# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

### **SORAIA MARIA FÉRES MAEDA**

Análise dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em indivíduos adultos com fissura labiopalatina

2011

### SORAIA MARIA FÉRES MAEDA

# Análise dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em indivíduos adultos com fissura labiopalatina

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientador: Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade

Júnior

**BAURU** 2011

## 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.

Maeda, Soraia Maria Féres

M268a Análise dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em indivíduos adultos com fissura labiopalatina./ Soraia Maria Féres Maeda. Bauru, 2011.

113p.; il.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) — Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior

1. Fissura labial. Fissura palatal. 2. Doença crônica.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

#### Soraia Maria Féres Maeda

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Çiências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

#### Banca Examinadora

Prof. Dr
Instituição
Prof. Dr
Instituição
,
Prof. Dr
Instituição
Prof. Dr
Instituição
Prof. Dr. Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior (orientador)
Faculdade de Odontologia de Bauru-USP
<b>3</b>
Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira
Presidente da comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP
Data de depósito da Tese junto à SPG://

### **DEDICATÓRIA**

Ao meu saudoso pai **Agostinho** e a minha mãe **Maria da Luz**, pela humildade, renúncia e dedicação em benefício do engrandecimento de suas filhas, encaminhando-as a uma vida voltada ao trabalho enobrecedor, ao respeito ao próximo e temência a Deus.

Ao meu marido **Nelson Maeda**, pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

Aos meus filhos, **João Marcos**, **Daniel** e a pequena **Lara** que entenderam minhas longas horas de ausência e retribuiram com amor e carinho.

Às minhas irmãs **Sara** e **Síssi**, pelas palavras de estímulo e solidariedade.

Aos meus queridos sobrinhos, João Pedro, Augusto César e Davi.

#### **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Ao **Prof. Dr. Alceu Sérgio Trindade Júnior**, Professor Titular do Departamento de Ciências Fisiológicas, Disciplina de Fisiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), pela orientação segura desta tese, a minha consideração.

Ao **Prof. Dr. Manoel Henrique Salgado**, Livre-docente do Departamento de Engenharia de Produção, Faculdade de Engenharia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP-Bauru), pelo apoio na elaboração dos resultados e análise estatística, meu reconhecimento.

A Profa. Dra. Inge Elly Kjemle Trindade, Professora Titular do Departamento de Ciências Fisiológicas, Disciplina de Fisiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP), pelo incentivo na realização deste trabalho.

Muito obrigada.

#### **AGRADECIMENTOS**

A todos que, de alguma forma, colaboraram na execução deste trabalho e contribuíram para a minha formação profissional, meu respeito e gratidão.

Aos Drs. Bonifácio Katsunori Takegawa, Antônio Marcos Rodrigues, Cláudio H. Tokunaga, Marilyse B. Lopes Fernandes, Osvaldo Butignol Júnior, cirurgiões pediátricos e colegas de trabalho em Bauru, pela amizade e ajuda profissional, a minha admiração e meu o reconhecimento.

As colegas que compõe a equipe interdisciplinar para atendimento ao indivíduo com fissura labiopalatina no HRAC-USP, pela competência, empenho, dedicação e carinho com os indivíduos, meu reconhecimento.

Aos funcionários do Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão, pela preciosa ajuda nas pesquisas e normatização bibliográfica.

Aos Secretários do Curso de Pós-Graduação do HRAC-USP, Andréia Cristina da Silva, Maria José Bento Lopes, Rogério da Silveira pela gentileza e eficiência em seus trabalhos.

Aos indivíduos com fissura labiopalatina, que tornaram possível a realização desta pesquisa, a minha homenagem.

A DEUS, pelo dom da vida.

Muito obrigada!

Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive."

Fernando Pessoa

#### **RESUMO**

Maeda SMF. Análise dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em indivíduos adultos com fissura labiopalatina [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

**Objetivo:** Analisar a frequência dos fatores de risco ou proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em indivíduos adultos com fissura labiopalatina e comparar os dados obtidos com os resultados obtidos pelo Vigitel 2009 para população brasileira.

**Modelo:** Estudo transversal, por entrevista telefônica, no período de junho de 2010 a junho de 2011.

**Participantes:** 501 indivíduos adultos tratados no período de março de 1974 a março de 2010 da fissura labiopalatina no HRAC-USP.

Variáveis: Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, gênero, escolaridade, região da residência, acesso a planos de saúde privada). Fatores de risco para DCNT relacionados ao hábito de fumar, ao excesso de peso, ao consumo de refrigerantes e de alimentos fonte de gordura saturada, ao sedentarismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além da referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Fatores de proteção para DCNT como a prática de atividade física no tempo livre e/ou deslocamentos, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão.

