decisivos, para seguir o tratamento da forma ideal, o que foi confirmado após a análise do total de entrevistados portadores de DCNT que referiram limitação quanto à renda.

Essa variação foi de 20% para o sexo masculino e 30% para o sexo feminino. Entre o sexo masculino, os indivíduos apresentaram idade de 37-65, já no sexo feminino essa variação foi identificada entre indivíduos de 15-65 anos de idade. Em relação à escolaridade as maiores frequências foram observadas em indivíduos com menores 0-9 anos de escolaridade para ambos os sexos. Para ambos os sexos, a renda variou de menos de um a até dois salários mínimos. Outro aspecto que chama atenção é que a maioria dos entrevistados relata possuir famílias com três a cinco membros (Dados não expostos), o que de certa forma corrobora para a limitação no tratamento diante desse aspecto de análise.

No Brasil, além do aumento que emerge da prevalência por doenças crônicas, há o desafio da coexistência de novos e velhos agravos, uma vez que continuam elevadas as desigualdades regionais proporcionadas pelas diferenças na distribuição de renda, escolaridade e políticas públicas, esses fatores quando associados contribuem para o agravamento do problema das DCNT na população (MARCOPITO et al, 2005).

Há importantes estudos populacionais brasileiros sobre aspectos socioeconômicos e prevalência dos fatores de risco para a DCNT (MONTERIRO et al, 2012; POF, 2012). Todavia, estes não retratam com veemência o problema do fator renda na prevenção e tratamento das DCNT.

Observa-se ainda que apesar da proporção de pobres (% da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo) ter diminuído de 43% para 31% no Brasil, de 2001 a 2008. Queda de 42% na região Sul (de 30% para 18%), 41% na Centro-Oeste (de 40% para 24%), 37% na Sudeste (de 30% para 19%), 23% na Nordeste (de 68% a 52%) 21% na Norte (de 54% para 42%) (SVS et al, 2011). Um percentual desigual se apresenta distribuídos para algumas regiões, principalmente sendo evidenciado na região Norte e Nordeste.

A epidemia de doenças crônicas ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. A pobreza, condições ambientais insalubres e baixa escolaridade são fatores que contribuem para a ocorrência de doenças crônicas e são influenciados pela situação geográfica e econômica (OPAS, 2007).

A influência do fator renda se mostra ainda mais preocupante, a partir dos relatos que foram observados no momento da coleta de dados. Salientando, muitos entrevistados

que o fator renda além de repercutir na continuidade do tratamento para DCNT, ele na maioria das vezes é decisivo para se ter um padrão adequado de alimentação, gerando com isso, limitação no consumo de determinados alimentos considerados essenciais para a saúde, e conseqüentemente esse fator acaba interferindo na geração de saúde.

Além do mais, o difícil acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo prevenção clínica e serviços de diagnóstico, e o difícil acesso a medicamentos essenciais são fatores importantes que contribuem para a carga de doenças crônicas. Os pobres com intensidade enfrentam vários obstáculos na assistência à saúde incluindo a incapacidade de arcar com as taxas de usuário para assistência à saúde, dificuldades financeiras para medicamentos que exigem receita e falta de transporte para chegar aos serviços de saúde (OPAS, 2007).

O reconhecimento dos fatores de risco que agem em todos os estágios da vida é afetado pelas circunstâncias socioeconômicas, justificando a reorientação das políticas e programas públicos. Assim, é necessário priorizar as populações mais pobres e grupos vulneráveis, bem como dirigir as intervenções preventivas para os jovens, visto que o estilo de vida é estabelecido durante a infância e a adolescência.

É preciso também desenvolver colaboração com setores fora do setor da saúde a fim de alcançar um impacto na prevenção das doenças crônicas. A esse respeito, a colaboração é necessária com os setores da educação, comunicação, agricultura, transporte, economia e comércio (OPAS, 2007).

Ademais, segundo o Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015 do MS (SNSS et al, 2011) no tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa, a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento destas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento e vigilância dos portadores de condições crônicas.

Uma prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT, o que facilitara a adesão e continuidade no tratamento aos portadores de DCNT, principalmente aos de baixa renda.

Por conseguinte, a consolidação desses aspectos poderá ocorrer mediante a implantação das redes de atenção a saúde aos portadores de DCNT, que dentre das iniciativas contemplará a atenção intersetorial, a abordagem dos determinantes da saúde e a equidade em saúde. O MS preocupado com o desenvolvimento dessas intervenções lança

mão em 2012, da Minuta da portaria mãe da RAS para assistência das pessoas portadoras de doenças crônicas: portaria GM/ MS nº de 2012, que Institui a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em particular, os serviços organizados em rede facilitam o trabalho preventivo e de controle das doenças crônicas para a população de referência, levando em consideração os determinantes sociais da saúde, contribuindo para as pessoas que têm doenças crônicas acesso mais amplo à rede de serviços, pela porta de entrada do sistema – a atenção primária – e ao mesmo tempo o trânsito entre os outros níveis de complexidade exigidos como parte de uma atenção integral (BARCELÓ et al, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil experimentou acentuadas transformações no contexto do século XX. Por influência do crescimento do comércio internacional instalaram-se formas capitalistas de produção, trabalho e consumo. Diante disso, o processo de industrialização e urbanização desenvolveu-se de forma mais acelerada. Essa dinâmica teve impacto na história social, econômica e cultural, na constituição das diversas regiões brasileiras.

