UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ARTHUR MARCO PERES RIBEIRO

**Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na
atenção básica do município de Ribeirão Preto**

Ribeirão Preto

2014

ARTHUR MARCO PERES RIBEIRO

**Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na
atenção básica do município de Ribeirão Preto**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Saúde na Comunidade da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre

Área de Concentração: Saúde na
Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribeiro, Arthur Marco Peres

Níveis de atividade física de hipertensos usuários de Serviços de saúde na atenção básica do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014.

69 p.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Franco, Laércio Joel

1. Hipertensão. 2. Atividade física. 3. Atenção básica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ribeiro, Arthur Marco Peres

Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na atenção básica do município de Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

**Aos meus pais, Márcia e Marcelo,
Obrigado, hoje e sempre, pelo carinho, apoio e suporte incondicionais!
Amo muito vocês!**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por sempre estimularem e incentivarem a busca contínua por conhecimento.

Aos meus amigos, por tornarem a vida mais leve e descontraída.

A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram e ajudaram a me tornar uma pessoa melhor a cada dia.

Aos grandes pensadores, por terem compartilhado através dos livros os ensinamentos e lições que aprenderam ao longo de suas vidas.

Ao Prof. Dr. Laércio Joel Franco e USP, pela oportunidade de crescimento, evolução, aprendizado e maturidade.

A CAPES pelo apoio financeiro e concessão da bolsa de Mestrado.

“A dúvida é o princípio da sabedoria.”

Aristóteles

RESUMO

RIBEIRO, Arthur Marco Peres. **Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na atenção básica do município de Ribeirão Preto**. 2014. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, associados à transição epidemiológica, favorecem a elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão arterial (HA) que acomete aproximadamente 35% da população com 40 anos ou mais de idade. A HA é um fator de risco para doenças do aparelho circulatório, além de estar associada a outras doenças e condições crônicas. A prática de atividade física (AF) regular é um fator modificável, ligado ao estilo de vida do indivíduo, associado ao manejo da hipertensão e redução do risco de complicações. Recomenda-se acumular 150 minutos por semana de AF, sendo no mínimo 30 minutos realizados cinco vezes por semana. Entretanto, observam-se níveis insuficientes de AF na população brasileira, em ambos os sexos. A Atenção Básica (AB), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é o nível primário do sistema de atenção à saúde e instrumento de reorganização do SUS. Funciona como porta de entrada do sistema e deve resolver acima de 85% dos problemas mais comuns de saúde, dentre eles a HA e o sedentarismo. A abordagem da HA é multifatorial e demanda: cobertura universal, integralidade do cuidado, atenção continuada e equipe multiprofissional. Deve-se ofertar e recomendar a prática de AF para os indivíduos hipertensos, dentro de um contexto de abordagem não-medimentosa, buscando-se responder às reais necessidades e expectativas de saúde da comunidade na qual se encontra inserido. O presente estudo tem como **objetivo** caracterizar o perfil dos hipertensos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família 3 (NSF-3) de Ribeirão Preto – SP, bem como identificar seus níveis de AF. Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e entrevistados no espaço físico do NSF-3. A população do estudo foi composta por amostra de 167 hipertensos dos 418 indivíduos cadastrados no NSF-3 com diagnóstico de HA. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado questionário semiestruturado, composto de variáveis relacionadas aos dados de identificação, características socioeconômicas, comportamentais e indicadores de saúde, além da obtenção de medidas da pressão arterial (PA), da relação cintura-quadril (RCQ), circunferência abdominal (CA), peso e altura. Para a verificação do nível de AF, foi utilizada a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os hipertensos em sua maioria eram mulheres brancas, casadas, de baixa escolaridade, aposentadas, com média de idade de 63 anos e classificação econômica B2-C1. Foi encontrada elevada frequência de sobrepeso (47,3%), obesidade (19,2%), obesidade central (92,2%), tabagismo (13,8%) e consumo abusivo de bebidas alcoólicas (27,5%). As principais comorbidades foram dislipidemia (47,9%) e diabetes (30,5%). Apenas 45% dos hipertensos estão com a HA controlada. A prática regular de AF foi referida por 25,4% dos homens e por 35,7% das mulheres. Segundo o IPAQ, os homens foram mais ativos nos domínios trabalho e transporte (18,2%), enquanto as mulheres no domicílio (53,6%) e lazer (17,9%). A elevada frequência de mau controle dos níveis pressóricos de hipertensos em acompanhamento, os baixos níveis de AF nos quatro domínios do IPAQ, em ambos os sexos, aliados à presença de comorbidades, excesso de peso, consumo abusivo de álcool e tabagismo preocupam, apontando a necessidade de reformulação da assistência ao hipertenso, com adoção de estratégias de intervenção que focalizem essas condições apontadas.

Palavras-chave: Hipertensão. Atividade física. Atenção básica.

ABSTRACT

RIBEIRO, Arthur Marco Peres. **Physical activity levels in hypertensive users of health services in primary care in the city of Ribeirão Preto**. 2014. 69 f. Dissertation (Master Degree) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Aging and the increased life expectancy of the population, associated with the epidemiological transition, favor the high prevalence of chronic diseases, especially hypertension (HA) that affects approximately 35% of the population aged 40 years and more. Hypertension is a risk factor for cardiovascular diseases, besides being associated with other diseases and chronic conditions. Regular physical activity (PA) is a modifiable factor, influenced by individual lifestyle, associated with the management of hypertension and reduced risk of developing cardiovascular diseases. It is recommended to accumulate 150 minutes of PA per week, with a minimum of 30 minutes performed five times per week. However, there are insufficient levels of PA in Brazil, characterized by low frequency of practice in both sex. Primary Health Care (PHC), represented by the Family Health Strategy (FHS), is the primary level of the health care system and tool for reorganizing the National Health System - NHS. It works as a gateway system, and should take care of more than 85% of the most common health problems, including hypertension and physical inactivity. Hypertension approach is multifactorial, and demands: universal coverage, comprehensive care, continuity of care and multidisciplinary team. The practice of PA should be offered and recommended for hypertensive individuals, within a non-medicament approach, seeking to respond to the real needs and expectations of the community health in which they are inserted. The present study aimed to characterize the profile of hypertensive patients enrolled in the Family Health Center 3 (FHC-3) of Ribeirão Preto - SP, as well as to identify their physical activity levels. Individuals were invited to participate in the study and interviewed by the researcher in FHC-3. The study population consisted of a sample of 167 individuals from the 418 individuals registered at FHC-3 with the diagnosis of hypertension. For data collection, we used a semi-structured questionnaire administered by the interviewer, composed by identification and socioeconomic data, behavioral characteristics and health indicators variables, as well as measurements of blood pressure (BP), waist-hip ratio (WHR), abdominal circumference (AC), weight and height. The long version of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was applied to check physical activity levels. Patients were mostly Caucasians, married, poorly educated, retired, with a mean age of 63 years and B2-C1 in the economic classification. High frequency of overweight (47,3%), obesity (19,2%), central obesity (92,2%), smoking (13,8%) and excessive consumption of alcoholic beverages (27,5%) were found. The main comorbidities were dyslipidemia (47,9%) and diabetes (30,5%). Only 45% of hypertensive patients were with HA controlled. Regular PA was reported by 25.4% of men and 35.7% of women. According to IPAQ, men were more active in the work and transport (18.2%) domains, while women in home (53.6%) and leisure (17.9%). The frequency of poor high blood pressure control of the patients, the low levels of PA in the four domains for both sexes, associated with the presence of co-morbidities, overweight, excessive alcohol consumption and smoking, are alarming and highlighted the necessity of reformulation of the hypertension health care program, with the adoption of intervention strategies that focus on the appointed conditions.

Keywords: Hypertension. Physical activity. Primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2013	27
Tabela 2-	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e escolaridade. Ribeirão Preto, SP, 2013	28
Tabela 3 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e classificação socioeconômica. Ribeirão Preto, SP, 2013	29
Tabela 4 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e trabalho remunerado, Ribeirão Preto, SP, 2013	29
Tabela 5 -	Média ($\pm$ desvio padrão) de dados antropométricos em hipertensos, segundo o sexo. Ribeirão Preto, SP, 2013	31
Tabela 6 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e comorbidades, Ribeirão Preto, SP, 2013	32
Tabela 7 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e tempo de diagnóstico da hipertensão arterial. Ribeirão Preto, SP, 2013	32
Tabela 8 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e número de medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão arterial. Ribeirão Preto, SP, 2013	33
Tabela 9 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e controle da HA, Ribeirão Preto, SP, 2013	33
Tabela 10 -	Distribuição dos hipertensos segundo sexo e fatores comportamentais. Ribeirão Preto, SP, 2013	35
Tabela 11 -	Distribuição dos hipertensos ativos segundo sexo e domínios do IPAQ. Ribeirão Preto, SP, 2013	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	21
	3.1 Objetivo Geral	21
	3.2 Objetivos Específicos	21
4	METODOLOGIA	23
	4.1 Amostra	23
	4.2 Critérios de Inclusão	24
	4.3 Critérios de Exclusão	24
	4.4 Coleta de Dados	24
	4.5 Análise crítica dos riscos e benefícios	25
5	RESULTADOS	27
	5.1 Características Socioeconômicas	27
	5.2 Indicadores de Saúde	30
	5.3 Fatores Comportamentais	34
	5.4 IPAQ	36
6	DISCUSSÃO	37
	6.1 Dificuldades Encontradas	37
	6.2 Características Socioeconômicas	38
	6.3 Indicadores de Saúde	39
	6.4 Fatores Comportamentais	41
	6.5 Atividade Física e IPAQ	41
7	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	55
	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX ocorreu um processo de transição demográfica, representado por um envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida, declínio da mortalidade, acompanhados pelo declínio da fecundidade, pela urbanização, melhorias na saúde e no estado nutricional. Essa revolução na saúde foi decorrente da maior disponibilidade de alimentos, saneamento, e melhora do nível educacional (mudança cultural) (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1999). Paralelamente, o conceito de saúde sofreu transformações intensas nas últimas décadas, no sentido de um rompimento do paradigma de um modelo de saúde, ainda hegemônico, centrado no hospital, curativo, pontual e reabilitador, em direção a um modelo assistencial universal, integral, promotor da saúde e preventivo. As modificações foram impulsionadas pelo movimento sanitarista nacional das décadas de 70 e 80 que culminaram na criação de um sistema único de saúde brasileiro vigente, o SUS (BRASIL, 2007).