**Resultados:** Dos 501 entrevistados, 11,8 % eram fumantes, 48,6 % apresentavam excesso de peso e 6,4% obesidade. O consumo regular de refrigerantes foi relatado por 28,7 %, o consumo de carnes com excesso de gordura por 73,5% e de leite integral por 69,9%. A inatividade física foi observada em 13,1% e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 12,6%. O diagnóstico médico de hipertensão foi relatado por 13,4%, diabetes por 4,2% e dislipidemias por 5,2%. A prática de atividade física no tempo livre e/ou deslocamento foi relatada em 32,3%, consumo regular de frutas e hortaliças em 19,6 % e consumo regular do feijão em 86,6%.

Conclusões: Quanto aos fatores de risco, a frequência em nossa amostra foi menor quanto ao hábito de fumar, ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade e ao sedentarismo. Foi também menor a referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial e dislipidemias. Em contraposição, encontramos frequência maior de consumo de refrigerantes e de alimentos fonte de gordura saturada. Com relação aos fatores de proteção para DCNT, a frequência de prática de atividade física foi muito próxima da estimativa para população brasileira, o consumo de frutas e hortaliças foi menor, mas de certa forma compensado pelo maior consumo do feijão. O indicador de saúde mental apresentou a frequência discretamente maior (13,8%) que a estimativa nacional (12,0%). A maior parte da amostra (92,2%) considera-se reabilitada com o tratamento da FLP realizado no HRAC-USP.

Descritores: Fissura labial. Fissura palatal. Doença crônica.

#### **ABSTRACT**

Maeda SMF. Analysis of risk and protective factors for chronic diseases in adults with cleft lip and palate [thesis]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

**Objective:** To analyze the frequency of risk and protective factors for non-transmissible chronic diseases (NTCD) in adults with cleft lip and palate and to compare the results with the Vigitel 2009 data for the Brazilian population.

**Model:** Cross-sectional study, by telephone interviews, from June 2010 to June 2011.

**Participants:** 501 adults treated for cleft lip and palate during the period of March 1974 to March 2010 at HRAC-USP.

Variables: Participant demographic and socioeconomic characteristics (age, gender, education, region of residence, access to private health plans). Risk factors for NTCD related to smoking, overweight, consumption of soft drinks and food sources of saturated fat, sedentary lifestyle and excessive consumption of alcoholic beverages, and also self report of medical diagnosis of hypertension, diabetes and dyslipidemia. Protective factors for NTCDsuch as physical activity during leisure time and/or displacements, consumption of fruits and vegetables and beans.

**Results:** Out of 501 respondents, 11.8% were smokers, 48.6% were overweighted and 6.4% obese. Regular consumption of soft drinks was reported by 28.7%, the consumption of meat with fat excess by 73.5% and of whole milk by 69.9%. Physical inactivity was observed in 13.1% and abusive consumption of alcoholic beverages in 12.6%. Medical diagnosis of hypertension was reported by 13.4%, diabetes by 4.2% and dyslipidemia by 5.2%. The practice of physical at leisure time and/or displacement was reported by 32.3%, regular consumption of fruits and vegetables by 19.6% and regular consumption of beans by 86.6%.

**Conclusions:** Risk factors frequency was lower in our sample concerning smoking, excessive consumption of alcohol, obesity and physical inactivity. It was also lower for reports of medical diagnosis of hypertension and dyslipidemias. In contrast, higher frequencies of consumption soft drinks and of food sources of saturated fat

were found. As to protective factors for NCDs, the frequency of physical activity was found to be very close to the estimate for the Brazilian population while the consumption of fruits and vegetables was lower, however offset by a higher consumption of beans. The mental health indicator had a slightly higher frequency (13.8%) than the national estimate (12.0%). Most of the participants (92.2%) considered to be rehabilitated with CLP treatment conducted at HRAC-USP.

Keywords: Cleft lip. Cleft palate. Chronic disease.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