Acompanhando esse cenário, ocorrem intensas e contrastantes transformações na evolução das condições de saúde da população, no conjunto de fatores demográficos, econômicos, sociais e de mudanças nutricionais que interagem para determinar o padrão de morbimortalidade no país, chamando atenção para a participação acentuada das DCNT.

O aumento da longevidade populacional remete particular atenção por a ocorrência das DCNT de modo rápido, o que expõe geralmente as pessoas em idades mais avançadas, apesar do acentuado aumento dessa problemática em idades cada vez mais precoces. Deste modo, nos últimos anos, houve um aumento do interesse pela monitorização do estilo de vida e fatores determinantes de saúde na população.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida e os aspectos que a originam tornaram-se uma importante medida de impacto em saúde. Sua relação se associa com o acometimento por doenças crônicas e seus principais fatores de risco. A intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas também aos aspectos subjetivos que envolvem a determinação dessa problemática na população.

Com isso, um dos importantes aspectos para a melhoria da qualidade de vida de uma população ganha importância, este se refere ao aumento na sua capacidade em compreender os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença. O conhecimento sobre um determinado desfecho em saúde pode ser útil para ajudar a evitar o surgimento de um agravo, podendo também influenciar na busca pelo tratamento, quando a doença já está estabelecida. Logo, espaços de uso e fluxo populacional, como escolas, universidades, veículos de comunicação e serviços de saúde, são potenciais difusores dessa informação, ainda que a forma de impactar perante a população geral possa ser distinta.

Por conseguinte, entre os aspectos do estudo, destaca-se a sua contribuição, por meio da análise de dados comparáveis, na descrição da magnitude e distribuição do estilo de vida e determinantes sociais para as DCNT nessa localidade. Essas informações podem fornecer subsídios à tomada de decisões em políticas públicas voltadas à promoção da adoção de um estilo de vida mais saudável, bem como enfatizam a ocorrência dessas

doenças, assinaladas sobre os determinantes sociais que contribuem para o seu adoecimento.

Os resultados observados serviram para subsidiar o desencadeamento de ações coletivas e individuais, rastreadas a partir dos principais fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas. Assim, esperamos contribuir para estimular ações de promoção de saúde, em um foco de não apenas diminuir o risco de DCNT, mas aumentar as chances de melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, as altas prevalências obtidas nos estudos para determinadas variáveis, indicam a necessidade de intervenções, visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil local, no que diz respeito à exposição aos fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT.

Dessa forma, a compreensão de todo o processo que envolve o comportamento individual e social em relação à exposição aos fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT se torna essencial para o embasamento de políticas públicas efetivas, a fim que estas possam sensibilizar os grupos de pessoas mais vulneráveis e com menos acesso a serviços de saúde. As diferenças de gênero, escolaridade e renda devem ser consideradas aspectos cruciais, assim como diferenças sociais e culturais dentro do contexto de cada região do País.

O monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis deve ser componente essencial do planejamento, implantação e avaliação de medidas para o seu controle e prevenção. Em relação às medidas de prevenção, é importante ressaltar que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, chamando atenção especial para o Enfermeiro, profissional que conhece melhor o perfil de sua comunidade, a partir das limitações, fragilidades e potencialidades. Lembrando que estas ações devem ser desenvolvidas conforme o perfil populacional exposto, bem como serem adequadas para população e acessíveis a todas as classes sociais.

Logo, através das frequências observadas para cada valor, à implementação desse estudo é de suma importância para que posteriormente possam ser mais bem monitorizados esses agravos com o intuito de fornecer subsídios para a implantação de políticas e programas para o controle dessas doenças e a promoção de saúde. Portanto, fortalecer os vínculos entre o governo, as instituições acadêmicas e a sociedade civil facilitará a resposta da sociedade ao desafio das DCNT.

Conclui-se que as prevalências observadas indicam a necessidade de realização de inquéritos populacionais periódicos e com intervalos regulares e estruturação de programas

de intervenções visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde a fim de se obter um melhor perfil dos brasileiros, tanto a nível populacional, como local, no que diz respeito à exposição aos principais fatores de risco e determinantes sociais para as DCNT.

Ademais, o Estado, por intermédio de suas políticas públicas, tem a responsabilidade de fomentar mudanças socioambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis. A responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo privado e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Assim, é pressuposto que a promoção de um estilo de vida mais saudável, bem como a compreensão dos determinantes sociais da saúde, amplia e fomenta a autonomia decisória dos indivíduos e grupos para escolhas mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p: 95-137, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a07.pdf>>. Acesso em: 22 de agosto de 2013.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-84, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a09v9n4.pdf>>. Acesso em: 07 de agosto de 2013.

ALMEIDA, J. C. et al. Papel dos lipídeos da dieta na nefropatia diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 634-643, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40067/000736977.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 de julho de 2013.