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade, morbidade e incapacidade no mundo (WHO, 2013a). Países de média renda, como o Brasil, sofrem a carga das doenças crônicas (WHO, 2005), necessitando urgentemente de uma ação global para sua prevenção (BEAGLEHOLE et al., 2007). Devida sua enorme importância, foram incluídas no atual plano de ação (2008-2013) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2008). Ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais constituem importantes problemas mundiais de saúde pública, além de representarem custos econômicos e sociais elevados que, em grande parte, podem ser evitados por meio de medidas preventivas (WHO, 2013b). Estima-se que as DCVs contribuirão para gerar um déficit na economia nacional de aproximadamente quatro bilhões de reais até 2015 (ABEGUNDE et al., 2007). Segundo as estimativas de mortalidade no mundo da OMS, no ano de 2008, as doenças cardiovasculares representaram 30,5% do total de mortes, sendo a maior parte (12,8%) do total por doença isquêmica do coração (WHO, 2013a). As doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 32,45% do total de óbitos no Estado de São Paulo em 2011, são as principais causas de óbito, atingindo principalmente a população a partir dos 30 anos de idade (BRASIL, 2009). A taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório em 2009 foi de 188/100.000 habitantes, sendo as doenças isquêmicas do coração as principais responsáveis por essa elevada taxa, principalmente na faixa etária acima dos 40 anos e atingindo mais o sexo masculino (BRASIL, 2009; IBGE, 2009). Nesta mesma faixa etária e para ambos os sexos, as doenças do

aparelho circulatório são responsáveis pela maior proporção de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), excluindo-se as por gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2010). Em Ribeirão Preto, no ano de 2010, 20% dos óbitos foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório (IBGE, 2010).

A DCV se manifesta mais precocemente nos homens e inclui condições comuns, tais como hipertensão arterial (HA), um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN, 2010), doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca (IC) (BENJAMIN et al., 2002). A prevalência de hipertensão, bem como de sedentarismo, vem aumentando ao longo dos anos, sendo um sinal de alerta para o sistema de saúde pública (SCHMIDT et al., 2011).

O principal objetivo da prevenção da HA deve consistir no auxílio àqueles com baixo risco para manterem este estado ao longo da vida e ajudar os com risco aumentado a reduzi-lo. A maioria das pessoas na população em geral tem um ou mais fatores de risco para DCV (VASAN et al., 2005), sendo um dos principais a HA, bem como a obesidade e sedentarismo, contribuindo de forma importante para o desenvolvimento de múltiplos fatores de risco (GRUNDY et al., 1998). O risco de desenvolver hipertensão ao longo da vida é de cerca de 20% (STAESSEN; WANG; THIJIS, 2001). Níveis elevados de pressão arterial são tipicamente associados com níveis elevados de colesterol, índice de massa corporal, e um aumento da prevalência de diabetes (WILSON et al., 1998). A HA, níveis elevados de colesterol total e de colesterol LDL, e diminuídos de HDL, são considerados preditivos de doença arterial coronariana (WILSON et al., 1998).

Parece existir uma relação importante entre a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM), favorecida pela existência de HA prévia, e a condição socioeconômica (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998). Em amostras populacionais brasileiras, a presença de 2 ou mais fatores de risco de IAM são mais frequentes entre aqueles com baixa escolaridade; diferenças significativas foram observadas para homens com até 4 anos de estudo em relação a homens com 5 a menos de 11 anos de estudo (LESSA et al., 2004). A mortalidade prematura atribuível a doenças cardiovasculares também atinge de forma mais acentuada a população mais pobre (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). Maiores níveis de escolaridade em

adultos jovens estão associados com um perfil de risco cardiovascular favorável e mais lenta progressão da aterosclerose da carótida (KESTILA et al., 2012).

Atividade física (AF) pode ser definida como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos com gasto energético”. A inatividade física é hoje identificada como o quarto fator de risco mais importante para mortalidade global, responsável por 6% do total de mortes (WHO, 2010). A American Heart Association (AHA) classifica a inatividade física como um grande fator de risco (FLETCHER et al., 1996), enquanto que o exercício tem efeito protetor para doença coronária (KUPER et al., 2009) e, quando realizado regularmente, reduz o risco de IAM (LANAS et al., 2007) através de uma relação dose-resposta (BERLIN; COLDITZ, 1990). Exercício físico é considerado um subconjunto de AF, sendo realizado de maneira sistematizada, planejada, estruturada e repetitiva. O treinamento físico regular é capaz de reduzir a pressão arterial de repouso do indivíduo hipertenso (SBC; SBH; SBN, 2010). O exercício físico, subconjunto da AF, pode reduzir a incidência de doença cardíaca coronariana por retardar o processo aterosclerótico, modificando a estrutura das artérias coronárias, reduzindo o vasoespasmos, aumentando a estabilidade elétrica do miocárdio ou aumentando a fibrinólise (POWELL et al., 1987). A inatividade física constitui um alvo de intervenção (FLETCHER, 1997), de programas nacionais e estudos multicêntricos (DUNCAN et al., 1993). Recomenda-se que adultos de 18-64 anos devem praticar, pelo menos, 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada durante a semana (WHO, 2010). Programas de intervenção, como o Agita São Paulo (MATSUDO et al., 2002), buscam incentivar atividades em casa, no transporte e tempo de lazer, e parecem obter bons resultados.

Dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2012 (BRASIL, 2012b), uma pesquisa autorreferida por telefone, trouxeram resultados otimistas, como a redução da frequência de inatividade física tanto dos homens quanto das mulheres. A AF no lazer foi a mais prevalente para os homens, principalmente para aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, com aproximadamente 40%. Dentre as capitais dos estados brasileiros, São Paulo foi a segunda com menor percentual (28%) de adultos que praticam AF no tempo livre. Inversamente, a frequência de sobrepeso ($IMC \geq 25$ - $29,9 kg/m^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 kg/m^2$) vêm aumentando para ambos os sexos de modo preocupante. Homens com mais de 12 anos de escolaridade apresentam a maior prevalência (60%), enquanto que as mulheres de mesma condição apresentam a menor prevalência (35%)

de sobrepeso. O inquérito aponta como avanços o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011- 2022 (BRASIL, 2011a) e o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser conceituada como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2012). STARFIELD (2002) definiu quatro atributos, ou princípios, essenciais da AB que compreendem: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; bem como três aspectos derivativos: centralização na família, competência cultural e orientação comunitária. No contexto da AB, é desejável implantar planos de intervenção específicos para cada população, sendo peça fundamental o conhecimento dessa comunidade para que um determinado programa seja efetivo e promova modificações desejáveis no comportamento, buscando-se um estilo de vida mais saudável (COLOMBO; AGUILLAR, 1997). O controle e o diagnóstico de HA, atribuições da AB que deve resolver acima de 85% dos problemas mais comuns de saúde, tornaram-se ações prioritárias e estratégicas de atuação após o Pacto em Defesa da Vida de 2005 (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006). Importante destacar a HA como uma das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade. No Brasil, a implementação de um “Sistema Único de Saúde” (SUS) possibilitou mudança neste setor, com a AB como porta de entrada e norteadora das ações de saúde, contextualizada através do “Programa de Saúde da Família” (PSF) como estratégia de reorganização da saúde pública.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011a), traz como proposta de meta nacional o aumento da prevalência de atividade física no lazer. Além disso, apresenta como principal ação o Programa Academia da Saúde, que consiste na construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, articulados com a atenção básica em saúde (BRASIL, 2011b). O programa cria os pólos da Academia da Saúde, com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis, podendo estar vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou a uma unidade da atenção básica.

A prefeitura do município de Ribeirão Preto conta com o Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP), coordenando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os cinco

Distritos de Saúde, além da existência de um programa específico de DCNT, responsável pelo “Protocolo de atendimento em Hipertensão e Diabetes” de 2011. Existe no município um programa voltado à atividade física, o Programa de Integração Comunitária (PIC), em um total de 47 núcleos, situados em diversos pontos, sendo sete deles na região do Distrito Oeste do Sumarezinho.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em janeiro de 2014, Ribeirão Preto apresentava apenas 64,3% do número de hipertensos cadastrados em acompanhamento, registrando 4.905 indivíduos com HA acima dos 15 anos de idade (BRASIL, 2014). Segundo dados do HIPERDIA, referente ao ano de 2013, o total estimado de hipertensos era de 54.766, em sua maioria sedentários e que apresentam sobrepeso (BRASIL, 2013).

Uma recente revisão sistemática da literatura indica que ainda há uma série de lacunas do conhecimento em relação à importância dos determinantes sociais na prática da AF (HALLAL et al., 2007), com destaque para a renda e a escolaridade, necessitando de políticas relacionadas à prática de atividade física adequadas do ponto de vista sociocultural. Os resultados de um recente estudo epidemiológico transversal em Ribeirão Preto, utilizando o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), sugerem que a prevalência de prática insuficiente de atividade física na população do município se encontra elevada em ambos os sexos. Foram encontradas associações que sugerem a “necessidade de implantação de programas específicos de incentivo à atividade física, direcionados a homens que trabalham mais de dez horas/dia, consomem três ou mais medicamentos e consideram sua saúde como “ruim ou péssima”, e a mulheres de baixa renda e escolaridade” (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011). Outro estudo nacional sobre prática de AF e fatores associados em adultos sugere o investimento na promoção das AF no lazer e como forma de deslocamento e em locais adequados para a prática próximos às residências (FLORINDO et al., 2009b). Escolaridade maior que nove anos de estudo, e a existência de local para praticar esportes próximo à residência, parecem favorecer um comportamento saudável entre adultos jovens (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009). Os fatores mais frequentemente indicados pelos adultos e idosos como importantes para manutenção da saúde em estudo transversal foram alimentação saudável, realizar exercício físico, não fumar e consultar o médico regularmente (SIQUEIRA et al., 2009). Entretanto, para a prática de exercícios físicos, especialmente em regiões de maior iniquidade social, são necessários investimentos em segurança pública, instalações e na promoção de redes de apoio social (FLORINDO et al., 2011).

2 JUSTIFICATIVA

A AB é considerada a porta de entrada do indivíduo portador de HA para o sistema de atenção à saúde e nível primário do Sistema de Serviços de Saúde. A prática de atividade física regular figura como um importante componente do tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo. Sendo assim, busca-se a caracterização desses indivíduos e dos seus níveis de AF, de modo a subsidiar o desenvolvimento de estratégias, planos ou ações de saúde voltadas para essa população em acompanhamento na AB.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil dos hipertensos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família 3 (NSF-3) de Ribeirão Preto - SP, bem como identificar seus níveis de AF.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os indivíduos hipertensos através de variáveis socioeconômicas e relacionadas a indicadores de saúde;
- Identificar fatores comportamentais associados à HA e à prática de AF;
- Identificar os níveis de AF dos portadores de HA, através dos quatro domínios da versão longa do IPAQ.

4 METODOLOGIA

Segundo o relatório de “Prestação de Contas (2011)” da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, o município é composto por 05 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Unidades Saúde da Família e 23 Equipes de Saúde da Família, com 16,55% da população coberta (BRASIL, 2012a).

O Núcleo de Saúde da Família 3 (NSF-3), sob a gestão da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), está situado na área de abrangência do Distrito de Saúde Oeste como uma unidade auxiliar de ensino com atendimento de população adscrita, através de uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2012a) responsável por uma população estimada de 2.282 habitantes. Atende residentes na área básica de abrangência da UBDS do Sumarezinho (Centro de Saúde Escola - CSE da FMRP-USP), estimada em 151.218 habitantes.

O presente projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CSE da FMRP-USP, parecer de número 193.618.

4.1 Amostra

A população do estudo foi composta por 167 dos 418 indivíduos cadastrados no NSF-3 com diagnóstico de HA. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a seguinte fórmula (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2001):

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Estabelecendo:

n= Tamanho da amostra.

$Z_{\alpha} = 1,96$. Ponto da Curva Normal Reduzida, correspondente ao nível de confiança escolhido (95%).

p= 65% de inatividade física, de acordo com a literatura (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011).

q = Percentagem complementar $100-p$, ou seja, proporção de indivíduos que realiza AF.

$N = 418$ hipertensos. Tamanho da população. A relação desses hipertensos foi obtida através do SIAB do NSF-3.

$e = 5\%$. Erro máximo permitido.

Os sujeitos da pesquisa foram abordados e recrutados: por telefone, através do Programa de Integração Comunitária (PIC) do NSF-3, hipertensos em acompanhamento com medição regular da pressão arterial, ou aguardando na sala de espera. Os indivíduos selecionados foram convidados a participar da pesquisa, com entrevista realizada pelo pesquisador no espaço físico do NSF-3.

4.2 Critérios de Inclusão

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados no NSF-3 com diagnóstico de HA.

4.3 Critérios de Exclusão

- Hospitalizações nos 3 meses anteriores à entrevista;
- Quadro ou processo infeccioso na semana anterior à entrevista;
- Limitações físicas ou cognitivas importantes que impossibilitem a prática de AF.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados durante o período de junho a dezembro de 2013, no NSF-3. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado, aplicado pelo entrevistador, composto de variáveis relacionadas aos dados de identificação, características socioeconômicas, comportamentais e indicadores de saúde, além da obtenção de medidas da pressão arterial, da relação cintura-quadril, circunferência abdominal e antropométricas (peso e altura), para cálculo do IMC.

As medidas das circunferências da cintura, quadril e abdominal, com utilização de fita métrica, peso e altura, com balança profissional digital, foram obtidas em duplicatas, utilizando-se a média dos valores obtidos. A técnica de medição das circunferências foi de acordo com protocolo (WHO, 2011), considerando a circunferência da cintura como o ponto médio aproximado entre a margem inferior da última costela palpável e a parte superior da crista ilíaca, a circunferência do

quadril como a área mais larga, no nível do trocanter maior do fêmur, e a circunferência abdominal ao nível da cicatriz umbilical. A medida da pressão arterial foi realizada de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e uso de esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado. Foram feitas três medições da pressão arterial dos indivíduos na posição sentada, com intervalo de 5 minutos entre as mesmas, utilizando-se a média das duas últimas.

Para a verificação do nível de atividade física, foi utilizada a versão longa do IPAQ (CRAIG et al., 2003), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 buscando padronizar e permitir a comparação dos resultados entre estudos realizados em diferentes países (SILVA et al., 2007), com sua validade testada no Brasil por Matsudo et al., em 2001. Para a análise e processamento dos dados do IPAQ foram utilizadas diretrizes previamente estabelecidas (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE - IPAQ, 2005).

Os indivíduos foram classificados como ativos (categorias ativo e muito ativo do IPAQ) e inativos (categoria insuficientemente ativo e sedentário do IPAQ), para cada domínio.

4.5 Análise crítica dos riscos e benefícios

Como benefícios, a caracterização dos indivíduos hipertensos e dos seus níveis de AF poderá vir a subsidiar o desenvolvimento de estratégias, planos ou ações de saúde específicas voltadas para essa população em acompanhamento no nível de AB à saúde.

O presente projeto de mestrado apresenta poucos riscos ou prejuízos aos seus participantes, que são decorrentes do tempo gasto para responder o questionário e possível desconforto causado por algumas perguntas.

5 RESULTADOS

5.1 Características Socioeconômicas

Participaram do estudo 167 indivíduos hipertensos cadastrados e em acompanhamento pela equipe de saúde do NSF-3. A população estudada está apresentada na Tabela 1, mostrando que de um total de 167 hipertensos, 112 (67,1%) eram mulheres e 102 (61,1%) idosos (≥ 60 anos). A idade dos entrevistados variou entre 27 e 88 anos, com média de 63,1 ($\pm 12,6$) anos.

Tabela 1 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e faixa etária. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Faixa Etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
25 a 59	26 (47,3%)	39 (34,8%)	65 (38,9%)
60 e mais	29 (52,7%)	73 (65,2%)	102 (61,1%)
Total	55 (100%)	112 (100%)	167 (100%)

A escolaridade predominante foi Ensino Fundamental Incompleto (46%), e para ambos os sexos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e escolaridade. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Sem Instrução	1 (1,8%)	2 (1,8%)	3 (1,8%)
Alfabetização de Adultos	-	1 (0,9%)	1 (0,6%)
Ensino Fundamental Incompleto	22 (40%)	55 (49,1%)	77 (46,1%)
Ensino Fundamental Completo	7 (12,7%)	18 (16,1%)	25 (15,0%)
Ensino Médio Incompleto	1 (1,8%)	1 (0,9%)	2 (1,2%)
Ensino Médio Completo	8 (14,5%)	17 (15,2%)	25 (15%)
Curso Técnico	9 (16,4%)	3 (2,7%)	12 (7,1%)
Ensino Superior Incompleto	1 (1,8%)	4 (3,6%)	5 (3,0%)
Ensino Superior Completo	5 (9,2%)	10 (8,8%)	15 (9,0%)
Pós-Graduação	1 (1,8%)	1 (0,9%)	2 (1,2%)
Total	55 (100%)	112 (100%)	167 (100%)

Os hipertensos são em sua maioria casados (57,5%), possuem residência própria (81,4%), moram em média 3 ($\pm 1,5$) pessoas por domicílio, variando de 1 a 10 pessoas, e em média 2,8 ($\pm 1,1$), adultos; variando de 1 a 7 adultos.

Foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), para a caracterização socioeconômica dos entrevistados. Em ambos os sexos, a maioria dos participantes foi classificada como pertencente às classes econômicas B2 e C1 (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e classificação socioeconômica. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Classificação	Masculino	Feminino	Total
A1/A2	4 (7,3%)	6 (5,3%)	10 (6,0%)
B1	11 (20,0%)	20 (17,9%)	31 (18,5%)
B2	16 (29,1%)	34 (30,4%)	50 (30,0%)
C1	18 (32,7%)	34 (30,4%)	52 (31,1%)
C2	4 (7,3%)	12 (10,7%)	16 (9,6%)
D/E	2 (3,6%)	6 (5,3%)	8 (4,8%)
Total	55 (100%)	112 (100%)	167 (100%)

A Tabela 4 indica que nos últimos três meses 47,3% dos homens e 30,4% das mulheres exerceram alguma atividade remunerada, seja por renda formal ou informal; apenas 5,4% realizam atividade voluntária, predominantemente mulheres (77,8%). As horas trabalhadas por semana foram em média 37,3 ($\pm 19,2$), variando de 1,5 a 84 horas.

Tabela 4 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e trabalho remunerado. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Trabalho Remunerado	Masculino	Feminino	Total
Sim	26 (47,3%)	34 (30,4%)	60 (36%)
Não	29 (52,7%)	78 (69,6%)	107 (64%)
Total	55 (100%)	112 (100%)	167 (100%)

A distância média percorrida da residência até o local de trabalho/atividade remunerada/voluntária foi de 5,1 ($\pm 2,8$) km, variando de 0,5 a 20km. Para ir e/ou voltar do trabalho/atividade remunerada/voluntária, 12 (7,2%) indivíduos fazem todo o trajeto a pé ou de bicicleta, e 7 (4,2%) indivíduos apenas parte do trajeto, ou seja, a ida ou a volta. Em relação aos principais meios de transporte utilizados para locomoção até o trabalho/atividade remunerada/voluntária, 23 entrevistados (13,8%) se deslocam de carro e 18 (10,8%) por transporte público.

Observou-se que 62,3% dos indivíduos recebiam algum benefício social, sendo os principais a aposentadoria (38,3%) e a pensão (15%), além dos casos de aposentadoria e pensão (1,8%), auxílio 6% ou bolsa (1,2%).

Em relação ao usufruto de plano de saúde particular ou convênio médico, 24% dos entrevistados afirmaram possuir apenas um plano ou convênio, e 2,4% mais de um; no entanto, verificou-se que a maioria (73,6%) não possuía nenhuma cobertura privada de saúde, um possível indicador de qualidade do serviço.