ALVES, J. E. D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo, 2008, 13f. **Instituto Fernand Braudel de economia mundial**. Disponível em: <http://www.braudel.org.br/pesquisas/pdf/transicao_demografica.pdf>. Acesso em: 08 de ago. de 2013.

ALYRIO, R. D. **Metodologia Científica**. Rio De Janeiro: PPGEN/UFRRJ, 2007.

AMARAL, V. M. G. do. **A importância da soja como alimento funcional para qualidade de vida e saúde**. Dissertação de Mestrado, Campinas, 2006, 86 f. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/code=vtls000413053>>. Acesso em: 01 de agosto de 2013.

AYRES, J. R. de C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Apresentado como painel no V congresso brasileiro de epidemiologia. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 28, n. 5, 2002, p. 29-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/05.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2013.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 13 de julho de 2013.

ASSUNÇÃO, M. C. F. *et al.* Consumo de carnes por adolescentes do Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 4, p. 463-472, Campinas, jul./ago, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/3165/1/CONSUMO%20DE%20CARNE%20ENTRE%20ADOLESCENTES%20DO%20SUL%20DO%20BRASIL.pdf>>. Acesso em: 12 de junho de 2013.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catartina**, v. 3, n. 1, p. 1-9, Florianópolis, Santa Catarina – Brasil, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>>. Acesso em: 01 de setembro de 2013.

BARCELÓ, A. *et al.* Organização Pan-Americana da Saúde. Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde. Washington, D.C., OPAS, 2012, 52p. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=>. Acesso em: 09 de março de 2013.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 38-47, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao800.pdf>>. Acesso em: 25 de julho de 2013.

BARRA, D. C. C., *et al.* Processo de viver humano e a Enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul. Enferm.**, v. 6, n. 23, p. 831-836, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/18.pdf>>. Acesso em: 06 de setembro de 2013.

BARROS, R. R. **Consumo de alimentos industrializados e fatores associados em adultos e idosos residentes no município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2008, 176f. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-11092008-144638/pt-br.php>>. Acesso em: 14 de agosto.

BASHO, S. M.; BIN, M. C. Propriedades dos alimentos funcionais e seu papel na prevenção e controle da Hipertensão e Diabetes. **Interbio**, v. 4, n. 1, p. 2-9, 2010. Disponível em: <http://www.unigran.com.br/interbio/vol4_num1/arquivos/artigo7.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2013.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Médica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/233801639_Um_dos_delineamentos_mais_empregados_em_epidemiologia_estudo_transversal>. Acesso em: 04 de agosto de 2013.

BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo, estado nutricional e hábitos alimentares em população adulta de um município paulista. **Rev. Ciênc. Ext.**, v.7, n.1, p.58, 2011. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/articles/view/id/4fad03ed1ef1fad622000008>>. Acesso em: 19 de Julho de 2013.

BORGES, T. T.; ROMBALDI, A. J.; KNUTH, G. A. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1511-1520, Rio de Janeiro, jul, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2013.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças / Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)**. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 80 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_modelagem_programas_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.** Brasília, 2008, 210p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. Acesso em: 03 de julho.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.** Brasília, 2005, 236 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1109_M.pdf>. Acesso em: 03 de julho.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Brasília, 2010, 150p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, 2008, 72p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/mp3/diretrizes_recomendacoes_dcnt.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Brasília, 2009, 464p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/25/vigitel_2007_web_isbn.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Brasília, 2010, 152p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2009.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.**

Brasília, 2012, 132 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2013.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. Â. Utilizando a abordagem quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revs, Esc Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a20.pdf>>. Acesso em: 16 de março de 2013.

BRUM, A.; *et al.* Perfil do consumo de pescado na cidade de Açailândia-Ma. **Iv Connpi. Congresso de pesquisa e inovação de Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica.** Bélem-PA, 2009. p.2-9. Disponível em: <http://connepi2009.ifpa.edu.br/connepi-anais/artigos/49_2380_2069.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2013.

CAMPOS, V. C. *et al.* Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. **Rev. Brasileira de epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 352-362, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/16.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2013.

CAMPOS, S. F. **Validade e Reprodutibilidade de medidas antropométricas, morbidade referida, consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico.** Belo Horizonte, 2011, p. 21-98. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v14s1/a09v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 de junho 2013.

CAMPOS, M. O. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/dss/resources/lil-669713>>. Acesso em: 29 de abril de 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES-NETO, J. F.; SILVEIRA, M. F. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p.873-882, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/33.pdf>>. Acesso em: 13 de Abril de 2013.

CARMO, A. S. D; LOPES, A. C. S.; SANTOS, L. C. Dos. Perfil lipídico da dieta consumida por mulheres de duas Unidades Básicas de Saúde. **Nutrire: rev. Soc. Bras.**, v. 38, n. 1, p. 1-14, São Paulo, abr., 2013. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v38n1/v38n1a01.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 14-23, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 18 de julho de 2013.

CARVALHO, A. C. D. Saúde pública: centralização, autoritarismo e expansão dos serviços - São Paulo nas décadas de 1930 e 1940. **Revista de História Regional**, v. 10, n. 1, p. 09-22, 2005. Disponível em:

<<http://revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/viewFile/2208/1688>>. Acesso em: 02 de maio de 2013.