5.2 Indicadores de Saúde

O peso médio entre os entrevistados foi de 76,8 ($\pm 19,2$) kg, variando de 40 a 113 kg para as mulheres e de 57 a 148 kg para os homens. Nenhuma mulher relatou estar grávida no momento da entrevista. A altura média foi 161,6 ($\pm 9,1$) cm, variando de 140 a 187 cm e índice de massa corporal (IMC) de 29,2 ($\pm 5,9$) kg/m², variando de 18,4 a 49 kg/m². Entre os homens a média do IMC foi 29,8 ($\pm 6,1$) kg/m²; variando de 21,5 a 49 kg/m², e entre as mulheres foi de 28,9 ($\pm 5,9$) kg/m², variando de 18,3 a 48,9 kg/m².

Foram obtidas medidas relacionadas à obesidade, que estimam a gordura visceral. A circunferência abdominal (CA) dos indivíduos apresentou média de 103 (± 1) cm; variando de 70 a 142 cm, a do quadril de 108,8 (± 1) cm; variando de 84 a 153 cm; a média da relação cintura/quadril (RCQ) foi de 0,95 ($\pm 0,08$); variando de 0,74 a 1,2. A Tabela 5 aponta maior CA (109,4 $\pm 14,2$ cm; variando de 82 a 142 cm) e RCQ (1 $\pm 0,07$; variando de 0,89 e 1,2), entre os homens.

Tabela 5 - Média ($\pm$ desvio padrão) de dados antropométricos em hipertensos, segundo o sexo. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Dados	Masculino	Feminino	Total
Antropométricos	n=55	n=112	n=167
Peso (kg)	87,5 $\pm$ 21,3	71,6 $\pm$ 15,7	76,8 $\pm$ 19,2
Altura (cm)	170,8 $\pm$ 6,2	157,1 $\pm$ 6,6	161,6 $\pm$ 9,1
IMC (kg/m ²)	29,8 $\pm$ 6,1	28,9 $\pm$ 5,9	29,2 $\pm$ 5,9
Circunferência (cm):			
Abdominal	109,4 $\pm$ 14,2	99,8 $\pm$ 12,9	103,0 $\pm$ 1,0
do Quadril	108,2 $\pm$ 11,8	108,8 $\pm$ 12,6	108,8 $\pm$ 12,1
RCQ	1,0 $\pm$ 0,07	0,92 $\pm$ 0,07	0,95 $\pm$ 0,08

Na Tabela 6, observa-se que a prevalência de sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25,0$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) foi de 47,3% (41,8% nos homens e 50% nas mulheres); a de obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) foi de 19,2% (25,4% nos homens e 16,1% nas mulheres) (BRASIL, 2011c).

A obesidade central, como medida do conteúdo de gordura visceral, foi avaliada através da CA e RCQ. Os pontos de corte sugeridos pela OMS (WHO, 2011) para a CA são ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres, e para a RCQ como $\geq 0,90$ para homens e $\geq 0,85$ para mulheres. Quanto à CA, 92,2% dos indivíduos apresentaram valores acima do ponto de corte (92,7% dos homens e 92% das mulheres), bem como 88,6% (98,2% dos homens e 83,9% das mulheres) para a RCQ.

Em relação às comorbidades apresentadas pelos hipertensos, 30,9% dos homens e 30,4% das mulheres (uma mulher não soube informar) referiram diabetes. Quanto à dislipidemia, questionado como colesterol alto ou em uso de medicação para o seu controle, foi relatada por 41,8% dos homens e 50,9% das mulheres (3 homens e 3 mulheres não souberam informar). Em relação à doença renal, o percentual foi de 1,8% dos homens e 6,3% das mulheres.

Tabela 6 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e comorbidades. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Comorbidades	Masculino	Feminino	Total
	n=55	n=112	n=167
Sobrepeso	23 (41,8%)	56 (50,0%)	79 (47,3%)
Obesidade	14 (25,4%)	18 (16,1%)	32 (19,2%)
Obesidade Central:			
Circ. Abdominal	51 (92,7%)	103 (92,0%)	154 (92,2%)
RCQ	54 (98,2%)	94 (83,9%)	148 (88,6%)
Diabetes r	17 (30,9%)	34 (30,4%)	51 (30,5%)
Dislipidemia	23 (41,8%)	57 (50,9%)	80 (47,9%)
Doença Renal	1 (1,8%)	7 (6,3%)	8 (4,8%)

A duração do diagnóstico da HA variou entre uma semana e 43 anos, com média de 12,7 ($\pm 9,7$) anos, obtido principalmente através dos sintomas (50,9%) e em exames de rotina em pacientes assintomáticos (46,1%). Segundo a Tabela 7, para ambos os sexos, predominou a duração da HA entre 10 e 19 anos.

Tabela 7 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e tempo de diagnóstico da hipertensão arterial. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Duração da HA	Masculino	Feminino	Total
(anos)	n (%)	n (%)	n (%)
< 1	4 (7,3)	13 (11,6)	17 (10,2)
1-4	10 (18,2)	12 (10,7)	22 (13,2)
5-9	11 (20,0)	33 (29,5)	44 (26,3)
10-19	16 (29,1)	33 (29,5)	49 (29,3)
> 20	14 (25,4)	21 (18,7)	35 (21,0)
Total	55 (100)	112 (100)	167 (100)

No diz respeito ao número de medicamentos de uso diário e regular nos 15 dias que antecederam a entrevista, a média foi de 4,5 ($\pm$ 2,8) medicamentos por dia; variando de 0 a 13), enquanto a média de fármacos anti-hipertensivos foi de 1,7 ($\pm$ 1,1); variando de 0 a 5).

Tabela 8 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e número de medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão arterial. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Número de medicamentos	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Nenhum	4 (7,3)	14 (12,4)	18 (10,8)
1	20 (36,4)	46 (41,1)	66 (39,5)
2	18 (32,7)	33 (29,5)	51 (30,5)
3-5	13 (23,6)	19 (17,0)	32 (19,2)
Total	55 (100)	112 (100)	167 (100)

A definição consensual de HA é de valores de pressão arterial sistólica (PAS) $\geq$ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica (PAD) $\geq$ 90 mmHg, ou em uso de medicação anti-hipertensiva (SBC; SBH; SBN, 2010). Consideramos PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg como HA controlada. Podemos observar na Tabela 9 que 55,1% dos hipertensos não estão com a HA controlada (52,7% dos homens e 56,3% das mulheres).

Tabela 9 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e controle da HA. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Controle HA	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
SIM	26 (47,3)	49 (43,7)	75 (44,9)
NÃO	29 (52,7)	63 (56,3)	92 (55,1)
Total	55 (100)	112 (100)	167 (100)

Os voluntários da pesquisa, em sua maioria, relataram utilizar os serviços de saúde trimestralmente (43,1%), e medem a PA regularmente (61%), principalmente em consulta com profissional de saúde (37,8%). Participam ou participaram de grupos educativos oferecidos pelos serviços de saúde apenas 14,4% dos indivíduos. A medicação para controlar a pressão alta é obtida predominantemente em unidades de saúde do SUS (70%).

Quanto ao histórico pessoal, 6,6% dos indivíduos afirmaram terem sofrido episódio de IAM no passado, e 7,8% de AVE. Verificou-se também a história familiar positiva (familiares de primeiro grau) em relação à presença de Diabetes Mellitus (DM) (44,2%), obesidade (61%), IAM (38,4%), AVE (28,7%) e insuficiência renal (12%)

A percepção subjetiva de saúde, ou auto-percepção do estado de saúde, foi classificada pelos sujeitos predominantemente como boa (55,1%) ou regular (34,1%).

5.3 Fatores Comportamentais

Na Tabela 10 verifica-se que 23,6% dos homens e 8,9% das mulheres fazem uso de tabaco, sendo 3,6% dos homens e 0,9% das mulheres ocasionalmente. A maioria fuma de 5 a 9 cigarros por dia (26,3%). A idade média referida de início do hábito de fumar regularmente foi de 18,8 anos. Entretanto, 64,7% dos fumantes tentaram abandonar o uso do tabaco. Aproximadamente 26,9% dos não-fumantes fumou no passado, começando em média aos 19 ($\pm 9,1$; variando de 6 a 39) anos e parando em média aos 45,2 ($\pm 13,8$; variando de 16 a 71) anos. Dividiam a casa com outras pessoas 93,4% dos hipertensos, sendo que em 25% dos casos eram fumantes passivos no domicílio. Em relação ao ambiente de trabalho, 31,1% relataram ser fumantes passivos.

A Tabela 10 mostra que 54,5% dos homens e 14,3% das mulheres consomem bebida alcoólica. Nos últimos 30 dias, 43,3% dos homens afirmaram ter consumido 5 ou mais doses de bebida alcoólica pelo menos em uma única ocasião. Foram consideradas 5 doses de bebida alcoólica como 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Em contrapartida, 18,8% das mulheres relataram ter consumido 4 ou mais doses pelo menos em uma única ocasião.

Quanto ao padrão de sono e descanso, como o número de horas de sono em um dia comum na semana, verificou-se média de 7,3 ($\pm 1,48$; variando de 4 a 12) horas por dia.

Em relação aos últimos três meses, 25,4% dos homens e 35,7% das mulheres relataram ter praticado algum tipo de exercício físico no lazer, excluindo-se acompanhamento pela fisioterapia, conforme apresentado na Tabela 10. A caminhada (57,4%) e a ginástica (26%), realizada no espaço físico do NSF-3 através do PIC, foram os principais tipos de exercício físico praticados no lazer. Entretanto, somente 33,3% das AF foram devidamente prescritas e supervisionadas por profissional especializado, realizadas em média 3,6 ($\pm 2,7$); variando de 1 a 7 vezes por semana e com duração média de 55 ($\pm 18,9$; variando de 30 a 120) minutos. Os indivíduos afirmaram realizar AF em média há 8,9 anos ($\pm 13,5$; variando de 4 meses a 47 anos), sendo considerados apenas aqueles que praticavam há pelo menos 3 meses, de modo contínuo e regular.

Tabela 10 - Distribuição dos hipertensos segundo sexo e fatores comportamentais. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Fatores	Masculino	Feminino	Total
Comportamentais	n=55	n=112	n=167
Tabagismo	13 (23,6%)	10 (8,9%)	23 (13,8%)
Consumo de Álcool	30 (54,5%)	16 (14,3%)	46 (27,5%)
1-2 dias/semana	19 (34,5%)	7 (6,3%)	26 (15,6%)
≥ 3 dias/semana	11 (20%)	9 (8%)	20 (12%)
AF referida	14 (25,4%)	40 (35,7%)	54 (32,3%)

No que se refere à existência de locais para realizar caminhada, exercício físico ou esporte próximos à residência, como clubes, academias, praças, ruas, parques ou escolas, públicos ou particulares, 74,8% dos hipertensos relataram haver tais locais; 84,6% consideram os espaços com iluminação adequada à noite e 74,2% relataram ser seguros para a prática de AF. Quanto ao suporte social, 53,3% tem preferência por realizar AF no lazer sozinhos. Acreditam seguir a recomendação de 150 minutos acumulados de AF por semana 36% dos voluntários.

5.4 IPAQ

Os níveis de AF dos hipertensos cadastrados no NSF-3 entrevistados foi estimado por meio dos quatro domínios do IPAQ: trabalho, transporte, lazer e domiciliar.

A Tabela 11 aponta que os homens foram mais ativos nos domínios domiciliar (23,6%), trabalho e transporte (18,2%), enquanto as mulheres no domicílio (53,6%) e lazer (17,9%).

Tabela 11 - Distribuição dos hipertensos ativos segundo sexo e domínios do IPAQ. NSF-3, Ribeirão Preto, SP, 2013

Domínios IPAQ	Masculino n=55	Feminino n=112	Total n=167
Trabalho	10 (18,2%)	6 (5,4%)	16 (9,6%)
Transporte	10 (18,2%)	7 (6,2%)	17 (10,2%)
Domiciliar	13 (23,6%)	60 (53,6%)	73 (43,7%)
Lazer	8 (14,5%)	20 (17,9%)	28 (16,8%)

6 DISCUSSÃO

6.1 Dificuldades Encontradas

A investigação foi desenvolvida no período de julho a outubro de 2013 com a população de abrangência do NSF-3, formada por cinco microáreas. De acordo com os dados de cadastramento da área do NSF-3, registrados pelo SIAB, no início da coleta de dados foram estimados 404 hipertensos em uma população coberta de 2009 indivíduos. O NSF-3 propicia atenção primária à população, conforme estabelece a ESF, e dentro do modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

O acesso aos hipertensos cadastrados e em acompanhamento no NSF-3 foi a principal dificuldade encontrada no estudo. Primeiramente, foi realizado estudo-piloto através de contato telefônico, seguido de agendamento para entrevista. A estratégia, que resultou em apenas 5 entrevistados, teve como obstáculos: questão da confiança e credibilidade, encontrar alguém em casa no horário de funcionamento do Núcleo e lista telefônica desatualizada. Em seguida, optou-se pela busca ativa de voluntários no espaço físico do Núcleo, de segunda a sexta-feira e das 07:00 às 17:00 horas. Foram abordados e convidados a participar da pesquisa integrantes do PIC, pacientes aguardando na sala de espera para: acompanhamento semanal da pressão arterial, consulta, retirada de medicamentos e exames, grupos de apoio e agendamento. As entrevistas foram todas realizadas nos consultórios disponíveis.

O presente estudo apresenta como limitações: viés de seleção, resultado de uma amostra selecionada por conveniência e composta por indivíduos que buscaram atendimento, não permitindo extrapolar os dados encontrados por não representarem todos os hipertensos em acompanhamento na AB; complexidade e diversidade dos parâmetros envolvidos, como fatores ambientais, socioculturais, organização do sistema de saúde.

6.2 Características Socioeconômicas

A população estudada apresenta como características ser predominantemente composta por mulheres, idosas e com baixa escolaridade. Segundo a pesquisa VIGITEL de 2012, apresenta hipertensão arterial 24,3% da população nacional, principalmente mulheres e acima de 65 anos de idade, com anos de escolaridade inversamente proporcional à presença de hipertensão (BRASIL, 2012b). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com hipertensos cadastrados no SIAB do Núcleo de Saúde da Família I (NSF-I) em 2008, em sua maioria mulheres acima de 60 anos de idade e que possuíam até o 1º grau de escolaridade (CARLOS et al., 2008). Parece existir uma relação direta e linear da PA com a idade (SBC; SBH; SBN, 2010), assim como a HA ser mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO et al., 2008; JARDIM et al., 2007; NASCENTE et al., 2010). Desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde ocorrem em ambos os sexos, porém com diferentes padrões etários de utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2002). A variável gênero exerce influência na necessidade, na predisposição e na decisão de busca por atendimento médico (RIBEIRO; PERPÉTUO; ANDRADE, 2006). A elevada proporção de mulheres idosas e hipertensas nos estudos é decorrente do envelhecimento populacional (PAPALÉO NETTO, 2002) e de uma preocupação maior com sua saúde, levando à demanda por serviços de saúde (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011; CARLOS et al., 2008).

As mais elevadas taxas de prevalência da HA ocorrem nos países de renda baixa, assim como maiores taxas de morbidade, incapacidade, mortes prematuras e menor acesso a tratamento (LAWES; HOORN; RODGER, 2008). Recentemente, inquérito epidemiológico realizado no Brasil (PICCINI et al., 2012), evidenciou que metade dos hipertensos pertencia às classes socioeconômicas menos favorecidas. Resultados semelhantes foram encontrados no presente estudo, onde a renda familiar dos entrevistados é formada principalmente pela aposentadoria ou benefício social, e menos da metade dos indivíduos exerce alguma atividade remunerada. Estudos nacionais apontam associação entre baixa renda e HA (COSTA et al., 2007; HARTMANN et al., 2007). Renda e escolaridade baixas favorecem a não-adesão ao tratamento, manejo inadequado da hipertensão, concepções e entendimento da doença prejudicados, que dificultam o acesso e utilização dos serviços de saúde.

6.3 Indicadores de Saúde

Estudo de abrangência nacional realizado em 2012, o VIGITEL (BRASIL, 2012b), mostrou que 51% da população adulta apresenta excesso de peso e 17,4% obesidade. O excesso de peso é um fator predisponente para a HA, bem como a CA acima dos valores de referência, além de ser um fator preditivo de doença cardiovascular (HARTMANN et al., 2007; PORTO; PORTO, 2009). Estudos indicam que a hipertensão está fortemente associada ao sobrepeso e à obesidade (BARBOSA et al., 2008; CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007; FEIJAO et al., 2005; LESSA et al., 2006). Uma elevada RCQ é associada à obesidade e à HA (CANOY et al., 2004); a CA é correlacionada com a quantidade de tecido adiposo visceral (CLASEY et al., 1999) e é um indicador de obesidade central em adultos e mulheres idosas (CABRERA et al., 2005, 2007; POIRIER et al., 2006). Evidenciando a importância da relação do excesso de peso e obesidade com a HA, no presente estudo, 47,3% dos hipertensos examinados apresentaram sobrepeso e 19,2% obesidade. Isto salienta a importância que assumem as intervenções que visem prevenção do excesso de peso, ou a redução do peso nos indivíduos que tenham sobrepeso ou obesidade.

Em recentes artigos nacionais sobre AB, que também buscaram identificar o perfil e caracterizar os usuários hipertensos de unidades básicas e núcleos de saúde da família, as principais comorbidades relatadas foram: 33,06% de diabetes (FREITAS et al., 2012), 35,1% de dislipidemia (CENATTI et al., 2013) e 1,59% de doença renal (CARLOS et al., 2008), resultados semelhantes aos do presente estudo. HA, diabetes e dislipidemia, associadas ao excesso de peso e obesidade, especialmente a obesidade central, compõe a chamada síndrome metabólica (SBH et al., 2005).

Parece existir relação diretamente proporcional entre uma menor adesão ao tratamento, caracterizada pelas crescentes taxas de abandono e o tempo de duração do diagnóstico da HA (SANTOS et al., 2005). Elevado número de indivíduos foram diagnosticados apenas ao apresentarem sintomas da doença, ou seja, para 50,9% dos casos, a detecção ocorreu com a doença já instalada, sintomática ou com complicações, comparativamente aos 46,1% dos casos diagnosticados em exames de rotina e assintomáticos.

Visando controlar a HA, através de adequados níveis pressóricos, existem as abordagens medicamentosa e não-medicamentosa. O tratamento da HA depende da prescrição de medicamentos anti-hipertensivos e das recomendações sobre o seu tratamento não farmacológico (PEREIRA et al., 2007). Com o avançar da idade, ocorre uma maior carga de doenças, complicações e comorbidades, levando a um maior número de medicamentos utilizados pela população idosa (WOLF-MAIER et al., 2003). No presente estudo, a média foi de 4,5 medicamentos por dia, dos quais 1,66 eram anti-hipertensivos. Aproximadamente 90% dos entrevistados relataram o uso de medicamentos anti-hipertensivos; entretanto, encontramos apenas 44,9% dos hipertensos com a HA controlada, e 61% medindo a PA regularmente.

A falta ou baixa adesão ao tratamento dos hipertensos influencia o uso regular dos medicamentos (GUSMÃO et al., 2009). Adicionalmente, o acesso ao tratamento medicamentoso e utilização de serviços de saúde podem representar problemas de desigualdade em saúde. Os resultados indicam a utilização trimestral dos serviços de saúde. Sendo assim, a disponibilidade de medicação na rede básica de saúde, bem como sua distribuição, favorece uma equidade no fornecimento. A maioria dos hipertensos relatou não possuir cobertura privada de saúde e obter a medicação para controle da pressão em unidades do SUS (70%).

A HA é uma condição multifatorial. Desse modo, a abordagem não-medicamentosa deve ter como objetivo provocar mudanças no comportamento, adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis, especialmente relacionados a exercícios físicos, à dieta, ao abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas. A necessidade de recomendações não farmacológicas e a adesão são alguns dos fatores decisivos relacionados à frequência de acompanhamento dos pacientes com HA (STURMER et al., 2006). Apenas 14,4% dos entrevistados participam ou participaram de grupos educativos oferecidos pelos serviços de saúde. As equipes multiprofissionais exercem importante papel na promoção de saúde, orientações e para esclarecer o paciente, tornando-o elemento ativo no processo de tratamento. Portanto, busca-se a qualidade do cuidado, equidade na assistência e manejo adequado da HA.

6.4 Fatores Comportamentais

Quanto às características comportamentais, tabagismo, consumo abusivo de álcool e níveis de atividade física são as principais causas modificáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2003) e fortemente associadas à HA (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006), consideradas fatores de risco, passíveis de ações preventivas de maior poder custo-efetivo (ISHITANI et al., 2006).