CARVALHO, P. G. B. de. et al. Hortaliças como alimentos funcionais. **Horticultura Brasileira**, v. 24, n. 4, p. 397-404, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hb/v24n4/01.pdf>>. Acesso em: 13 de julho de 2013.

CASTRO, A. M.; SIMONI, C. L.; GONÇALVES, C. C. M. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Ministério da Saúde, 2008, 72p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/mp3/diretrizes_recomendacoes_dcnt.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **R. bras. Est. Pop.**, v. 29, n. 1, p. 133-145, Rio de Janeiro, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a09.pdf>>. Acesso em: 13 maio de 2013.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULHER, L. C. S. Fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 378-388, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2013.

CESSE, E. Â. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife, 2007, p. 20-296. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Disponível em: <<http://cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2013.

CHAVES, V. L. de V. **Estudo de prevalência e fatores de risco do sobrepeso e da obesidade em adolescentes masculinos**. Recife, 2008, p. 20-180. Tese de Doutorado. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3884>>. Acesso em: 13 de abril de 2013.

COELHO, M. S. P. H.; **Associação entre o aumento do índice de massa corporal com fatores sociodemográficos e indicadores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos de Florianópolis**. Florianópolis, 2007, p. 10-42. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/90275>>. Acesso em: 06 de julho de 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE–CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS**. Abril, 2008, 216 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2013.

COSTA, A. M.; Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 443-446, Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>>. Acesso em: 06 de agosto de 2013.

COSTA, L. M. F., BARRETO, S. M. Tipos de Estudos Epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Revs. Saúde [Online]**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em 14 de abril de 2013.

COTTA, R. M. M., GOMES, A. P., MAIA, T. M. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 3, n. 31, p. 278–286, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2013

CUPARRI, L. *et al.* **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. 1ª ed., p. 1-472, Barueri - São Paulo: Manole, 2009.

DATA-SUS SIAB. **Ministério da saúde**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSPB.def>>. Acesso em: 05 de Setembro de 2013.

DUARTE, Y. A. O.; SILVEIRA, E. R., FONSECA, A. C. R. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2007, 192 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 23 de agosto de 2013.

FERNANDES, A. C. *et al.* Benefícios e riscos do consumo de peixes para a saúde humana. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 2, p. 283-295, Campinas mar./abr., 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3884>>. Acesso em: 08 agosto de 2013.

FERRAZ, S. S. **Mortalidade por doenças do aparelho circulatório e condição devida na cidade do Recife**. Dissertação de Mestrado. Recife, 2006, p. 13-80. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3977/2/000005.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2013.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 73-81, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6088>>. Acesso em: 04 de setembro de 2013.

FLORES, T. R. *et al.* Consumo de refrigerantes entre escolares de séries iniciais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 59-66, Porto Alegre jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/11516/8859>>. Acesso em: 15 de agosto de 2013.

FREITAS, M. C., MENDES, M. M. R. Condição Crônica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino. Enfermagem**. v. 4, n. 15, p. , 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf> Acesso em: 02 de abril de 2013.

GAMBA, M. A.; SANTOS, E. R. Risco: repensando conceitos e paradigmas. **Acta Paul. Enferm.**, v.4, n. 19, p. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a01.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2013.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 388-396, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>> Acessado em: 20 de março de 2013.

GAWRYSEWSKI, V. P. *et al.* Tendência e perfil das doenças crônicas não transmissíveis no estado de São Paulo. **Bepa**, v. 6, n. 66, p. 4-16, 2009. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/bepa6609Tend%C3%A4ncia%20e%20perfil%20das%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20trans.pdf>>. Acesso em: 13 de julho de 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed., 13 Reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GOULART; F. A. de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília-DF, 2011, p. 7-14. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/CondicoesCronicas_fGoulart.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico degenerativas. **Epidemiologia, Teoria e Objeto (Dina Czeresnia Costa, org.)**, p. 39-86, São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/03.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Estudo de pesquisa e informação demográfica e socioeconômica, Rio de Janeiro, 2009, 152p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2010**, Agosto, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.codmun=251270&search=paraiba|remigio>>. Acesso em: 09 de setembro de 2013.

JAIME, P. C. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 57-64. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao789.pdf>>. Acesso em: 17 de julho de 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5. Ed. 2. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2008.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 14 de Março de 2013.

LONGO, G. Z. *et al.* Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/16.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

LUIZ, O. C., COHN, A. Sociedade de Risco e Risco Epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 22, p. 2339-2348, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf>>. Acesso em: 16 de julho de 2013.

MALTA; D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, Goiânia-GO, jul/set, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 2, p. 3009-3019, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a02v15s2.pdf>>. Acesso em: 08 de julho de 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2011-2022, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/35.pdf>>. Acesso em: 07 de Junho de 2013.

MALTA, D. C. *et al.* **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011, p. 1-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2013.

MARCOPITO, L. F. *et al.* Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 5, p. 738-745, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26293.pdf>>. Acesso em: 03 de agosto de 2013.