A frequência de entrevistados que relataram o hábito de fumar foi de 13,8%. Esse dado corrobora estudo em que 13,8% dos hipertensos de uma unidade de saúde da família eram tabagistas (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009). A frequência de consumo de álcool, para ambos os gêneros, foi maior do que a de 5,5% encontrada em estudo com hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família (GIROTTI et al., 2009), que considerou consumo regular de bebidas alcoólicas acima de três dias na semana; comparativamente, no presente estudo o consumo regular de bebidas alcoólicas (três vezes ou mais na semana) foi relatado por 12% dos entrevistados, e em maior proporção pelos homens (20%).

6.5 AF e IPAQ

Difunde-se amplamente a AF como promoção de saúde, qualidade de vida e indicação não medicamentosa para tratamento e prevenção de DCNT (LEE et al., 2012). A AF é fortemente associada à qualidade de vida de mulheres idosas (AVIS et al., 2004). Programas de exercícios de resistência supervisionados, subtipo de AF, reduzem a PA de hipertensos, devendo-se definir a frequência de treinamento ideal, intensidade, tempo e modalidade após avaliação (PESCATELLO et al., 2004). Sugere-se como prescrição de exercício para hipertensos: preferencialmente todos os dias da semana, de moderada intensidade, 30 minutos contínuos ou acumulados ao longo do dia, principalmente exercícios de resistência complementados por resistidos com pesos (PESCATELLO et al., 2004).

Os níveis de AF foram obtidos por meio da aplicação da versão longa do IPAQ, para maior riqueza de dados. Foram identificadas algumas limitações da ferramenta: viés de recordação; dificuldade de interpretação de algumas perguntas por parte dos entrevistados, favorecendo respostas duplicadas; dificuldade de diferenciação de intensidade vigorosa e moderada por alguns indivíduos; e a fadiga proveniente do extenso número de questões.

Um estudo epidemiológico utilizou os quatro domínios do IPAQ em sua versão longa para investigar a prevalência e os fatores associados com níveis insuficientes de AF na literatura, em entrevista face-a-face (FLORINDO et al., 2009a). A versão longa fornece informações detalhadas e compreensíveis dos hábitos de AF diária em quatro diferentes domínios, incluindo AF no trabalho doméstico, período de lazer, trabalho e como meio de transporte (HALLAL et al., 2010). Os resultados encontrados nos quatro domínios são semelhantes aos de estudo com idosos hipertensos (MASSA et al., 2012). Os dados do presente estudo indicam que no domínio “domiciliar” do IPAQ, 23,6% dos homens e 53,6% das mulheres foram caracterizadas como ativos. Esta diferença observada entre os gêneros é semelhante ao estudo de CARDOSO et al. (2008) com idosos de São José - SC, onde foi constatado que as idosas dedicam um tempo muito superior ao dos homens às tarefas domésticas. Recente estudo na Malásia investigou os padrões de AF de adultos através dos quatro domínios do IPAQ, encontrando os maiores níveis dentro do domicílio (CHU; MOY, 2013).

Visando aumentar os níveis de AF em domínios como transporte e lazer, importante dar ênfase à promoção de saúde intersetorial, com políticas públicas de segurança, construção de ciclovias, manutenção e adequação de calçadas irregulares, por exemplo.

Revisão bibliográfica sobre as pesquisas desenvolvidas no Brasil, pertinente à aplicação do IPAQ na versão curta e longa, considerou o questionário uma ferramenta subjetiva de baixo custo para avaliar os níveis de AF de diferentes populações, validado para a população brasileira e de boa aplicabilidade (VESPASIANO; DIAS; CORREA, 2012). Os resultados de recente meta-análise sugerem haver uma associação dose-resposta inversa entre os níveis de AF no lazer e risco de desenvolver HA (HUAI et al., 2013). Revisão sistemática e meta-análise sobre o aumento dos níveis de AF, como tratamento da HA, aponta que a maioria dos ensaios clínicos randomizados incluídos relataram que o aumento da AF levou a uma diminuição na PAS e PAD, apesar das limitações e vieses dos ensaios selecionados (SEMLITSCH et al., 2013). Atualmente está em desenvolvimento um resumo de revisões sistemáticas, que busca identificar as AF mais eficientes na abordagem de DCNT, como a hipertensão (NUNAN et al., 2013). Entretanto, revisão sistemática da literatura sobre estratégias de combate às DCNT indica que após reorganização dos serviços de APS, verificou-se redução na prevalência de HA (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

O papel da equipe de saúde multiprofissional, com visão ampliada de saúde, é de elevada relevância na abordagem das múltiplas dimensões relacionadas à HA e AF, através de atenção continuada e propiciando promoção, prevenção e controle. Paralelamente, incentivar a AF regular em todos os domínios, especialmente do lazer e do transporte.

Algumas propostas e recomendações do autor quanto às possíveis estratégias ou ações de saúde: ações intersetoriais, com maior aporte de investimento na AB, campanhas de diagnóstico precoce da HA e estímulo à prática de AF, obras públicas com expansão da rede de ciclovias no município, e alocação racional de recursos para a educação; implementar e fortalecer iniciativas como o Programa Academia da Saúde e PIC, favorecendo o acesso à prática regular de AF; educação permanente e continuada em saúde, tanto dos profissionais quanto da comunidade; e valorização da importância da AF para a qualidade de vida de hipertensos, com a prescrição adequada e responsável de exercícios físicos, com a devida atenção ao necessário suporte social ao indivíduo, favorecendo a conscientização e adesão.

7 CONCLUSÃO

A maioria dos hipertensos em acompanhamento no NSF-3 da AB do município de Ribeirão Preto é composta por mulheres brancas, casadas, de baixa escolaridade, aposentadas, com média de idade de 63 anos e classificação econômica B2-C1. Foi encontrada elevada frequência de sobrepeso, obesidade e obesidade central. O IMC médio foi de 29,2 kg/m², enquanto a CA dos indivíduos apresentou média de 103 cm e RCQ de 0,95. Quanto às variáveis comportamentais, observou-se elevada frequência de indivíduos que relataram tabagismo, serem fumantes passivos em casa ou no ambiente de trabalho e de consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Em relação à HA, a duração média do diagnóstico foi de 13 anos, feito principalmente por meio de sintomas. Destaca-se que apenas 45% dos hipertensos estão com a HA controlada, pouco mais da metade medem a PA regularmente, principalmente em consulta com profissional de saúde, e as principais doenças associadas foram dislipidemia e diabetes. Importante ressaltar que 74% dos entrevistados não possui cobertura por plano de saúde privado, utilizando o SUS como serviço de saúde, especialmente para obter medicações. Poucos hipertensos participam de grupos oferecidos pelos serviços de saúde, apesar de relatarem a utilização trimestral dos mesmos. A recomendação de realizar 150 minutos acumulados de AF por semana é seguida por 36% dos hipertensos; 25,4% dos homens e 36,7% das mulheres relataram praticar algum tipo de exercício físico ou esporte no lazer, principalmente a caminhada. Entretanto, segundo resultados do IPAQ, apenas 14,5% dos homens e 17,9% das mulheres foram considerados ativos no domínio lazer, apesar de relatarem haver locais próximos à residência para a prática de AF, considerando estes espaços seguros e com iluminação adequada à noite. Adicionalmente, poucas AF no lazer foram devidamente prescritas e supervisionadas por profissional especializado. Comparando os gêneros, os homens foram mais ativos nos domínios trabalho e transporte (18,2%), enquanto as mulheres no domicílio (53,6%) e lazer (17,9%). Os entrevistados que trabalham se deslocam principalmente de carro ou transporte público; uma minoria caminha ou utiliza a bicicleta como meio de transporte, apesar da distância média de 5km entre a residência e o local de trabalho. Em relação ao exercício físico realizado no lazer, encontramos média de 3,6 vezes por semana, duração de 55 minutos e como principais modalidades a caminhada, seguida da ginástica.

Conclui-se que o conhecimento do perfil dos hipertensos e das características desta amostra pode servir como base para um delineamento maior do perfil dos usuários do serviço de saúde, e pode promover uma atuação mais efetiva das ações intersetoriais que atendam às suas reais necessidades. É necessária uma visão ampliada de saúde e de suas múltiplas dimensões, para se compreender as barreiras e entraves enfrentados pelos usuários e profissionais de saúde para implementar a AF. Atividades de promoção de hábitos de vida mais saudáveis, prevenção e educação em saúde são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos, buscando um maior conhecimento e esclarecimentos sobre a doença, como um estímulo à adesão ao tratamento e prevenção de complicações. A mudança e incorporação do comportamento são essenciais para favorecer um estilo de vida fisicamente ativo. A equipe multiprofissional é importante no controle da HA e na prevenção das complicações, buscando incentivar, estimular e prescrever tratamento não-medicamentoso complementar, principalmente através do acesso à AF regular no PIC como estratégia. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para: a adoção de ações custo-efetivas de promoção e a proteção da saúde dos hipertensos; elaboração de novas estratégias de controle, prevenção de complicações e tratamento da HA; subsidiar planos específicos para hipertensos em acompanhamento na AB; e ampliar as discussões sobre o tema. Destaca-se a importância de novos estudos que favoreçam o melhor conhecimento sobre as múltiplas dimensões do cuidado aos indivíduos hipertensos.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle income countries. **Lancet**, Geneva, v. 370, 9603, p. 1929-38, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. (Orgs.). **Trat. de S. Col.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 783-836.

AVIS, N. E. et al. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Qual. Life Res.**, North Carolina, v. 13, n. 5, p. 933-46, 2004.

BARBOSA, J. B. et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 260-266, out. 2008.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev. S. Públ.**, Belo Horizonte, v. 43, p. 9-17, 2009. Supplement 2.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Premature mortality due to cardiovascular disease and social inequalities in Porto Alegre: from evidence to action. **Arq. Bras. Cardiol.**, Porto Alegre, v. 90, n. 6, p. 370-9, 2008.

BEAGLEHOLE, R. et al. Prevention of chronic diseases: a call to action. **Lancet**, Atlanta, v. 370, 9605, p. 2152-7, 2007.

BENJAMIN, E. J. et al. Task force #1 - magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges. 33rd Bethesda Conference. **J. Am. Coll. Cardiol.**, Boston, v. 40, n. 4, p. 588-603, 2002.

BERLIN, J. A.; COLDITZ, G. A. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary hearth disease. **Am. J. of Epidemiol.**, Baltimore, v. 132, n. 4, p. 612-28, 1990.

BORIM, F. S. A.; GUARIENTO, M. E.; ALMEIDA, E. A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, Campinas, v. 9, n. 2, p. 107-11, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – memórias.** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.** 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde.** SISVAN - Estado nutricional dos usuários da atenção básica. 2011. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html# Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL).** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.** 2013. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.** 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSSP.def> Acesso em: 27 jan. 2014.

CABRERA, M. A. et al. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. **Cad. S. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 767-75, 2005.

CABRERA, M. A. et al. Metabolic syndrome, abdominal obesity, and cardiovascular risk in elderly women. **Int. J. Cardiol.**, Londrina, v. 112, n. 2, p. 224-9, 2007.

CANOY, D. et al. Fat distribution, body mass index and blood pressure in 22 090 men and women in the Norfolk cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Norfolk) study. **J. Hypertens.**, Norfolk, v. 22, n. 11, p. 2067-74, 2004.

CARDOSO, A. S. A. et al. Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 2008.

CARLOS, P. R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arq. Ciênc. Saúde**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 176-81, out./dez. 2008.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 3, p. 334-339, mar. 2007.

CENATTI, J. L. et al. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Enf. e At. à Saúde – UFTM**, Flor da Serra, v. 2, n. 1, p. 21-31, 2013.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card.**, São José do Rio Preto, v. 91, n. 1, p. 31-5, 2008.

CHU, A. H.; MOY, F. M. Associations of occupational, transportation, household and leisure-time physical activity patterns with metabolic risk factors among middle-aged adults in a middle-income country. **Prev. Med.**, Kuala Lumpur, v. 57, p. S14-7, 2013. Supplement.

CLASEY, J. L. et al. The use of anthropometric and dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) measures to estimate total abdominal and abdominal visceral fat in men and women. **Obes. Res.**, Los Angeles, v. 7, n. 3, p. 256-64, 1999.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Pelotas, v. 88, n. 1, p. 56-65, 2007.

CRAIG, C. L. et al. International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Liverpool NSW, v. 35, n. 8, p. 1381-95, 2003.

DUNCAN, B. B. et al. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Rev. Saúde Pública de São Paulo**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 143-8, 1993.

FEIJAO, A. M. M. et al. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 1, p. 29-33, jan. 2005.

FLETCHER, G. F. How to implement physical activity in primary and secondary prevention: a statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction, American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 96, n. 1, p. 355-7, 1997.

FLETCHER, G. F. et al. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: a statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 94, n. 4, p. 857-62, 1996.

FLORINDO, A. A. et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. **J. Phys. Act. Health.**, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 625-32, 2009.

FLORINDO, A. A. et al. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 43, Supl. 2, p. 65-73, 2009.

FLORINDO, A. A. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 302-10, abr. 2011.

FREITAS, L. C. et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 13-9, jan./mar. 2012.

GIROTTI, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scien. H. Science**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 77-82, May 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4492> Acesso em: 26 mar. 2014.

GRUNDY, S. M. et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association's Task Force on Risk Reduction. **Circulation**, Dallas, v. 97, n. 18, p.1876-87, 1998.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Ver. Bra. de Hipert.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev. de S. Públ.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 453-60, jun. 2007.

HALLAL, P. C. et al. Lições aprendidas depois de 10 anos de uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **J. of P. Activ. and Health**, Pelotas, v. 7, p. S259-64, 2010. Supplement 2.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. S. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1857-66, Aug. 2007.

HUAI, P. et al. Physical activity and risk of hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Hypert.**, Shandong, v. 62, n. 6, p. 1021-6, Dec. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil – 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf> Acesso em: 27 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do registro civil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2010/obitos.shtm> Acesso em: 27 jan 2014.

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ). **Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)** - short and long forms. Karolinska, 2005.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 684-91, 2006.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-57, abr. 2007.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2. ed. São Paulo: ArtMed, 2001.

KESTILA, P. et al. Socioeconomic status, cardiovascular risk factors, and subclinical atherosclerosis in young adults: the cardiovascular risk in young finns study. **Arterios., Thromb. and Vasc. Biol.**, Dallas, v. 32, n. 3, p. 815-21, 2012.

KUPER, H. et al. Evaluating the causal relevance of diverse risk markers: horizontal systematic review. **BMJ**, Cambridge, v. 339, n. 2, p. b4265, 2009.

LANAS, F. et. al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American Study. **Circulation**, Dallas, v. 115, n. 1, p. 1067-74, 2007.

LAWES, C. M. M.; HOORN, S. V.; RODGER, A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. **Lancet**, Londres, v. 371, n. 9623, p. 1513-8, 2008.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, Londres, v. 380, n. 9838, p. 219-29, 2012.

LESSA, I. et al. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. **Rev. Panam. Sal. Publ.**, Washington, v. 16, n. 2, p. 131-7, 2004.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 747-56, dez. 2006.

MASSA, K. H. C. et al. Atividade física e hipertensão em idosos no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 7-13, fev. 2012.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 5-12, 2001.

MATSUDO, V. et al. Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. **Publ H. Nut.**, Oxford, v. 5, n. 1A, p. 253-61, 2002.

NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 4, p. 502-9, out. 2010.

NUNAN, D. et al. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. **Syst. Rev.**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 56, July 2013.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-7, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1-12.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. A. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PEREIRA, M. R. P. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. S. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-74, 2007.

PESCATELLO, L. S. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Madison, v. 36, n. 3, p. 533-53, 2004.

PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012.

POIRIER, P. et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association scientific statement on obesity and heart disease from the obesity committee of the council on nutrition, physical activity, and metabolism. **Circulation**, Dallas, v. 113, n. 26, p. 898-918, 2006.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POWELL, K. E. et al. Physical activity and the incidence of coronary hearth disease. **Ann. Rev. Publ. Health**, California, v. 8, n. 1, p. 253-87, 1987.

RIBEIRO M. M.; PERPÉTUO I. H. O.; ANDRADE M. V. **Padrões Etários de Utilização de Serviços de Saúde no Brasil por Sexo e Cobertura por Plano de Saúde**. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SEMLITSCH, T. et al. Increasing physical activity for the treatment of hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Sports Med.**, Auckland, v. 43, n. 10, p. 1009-23, Oct. 2013.

SILVA, M. A. D.; SOUSA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 667-75, 1998.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Health promotion and primary prevention strategies to fight chronic disease: a systematic review. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 5, p. 343-50, nov. 2013.

SILVA, G. S. F. et al. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 13, n. 1, p. 39-42, jan./fev. 2007.

SIQUEIRA, F. V. et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 961-71, dez. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) et al. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, p. 1-28, abr. 2005. Supplement 1.

STAESSEN, J. A.; WANG, J. G.; THIJIS, L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. **Lancet**, Londres, v. 358, n. 9290, p. 1305-15, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STURMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad. S. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-37, 2006.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev. S. Públ.**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 311-20, abr. 2011.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, Londres, 2011, 337: 1949-1961. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, jun. 2002.

VASAN, R. S. et al. Relative importance of borderline and elevated levels of coronary heart disease risk factors. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 142, n. 6, p. 393-402, 2005.

VESPASIANO, B. S.; DIAS, R.; CORREA, D. A. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 12, n. 32, p.49-54, set./dez. 2012.

WILSON, P. W. F. et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**, Dallas, v. 97, n. 1, p. 1837-47, 1998.

WOLF-MAIER, K. et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 18, p. 2363-9, May 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 1999** - making a difference. The double burden: emerging epidemics and persistent problems. Geneva: World Health Organization, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> Acesso em: 21 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/> Acesso em: 21 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics: cardiovascular diseases**. 2013. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ Acesso em: 21 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics**. 2013. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf Acesso em: 21 jan. 2014

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Perfil e níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na atenção básica do município de ribeirão preto”.

Pesquisador Responsável: Arthur Marco Peres Ribeiro;

Telefones para contato: (16) 3635-0951 ou (16) 8146-8667;

E-mail para contato: arthur.marco.ribeiro@usp.br;

O estudo possui como objetivo a caracterização dos hipertensos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família 3 de Ribeirão Preto – SP, bem como identificar os níveis de atividade física e fatores associados, sendo assim possível auxiliar no desenvolvimento de estratégias, planos ou ações de saúde adequadas para você e toda a comunidade.

A entrevista será feita a partir de um questionário, aplicado no próprio Núcleo de Saúde da Família 3, com informações sobre você e sua saúde, além de medir a pressão arterial, circunferência do abdômen, peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Para a verificação do nível de atividade física, será utilizada a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Essa entrevista não envolve riscos nem prejuízos à sua saúde. A documentação da entrevista será utilizada havendo resguardo de privacidade.

Você terá acesso ao profissional responsável pelo estudo em qualquer fase do mesmo.

Certo de poder contar com sua autorização colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do telefone: (16) 3635-0951, falar com Arthur. Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: (16) 3602-2228.

Eu, Arthur Marco Peres Ribeiro, fisioterapeuta CREFITO-3/150996-F, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo e que obtive espontaneamente o consentimento do voluntário.