MASCARENHAS, J. de C. *et al.* CPRM - Serviço Geológico do Brasil. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea**. Diagnóstico do município de Remígio-PB, estado da Paraíba. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/REMI153.pdf>>. Acesso em: 07 de agosto de 2013.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, Ribeirão Preto, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02.pdf>>. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

MARTINS, T. G. **Inatividade física no lazer e associações com indicadores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos de Florianópolis**. Dissertação de Mestrado. Santa Catarina, 2008; p. 12-80. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92083/255211.pdf.sequence=1>>.

Acesso em: 20 de Julho de 2013.

MAZZONETTO, A. C. **Escolhas alimentares e comportamento de consumo: percepções de escolares da rede pública de ensino de Florianópolis, SC**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis-SC, 2012, p. 21-101. Disponível em:

<<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96381/309936.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 03 de Julho de 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2011, p. 549. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.p](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

df>. Acesso em: 22 de março de 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2012, p. 512. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.p

df> Acesso em: 22 de março de 2013.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n 3, p. 239-262, Rio de Janeiro, jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 05 de setembro de 2013.

MINOZZO, M. G.; HARACEMIV, S. M. C.; WASZCZYNSKVJ, N. Perfil dos consumidores de pescado nas cidades de São Paulo (SP), Toledo (PR) e Curitiba (PR) no Brasil. **Revista Da Spcn**, v. 14, n. 3, p. 89-96, 2008. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06.pdf>>. Acesso em: 07 de agosto de 2013.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. **Nova delimitação do Semiárido Brasileiro**. Março, 2005, 35p. Disponível em:

<http://www.asabrazil.org.br/UserFiles/File/cartilha_delimitacao_semi_arido.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2013.

MONDINI, L. *et al.* Evolução dos preços de alimentos em São Paulo, Brasil, 1980-2009: Considerações sobre o acesso à alimentação saudável. **Informações Econômicas**, v. 42, n. 2, p. 7-1, São Paulo, março/ abril, 2012. Disponível em:

<<ftp://ftp.sp.gov.br/ftpiea/publicacoes/IE/2012/tec5-03-04-2012.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2013.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. saúde pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/07.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2013.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, 2012, 136p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2013.

MOURA, E. C.; DIAS, R. M.; REIS, R. C. Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras na população adulta de Belém, Pará, 2005. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nut.**, v. 32, n.1, p. 29-40, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n11/07.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2013.

MOURA, E. C. *et al.* Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl. 1, p. 20-37, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/02.pdf>>. Acesso em: 26 de julho de 2013.

MUNIZ, L. C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3690.pdf>>. Acesso em: 12 de julho de 2013.

NOGUEIRA, R. P.; Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009. Disponível em:

<<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília, 2005, 36p. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 05 de agosto.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde**. Washington, D.C: OPAS, 2007, 52p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_plano_acao_regional.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2013.

PEIXOTO, M. do R. *et al.* Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brazil. **Cad. De Saúde. Pública**, v. 24, n. 6, p. 1323-33, Rio de Janeiro, Jun., 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/13.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2013.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009. **Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/ IBGE**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2011, 150 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2013.

RUELA, L. C. R.; SOUZA JUNIOR, F. A. C. De. Avaliação nutricional e estilo de vida de adolescentes de uma escola pública da região Sul Fluminense – Rj. **Nutrir Gerais**, v. 4, n. 6, p. 554-565, Ipatinga, fev./jul., 2010. Disponível em:

<http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume4/edicao_06/avaliacao_nutricional_estilo_vida.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2013.

SANTOS, J. A. F. Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, n. 75, p. 2-20, fevereiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v26n75/02.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

SANTOS, R. D. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, Supl. 1, p. 1-40, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Gorduras.pdf>. Acesso em: 24 de agosto de 2013.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 74-82, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2013.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil**, v. 4, n. 11, p. 61-71, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em:

SILVA, G. A.; *et al.* Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 48-56, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao787.pdf>>. Acesso em: 22 de maio de 2013.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 80p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_modelagem_programas_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2013.

SILVA, G. A. *et al.* Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 48-56, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao787.pdf>>. Acesso em: 19 de julho de 2013.

SILVA, L. M. V. da. Saúde e espaço social. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador)**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p.180-97. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

SILVA, S. A. da. **Consumo adequado de frutas, legumes e verduras: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde**. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2011, p. 15-74. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9217/1/2011_SaraAraujodaSilva.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2013.

SILVA, K. S. da; *et al.* Simultaneidade dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Rev. Paul. Pediatrica**, v. 30, n. 3, p. 338-45, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n3/06.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto de 2013.

SOUZA, A. M. *et al.* Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, Supl. 1, p. 190-198, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s1/05.pdf>>. Acesso em: 02 de julho de 2013.

SZWARCWAKD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, Supl. 1, p. 4-5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21s1/01.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2013.

TAMBELLINI, A. T. SCHUTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “determinação social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde Em Debate**, v. 33, n. 83, p. 371-379, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>>. Acesso em: 22 de maio de 2013.

TEIXEIRA; P. F. BRON; C. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. **Saúde em debate**, p.37-58, Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 19 de agosto de 2013.

TEIXEIRA, P. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 382-389, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/SDv33n83.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2013.