Eu, _____, declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e intenções desse estudo e sobre as

técnicas que serão realizadas. Recebi garantias de total sigilo de identidade e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Estou ciente de que a participação nessa pesquisa é voluntária e está isenta de despesas. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

(voluntário / assinatura e RG) __/__/__

(responsável pela pesquisa)

Arthur Marco Peres Ribeiro

(16) 8146-8667

Departamento de Medicina Social – FMRP/USP

Av. Bandeirantes, 3900 - 14049-900 - Ribeirão Preto – SP;

Telefones: (16) 3602-2433 ou 3602-3070

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

Ficha: xxx

1) Dados de Identificação:

1.1 Nome

1.2 Família

1.3 Micro-Área

1.4 Rua

1.5 N°

1.6 Telefone

2) Características Socioeconômicas:

2.1 Sexo (M=0; F=1)

2.2 Idade: _____ anos

2.3 Cor da pele (branca=0 ou não-branca=1)

2.4 Estado conjugal atual (solteiro=0, casado legalmente=1, união estável há mais de 6 meses=2, viúvo, separado/divorciado=3, não quis informar=4)

2.5 Anos de estudo (Sem instrução=0, Alfabetização de adultos=1, Ensino Fundamental incompleto=2, Ensino Fundamental Completo=3, Ensino Médio incompleto=4, Ensino Médio Completo=5, Curso Técnico=6, Ensino Superior Incompleto=7, Ensino Superior Completo=8, Pós-Graduação=9, Ignorado=888, Não quis responder=999)

2.6 Residência própria (sim=0, não=1)

2.7 Número de pessoas no domicílio: _____ pessoas

2.8 Número de adultos no domicílio: _____ adultos

2.9 Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou/atividade remunerada? (sim=0, não=1)

2.10 Atividade voluntária (sim=0, não=1) caso negativo, ir para 2.14

2.11 Distância da residência até local de trabalho/atividade remunerada/ voluntária: _____ m
não se aplica (999)

- 2.12** Para ir (ou voltar) ao seu trabalho/atividade remunerada/ voluntária, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?
 sim, todo o trajeto (0)
 sim, parte do trajeto (1)
 não (2)
 não se aplica (9)
- 2.13** Principal meio de transporte utilizado para locomoção até o trabalho/atividade remunerada/voluntária (carro=0, moto=1, transporte público=2, táxi=3, bicicleta=4, à pé=5, outro=6, não se aplica=9)
- 2.14** Benefício (não=0)
 Caso positivo, Qual?
 Aposentadoria (1)
 Pensão (2)
 Auxílio (3)
 Bolsa (4)
- 2.15** CCEB: Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP - Associação Brasileiras de Empresas de Pesquisa): (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D ou E)
- 2.16** O(a) sr(a) tem plano de saúde particular ou convênio médico?
 Sim, apenas um (0)
 Sim, mais de um (1)
 Não (2)
 Não quis informar (9)

3) Características Comportamentais

- 3.1** Condição de trabalho (número de horas trabalhadas, em um dia típico, no mês): ____ horas
 (não se aplica=999)
- 3.2** Fuma atualmente? caso negativo, ir para **3.6**
 Sim, diariamente (0)
 Sim, mas não diariamente (1)
 Não (2)
- 3.3** Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? (1-4=0, 5-9=1, 10-14=2, 15-19=3, 20-29=4, 30-39=5, 40 ou +=6, não se aplica=9) 1 maço corresponde a 20 cigarros
- 3.4** Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?
 ____ anos (não lembra=888, não se aplica=999)
- 3.5** O(a) sr(a) já tentou parar de fumar? (sim=0, não=1, não se aplica=9)
- 3.6** No passado, o(a) sr(a) já fumou?
 sim, diariamente (0)
 sim, mas não diariamente (1)
 não (2)

- 3.7** Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?
_____ anos (não lembra=777, não se aplica=999)
- 3.8** Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar?
_____ anos (não lembra=777, não se aplica=999)
- 3.9** Alguma pessoa que mora com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa? (sim=0, não=1, não quis informar=8, não se aplica=9)
- 3.10** Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha?
(sim=0, não=1, não quis informar=8, não se aplica=9)
- 3.11** O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (sim=0, não=1, não quis informar=9) caso negativo, ir para **3.16**
- 3.12** Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? (1 a 2 dias por semana=0, 3 a 4 dias por semana=1, 5 a 6 dias por semana=2, todos os dias (inclusive sábado e domingo)=3, menos de 1 dia por semana=4, menos de 1 dia por mês=5, não se aplica=9)
- 3.13** Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)
(sim=0, não=1, não se aplica=9)
- 3.14** Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)
(sim=0, não=1, não se aplica=9)
- 3.15** Em quantos dias do mês isto ocorreu?
(um único dia no mês=0, 2 dias=1, 3 dias=2, 4 dias=3, 5 dias=4, 6 dias=5, 7 ou mais dias=6, não sabe=8, não se aplica=9)
- 3.16** Padrão de sono e descanso (números de horas de sono em um dia comum da semana):
_____ horas/dia
- 3.17** Número de medicamentos de uso diário e regular utilizados nos 15 dias que antecederam a entrevista: _____
- 3.18** Número de medicamentos antihipertensivos de uso diário e regular utilizados nos 15 dias que antecederam a entrevista: _____

3.19 Existência de locais para realizar caminhada, exercício físico ou esporte próximos à residência como: clubes, academias, praças, ruas, parques ou escolas, públicos ou particulares (sim=0, não=1)

3.20 Local com iluminação adequada (sim=0, não=1)

3.21 Local seguro (sim=0, não=1)

3.22 Suporte social (sozinho=0, em grupo=1) preferência por realizar AF no lazer sozinho ou em grupo

3.23 Acredita que segue a recomendação de 150 minutos de AF por semana (sim=0, não=1)

3.24 Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte no lazer? (sim=0, não=1) (não vale fisioterapia) caso negativo, ir para **IPAQ**

3.25 Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que pratica no lazer? (não se aplica=9)

3.26 Prescrito por profissional especializado (sim=0, não=1, não se aplica=9)

3.27 Supervisionado por profissional especializado (sim=0, não=1, não se aplica=9)

3.28 Quantas vezes por semana? ____ vezes (não se aplica=9)

3.29 No dia que pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? ____ minutos (não se aplica=999)

3.30 Realiza exercício há quanto tempo: ____ anos (não se aplica=999)

IPAQ

4) Indicadores de Saúde

Hipertensão Arterial:

4.1 Há quanto tempo obteve o diagnóstico médico: ____ anos

4.2 Como foi feito o diagnóstico? (sintomas=0, campanha=1, exame de rotina=2, farmácia=3, exame admissional=4)

4.3 Frequência de utilização do serviço de saúde (anual=0, semestral=1, trimestral=2, bimensal=3, mensal=4, quinzenal=5, semanal=6, esporadicamente=8, nunca=9)

4.4 Tem o hábito de medir a pressão regularmente (sim=0, não=1)

4.5 Onde costuma medir a pressão (Em casa=0, farmácia=1, posto de saúde=2, consulta com profissional de saúde=3)

4.6 Participa atualmente de grupos oferecidos pelos serviços de saúde (sim=0, não=1)

4.7 Onde o(a) sr(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

Unidade de saúde do SUS (0)

Farmácia popular (1)

Outro lugar (2)

Não sabe (8)

Não quis responder ou não se aplica (9)

PAs1: _____

PAs2: _____

PAs3: _____

4.8 Média PAs (2 e 3): _____

PAd1: _____

PAd2: _____

PAd3: _____

4.9 Média PAd (2 e 3): _____

4.10 Média PA: _____

4.11 DM (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.12 Dislipidemia, “colesterol alto”, ou toma medicação para controlar (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.13 IAM (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.14 AVE (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.15 Insuficiência renal (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.16 Peso (média): kg

4.17 A sra. está grávida no momento?(sim=1, não=2, não se aplica=9)

4.18 Altura (média): cm

4.19 IMC: kg/m²

4.20 Eutróficos/EU (IMC: 18,50 a 24,99), pré-obesos/PO (IMC: 25,00 a 29,99) e obesos/OB (IMC: $\geq 30,00$)

4.21 Circunferência abdominal (média):

4.22 Quadril (média):

4.23 Relação cintura/quadril:

História familiar (familiar de primeiro grau – pais, irmãos e/ou filhos):

4.24 DM (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.25 Obesidade (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.26 IAM (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.27 AVE (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.28 Insuficiência renal (sim=0, não=1, não sabe informar=8)

4.29 O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como
muito bom (0)
bom (1)
regular (2)
ruim (3)
muito ruim (4)
não sabe (8)
não quis informar (9)

ANEXO A

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nome: _____

Data: ____/____/____

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte.**

- 1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho?**

_____ horas _____ minutos

- 1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho?**

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho?**

_____ horas _____ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho:**

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho?**

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

- 2a.** O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c**

- 2b.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

- 2c.** Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

- 2d.** Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

- 2e.** Em quantos dias da ultima semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

- 2f.** Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na ultima semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a.** Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3b.**

- 3b.** Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

- 3c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por SEMANA () Nenhum - **Vá para questão 3d.**

- 3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 3e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades físicas **vigorosas** **no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por SEMANA () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

- 3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na ultima semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

- 4a. **Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente**, em quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos** **no seu tempo livre**?

_____ dias por SEMANA () Nenhum - **Vá para questão 4b**

- 4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 4c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4d.**

- 4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 4e. Em quantos dias da última semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5.**

- 4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

**CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL– CELAFISCS -
INFORMAÇÕES ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE
RESULTADOS NO BRASIL**

**011-42298980 ou 42299643. celafiscs@celafiscs.com.br
www.celafiscs.com.br IPAQ Internacional: www.ipaq.ki.se**

ANEXO B

Liberação de Pesquisa e Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto SP. Telefone: (0**16) 3602-0000/0001 Fax: (0**16) 3602-0029
---	---	---	--	---

Ribeirão Preto, Preto, 15 de fevereiro de 2013.

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 34/2012.

Comunicamos que o pesquisador **ARTHUR MARCO PERES RIBEIRO**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados no Núcleo de Saúde da Família III, do Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **"PERFIL E NÍVEIS DE ATIVIDADES FÍSICA DE HIPERTENSOS USUÁRIOS DE SERVIÇO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO"**.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dra. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilmo. Senhor.
Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Teresina, 690 - CEP: 14055-380 Ribeirão Preto SP. Telefone: (0**16) 3682.0000.0001 Fax: (0**16) 3682.4029
---	---	---	--	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP

OF. CEP/CSE-FMRP-USP - 009/2013.

Ribeirão Preto 08 de fevereiro de 2013.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa “Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de Saúde na atenção básica do município de Ribeirão Preto-SP”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2013 e considerado **APROVADO**.

CAAE: N°. 12702513.7.0000.5414.

Projeto : “Níveis de atividade física de hipertensos usuários de serviços de saúde na atenção básica do Município de Ribeirão Preto”.

Pesquisador: Arthur Marco Peres Ribeiro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Observação: O projeto em pauta, não requer apreciação pela CONEP.

Atenciosamente,

Prof.Dr. Amaury Lélis Dal Fabbro
Vice-Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof.Dr. Laércio Joel Franco
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.