THOMÉ, D. L. Ações do enfermeiro na prevenção doenças crônicas não transmissíveis: Revisão Integrativa. **Monografia**. Porto Alegre, 2012, p. 25-33. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55290/000857053.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 de junho de 2013.

TONIOLLI, A. C. S. *et al.* Pesquisas em enfermagem e o perfil epidemiológico do nordeste. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 147-150, Brasília (DF), mar/abril, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a07v56n2.pdf>>. Acesso em: 08 de maio de 2013.

VASCONCELLOS, J. P. Determinantes do consumo de pescado na população que frequenta feiras livres no município de Santo André, SP. **Dissertação de mestrado**. São Paulo, 2010, p. 20-57. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/10/10134/tde-04022011-164223/pt-br.php>>. Acesso em: 03 de junho de 2013.

VASCONCELLOS, J. P. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 236p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1109_M.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2013.

VAZ, P. *et al.* O Fator de risco na mídia. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 21, p. 145-63, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a13.pdf>> Acesso em: 20 de março de 2013.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde Sociedade**, v.16, n.3, p.26-34, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/04.pdf>>. Acesso em: março de 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Roteiro:

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1- Qual sua idade? _____anos.

2 - Sexo:()Masculino ()Feminino

3 –Qual é seu estado civil?

()Casado legalmente ()Têm união estável há mais de seis meses, mas não é casado legalmente ()Solteiro

()Viúvo ()Separado ou divorciado

4 - Quantas pessoas moram na sua casa?

()Sozinho ()Duas ()De Três á cinco ()Acima de cinco ()Acima de dez

5 – O (a) Sr.(a) trabalha?

()Sim ()Não

6 – O (a) Sr. (a) ou algum outro residente do seu domicilio recebe algum beneficio do governo federal como por exemplo: bolsa família etc?

()Sim ()Não

7 – Atualmente qual é a renda total da sua casa?

()Renda Zero ()Menos de um salário mínimo ()Um salário mínimo ()Até dois salários mínimos ()De três a cinco salário mínimos ()De seisa oito salários mínimos ()Acima de dez salários mínimos.

8 - Até que série ou grau o (a) Sr. (a) estudou?

()Nunca estudou, analfabeta ()Semi-analfabeta ()Ensino fundamental completo ()Ensino fundamental incompleto ()Ensino médio completo ()Ensino médio incompleto ()Ensino Superior ()Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)

9 – O (a) Sr. (a) sabe seu peso e altura (mesmo que seja valor aproximado)?

_____kg. _____cm. () Não sabe.

HÁBITOS ALIMENTARES E DE SAÚDE

10 - Quantas vezes ao dia o (a) Sr. (a) costuma se alimentar, contando com os lanches?

Menos de 3 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes 6 vezes Mais de 6 vezes

11 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer feijão?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

12 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer verdura ou legume cru (alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru)?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

13 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca, ou inhame?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

14 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer frutas?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

15 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

16 - Quando o (a) Sr. (a) come carne vermelha com gordura, o (a) Sr. (a) costuma:

Tirar sempre o excesso de gordura Comer com a gordura Não come carne vermelha com muita gordura

17 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer frango/galinha?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

18 - Quando o (a) Sr.(a) come frango/galinha, o (a) Sr. (a) costuma:

Tirar sempre a pele Comer com a pele Não come pedaços de frango com pele

19 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer peixe?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

20 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma comer produtos embutidos (por ex: mortadela, salsicha, lingüiça, apresuntado etc)

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

21 - Qual é o tipo de preparação na carne (pode ser frango, boi, porco, cabrito) que o (a)Sr. (a) mais utiliza?

Frita no óleo Grelhada Cozida

22 – Em quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma tomar leite? (não vale de soja)

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

23 – Que tipo de leite o (a) Sr. (a) costuma tomar?

Gado Integral Desnatado ou semidesnatado Os dois tipos Não Sabe

24- Quantos Quilos (Kgs) de açúcar em média se consomem por mês na sua casa?

Até de 1kg De 1 a 2,9kg De 3 a 4kg De 5 a 6 Outro,_____.

25 - Quantos Quilos (Kgs) de sal em média se consomem por mês na sua casa?

Até 1 kg 2 kg 3 ks Mais de 4 kg Outro,_____.

26 - Costuma ingerir em média quantos copos de água por dia?

Até 5 copos Menos de 10 copos Até 10 copos Mais de 10 copos

27 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma tomar refrigerante?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

28 - Quantos dias da semana o (a) Sr. (a) costuma tomar suco artificial?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Quase nunca Nunca

29 - Que tipo?

Normal Diet/light/zero Ambos Não sabe

30 – O (a) Sr. (a) considera sua alimentação saudável?

Sim Não

31 – O (a) Sr. (a) acredita que a ingestão de alimentos industrializados/conservados podem provocar doenças crônicas (como a pressão alta, diabetes, câncer entre outras) com o passar do tempo?

Sim Não

32 – O (a) Sr. (a) costuma consumir bebida alcoólica?

Sim Não

33 - Com que frequência o (a) Sr. (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo) Menos de 1 dia por semana Menos de 1 dia por mês

34 – O (a) Sr. (a) pratica alguma atividade física?

Sim Não

35 - Qual o tipo principal de atividade física que o (a) Sr. (a) pratica?

Caminhada Caminhada em esteira Corrida Corrida em esteira Musculação Ginástica aeróbica (spinning, step, jump) Hidroginástica Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga) Natação Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô) Bicicleta Futebol Voleibol Outro

36 - Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

37 - No dia que o (a) Sr. (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

Menos que 10 minutos Entre 10 e 19 minutos Entre 20 e 29 minutos Entre 30 e 39 minutos Entre 40 e 49 minutos Entre 50 e 59 minutos 60 minutos ou mais

38 - O (a) Sr. (a) fuma?

Sim, diariamente Sim, mas não diariamente Não Atualmente não fuma, mas já fumou

39 - Quantos cigarros o (a) Sr. (a) fuma por dia?

1-4 5-9 10-14 15-19 20-29 30-39 40 ou mais

40 - Que idade o (a) Sr (a) tinha quando começou a fumar diariamente?

_____anos. Não lembra

41 - Que idade o (a) Sr. (a) tinha quando você parou de fumar?

_____anos. Não lembra

42 - Algumas das pessoas que moram com o (a) Sr. (a) ou até vizinhos costumam fumar dentro ou próximo de sua casa (distância que dá para sentir o cheiro da fumaça do cigarro)?

Sim Não

43 - Algum colega do trabalho costuma fumar próximo ou no mesmo ambiente onde o (a) Sr. (a) trabalha?

Sim Não

44 - A sua cor ou raça é:

Branca Negra Amarela Parda Indígena

FATORES RELACIONADOS AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

45 - Quando adoece o (a) Senhor (a) na maioria das vezes procura:

Posto de saúde (SUS) Hospital público (SUS) Algum serviço privado Rezadeira ou Benzedor Usa chás, lambedor, ou outro produto natural Toma medicação por conta própria Só procura o médico como última opção.

46 - O (a) Sr. (a) é portador de alguma doença crônica?

Pressão alta Diabetes Doenças cardiovasculares Câncer Doenças respiratórias crônicas (asma) Doenças renais (Insuficiência renal crônica) Doença hepática crônica Dislipidemias Obesidade.

47 - Quantos anos faz que o (a) Sr. (a) é portador de alguma doença crônica?

Pressão alta _____, Diabetes _____, Outra, _____. Não sabe. Não lembra.

48 - Atualmente, o (a) Sr. (a) está fazendo dieta/atividade física para diminuir ou controlar a Pressão alta ou a Diabetes?

Sim Não

49 – Nesses últimos anos o (a) Sr. (a) apresentou alguma complicação decorrente de doença crônica?

()Úlceras de perna ()Infarto agudo do miocárdio ()AVC ()Insuficiência renal crônica ()Amputação de membro ()Cegueira () Insuficiência cardíaca.

50 – Tem algum parente seu que é ou já foi portador de alguma doença crônica?

()Pressão alta ()Diabetes()Doenças cardiovasculares(coração e veias)()Câncer()Doenças respiratórias crônicas (asma) ()Doenças renais (Insuficiência renal crônica).

51 - Quando foi à última consulta médica em que sua pressão foi medida?

()Há menos de 1 ano ()De 1 até 2 anos (inclui o 2)()De 2 até 5 anos (inclui o 5) () Há mais de 5 anos

()Nunca mediu pressão em uma consulta médica ()Nunca realizou consulta médica

52 – O (a) Sr. (a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

()Sim ()Não ()Não sabe () Não lembra

53 - Quando foi à última vez que o (a) Sr. (a) fez o exame?

()Há menos de 1 ano ()De 1 até 2 anos (inclui o 2)()De 2 até 5 anos (inclui o 5)

()Há mais de 5 anos ()Não lembra

54 - O Sr. (a) faz acompanhamento no posto de saúde para tratamento de Pressão alta, Diabetes ou outra doença crônica?

()Sim ()Não ()É portador mais não faz acompanhamento de saúde

55– Como o (a)Sr. (a) qualifica o atendimento de saúde do seu Município (nos últimos anos) referente a prevenção das doenças crônicas?

()Excelente ()Bom()Razoável()Ruim ()Quase não frequenta o serviço de saúde.

56 - Quais os fatores que levam o (a) Sr. (a) a qualificar o atendimento de saúde do seu Município (nos últimos anos) dessa forma?

57 – O (a) Sr. (a) já participou de algum programa educacional, reuniões, palestras, oficinas educativas na sua comunidade envolvendo o assunto de doenças crônicas antes de ser portador?

()Sim ()Não

58- O que o (a) Sr. (a) acha que poderia ser feito para melhorar a saúde do seu Município, no tocante as doenças crônicas?

59 – Segundo sua opinião a sua situação financeira gerou alguma limitação (por ex. em alimentação, deslocamento para o local da assistência, compra de medicamentos, realizações de exames) em relação ao seguimento do tratamento para as doenças crônicas?

Sim Não

60 – O (a) Sr. (a) acredita que isso impossibilitou de seguir o tratamento da forma ideal (conforme recomendação médica)?

Sim Não

61 – De acordo com sua opinião o seu estado de saúde (caso seja portador de pressão alta, diabetes ou outra doença crônica) interfere no seu dia-dia?

Sim Não

62 – Prejudica no dia-dia de sua família (causando dependência de algum parente, interferindo na rotina diária)?

Sim Não

63 – Compromete o seu desempenho no trabalho?

Sim Não

64 - Gera preconceito ou o (a)Sr. (a) se sente rejeitado por parte das pessoas ou familiares?

Sim Não

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa tem como título “**FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM UM ÁREA DE COBERTURA DA ESF II NO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB**” e está sendo desenvolvida pela aluna Suzana Medeiros Balbino do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Dr. José Justino Filho, cujos os objetivos são: Identificar a relação entre os fatores de risco e determinantes sociais que influenciam no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da ESF II do município de Remígio/PB. Objetivos específicos: Constatar o perfil comportamental e social dos usuários expostos as DCNT; Averiguar os impactos negativos na população por ocasião das doenças crônicas não transmissíveis e determinantes sociais da saúde; Examinar a percepção do usuário sobre a utilização dos serviços de saúde do município na prevenção das DCNT.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de um maior conhecimento sobre o perfil de exposição populacional aos fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A participação do (a) Sr (a) é voluntária e de fundamental importância. O (a) Sr (a) não será obrigado (a) a fornecer informações caso decida não participar, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrendo nenhum prejuízo. Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Porém, os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, de tirar suas dúvidas a respeito do assunto, tudo como preceitua a Resolução 466/12 do CNS. Reafirmamos a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes ao presente estudo, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada participante.

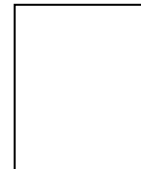
Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar o conhecimento sobre possíveis comportamentos de risco e determinantes sociais para as DCNT, o que possibilitará à elaboração de estratégias de saúde direcionadas a população alvo. Os dados serão coletados através de um questionário investigativo contendo perguntas de rápido e fácil entendimento. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da pesquisa serão cumpridas as determinações constantes da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como da Resolução nº. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que versa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, ____/____/ 2013.

Prof. Dr. José Justino Filho
Pesquisador Responsável



Testemunha

Participante da Pesquisa

Endereço do pesquisador responsável: Josejustino@bol.com.br

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d'água da Bica, SN, CEP: 58175-000 Cuité – PB. Telefone: (83) 3372-1900. Celular: (83) 99360202.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

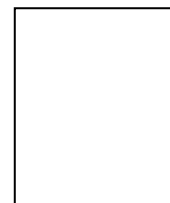
ESTUDO: Fatores de risco e determinantes sociais para as doenças crônicas não transmissíveis na área de cobertura do município de Remígio/PB

Eu, abaixo assinado, fui informado e estou ciente desta proposta de investigação científica que tem como objetivos: Identificar a relação entre os fatores de risco e determinantes sociais que influenciam no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da ESF II do município de Remígio/PB. Objetivos específicos: Constatar o perfil comportamental e social dos usuários expostos as DCNT; Averiguar os impactos negativos na população por ocasião das doenças crônicas não transmissíveis e determinantes sociais da saúde; Examinar a percepção do usuário sobre a utilização dos serviços de saúde do município na prevenção das DCNT

Para coleta das entrevistas será utilizado um questionário com questões objetivas e subjetivas. Estou ciente de que não haverá pagamento pela participação nesta pesquisa assim como, também não terei gastos neste estudo. Se eu desejar, poderei entrar em contato com o responsável pela pesquisa, José Justino Filho. Professor da UFCG, *Campus* Cuité. Telefone (83) 9936-0202, e-mail: josejustino@hotmail.com, ou se eu desejar também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC), com a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e com a Delegacia Regional de Campina Grande. Terei total liberdade para retirar o meu consentimento que autoriza a participação do meu filho menor de idade na pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo à minha pessoa. As informações dadas por ele serão analisadas em conjunto com as de outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de ninguém, sendo utilizadas somente para essa pesquisa

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, desta forma concordo em autorizar a participação voluntária de _____ nesse estudo, assinando as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma das vias será minha e a outra via ficará com o pesquisador.

Assinatura do Responsável pelo participante da Pesquisa



Assinatura Dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

Cuité, _____ de _____ de 2013.

ANEXOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Autorizamos para os devidos fins a realização do projeto de pesquisa: **“FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB”**. O qual ser desenvolvido pela aluna Suzana Medeiros Balbino - pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité), sobre orientação de José Justino Filho – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Remígio, 29 de Abril de 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

Lidjane Fernandes C. Santos.
Coordenadora da Atenção Básica

Secretário de Saúde
Remígio/ PB

Suzana Medeiros Balbino
Participante da pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, orientador e orientando da pesquisa intitulada “**FATORES DE RISCO E DETERMINANTES SOCIAIS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO MUNICÍPIO DE REMÍGIO/PB**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

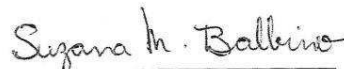
Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisas), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 29 de Abril de 2013.



 José Justino Filho
Vice-Diretor - CES
Mat. SIAPE 2193311

Orientador da pesquisa
José Justino Filho



Orientanda
Suzana Medeiros Balbino