**AVC** Acidente vascular cerebral

BRFSS Behavioral Risk Factor Surveillance System

**DCNT** Doenças Crônicas não Transmissíveis

**ELSA** Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

**FLP** Fissura labiopalatina

**FLV** Frutas, legumes e verduras

FOB Faculdade de Odontologia de Bauru

GO Estado de Goiás

HRAC Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais

INMETRO Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

MSP Município de São Paulo

NCD Chronic non-transmitted diseases

NUPENS/USP Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da

Universidade de São Paulo

OMS Organização Mundial de Saúde

p Probabilidade de significância

**PA** Estado do Pará

SIMTEL Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças

Crônicas não Transmissíveis

**SP** Estado de São Paulo

SUS Sistema Único de Saúde

**TCLE** Termo de consentimento livre e esclarecido

UNESP Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

**USP** Universidade de São Paulo

Vigital Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

por Inquérito Telefônico

WHO World Health Organization

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	.21
2	REVISÃO DE LITERATURA	. 27
3	PROPOSIÇÃO	.39
4	MATERIAL E MÉTODO	43
4.1	MATERIAL	45
4.2	MÉTODO	45
4.2.1	A entrevista telefônica	46
4.2.2	Os indicadores	.48
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	.54
5	RESULTADOS	.55
5.1	TABAGISMO	.58
5.2	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	.59
5.3	CONSUMO ALIMENTAR	60
5.4	ATIVIDADE FÍSICA	61
5.5	EXCESSO DE PESO E OBESIDADE	.63
5.6	AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	65
5.7	MORBIDADE REFERIDA	.66
5.7.1	Hipertensão arterial	.66
5.7.2	Diabetes Melittus	.66
5.7.3	Dislipidemias	67
5.8	SAÚDE MENTAL	.68
5.9	ACESSO A PLANOS DE SAÚDE PRIVADA	.68
5.10	REABILITAÇÃO	.69
5.11	ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO EM	
	INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA (FLP) E A PREVALÊNCIA	
	PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA	.70
6	DISCUSSÃO	.71
6.1	TABAGISMO	.73
6.1.1	Frequência de fumantes	.74
6.1.2	Frequência do consumo de 20 ou mais cigarros por dia	.75

#### Sumário

6.2	CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	76
6.3	CONSUMO ALIMENTAR	77
6.3.1	Consumo regular de frutas e hortaliças	77
6.3.2	Consumo recomendado de frutas e hortaliças	79
6.3.3	Consumo regular de feijão	80
6.3.4	Consumo de carnes com excesso de gordura	81
6.3.5	Consumo de leite com teor integral de gordura	82
6.3.6	Consumo regular de refrigerantes	83
6.4	ATIVIDADE FÍSICA	84
6.4.1	Atividade física no tempo livre (lazer)	85
6.4.2	Atividade física no tempo livre (lazer) e/ou no deslocamento	86
6.4.3	Inatividade física	87
6.5	EXCESSO DE PESO E OBESIDADE	88
6.5.1	Excesso de peso	89
6.5.2	Obesidade	90
6.6	AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	91
6.7	MORBIDADE REFERIDA	92
6.7.1	Diagnóstico médico de hipertensão arterial	92
6.7.2	Diagnóstico médico de diabetes	93
6.7.3	Diagnóstico médico de dislipidemia	94
6.7.4	Saúde mental	95
6.8	ACESSO A PLANOS DE SAÚDE PRIVADA	95
6.9	REABILITAÇÃO	96
7	CONCLUSÕES	97
8	REFERÊNCIAS	101
	ANEXOS	107

Introdução 23

## 1 INTRODUÇÃO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), também conhecido como Centrinho, há 42 anos presta atendimento a indivíduos com diferentes malformações craniofaciais, em especial a fissura labiopalatina.

As fissuras de lábio e palato constituem malformações resultantes da falta de fechamento completo dos tecidos que compõem o lábio e o palato. Esta malformação acarreta uma série de sequelas que acompanham o portador ao longo de sua vida.

O tratamento das fissuras labiopalatinas, para sua plena recuperação é, habitualmente, extensivo e longo. São várias as etapas terapêuticas, inicia-se nos primeiros meses de vida e estende-se até a idade adulta, dependendo da gravidade e extensão das lesões apresentadas pelo indivíduo.

Existem estudos sobre o impacto da fissura labiopalatina na vida da pessoa acometida por ela, apontam os prejuízos estéticos e funcionais, que mesmo reparados, podem incidir sobre toda a vida do sujeito (Aiello, Silva Filho e Freitas 2000, Sinko et al 2005 e Hunt et al 2005). Tais condições sugerem uma maior atenção à criança e ao adolescente com fissura, considerando os fatores psicossociais que interferem no seu desenvolvimento global e sua inserção no meio social, tendo em vista as sequelas da deformidade (Bachega 2000 e Tavano 2000).

Nas quatro décadas de existência do Centrinho, o objetivo maior de seus profissionais foi a reabilitação do indivíduo. A definição de reabilitação em malformações craniofaciais foi bem elaborada por Amaral (1997). Segundo o autor, a reabilitação envolve "a união de esforços de equipe de profissionais, que por meio de uma ação interdisciplinar, preventiva e curativa, junto a pessoa com defeito facial,

**24** Introdução

seus familiares e comunidade, procure minimizar seus problemas, favorecendo as condições para pleno desenvolvimento de suas capacidades físicas, psicológicas, afetivas e sociais". Sob esta óptica, atenção especial foi dada a pesquisas que avaliam a qualidade de vida daqueles reabilitados ou em fase final de tratamento (Veronez 2007).

Entretanto, qualidade de vida é uma expressão de entendimento amplo, que muitas vezes leva a interpretações subjetivas. Um bom conceito foi elaborado por Minayo e Hartz (2000), no qual se define qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação necessidades básicas aquelas criadas pelo das е desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. Ao aprofundarmos neste conceito, podemos verificar a estrita dependência entre reabilitação, promoção da saúde e qualidade de vida. Neste tripé, assume a grande importância a promoção da saúde, pois este fator necessita planejamento estratégico, e, os outros dois fatores apresentam uma estrita relação de dependência com ele.

No âmbito da promoção da saúde, a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) têm se colocado como um objetivo maior da saúde pública atual. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNTs são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (World Health Organization 2005). Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil as DCNTs seguem padrão semelhante, e em 2006 as DCNT foram a principal causa de óbito no Brasil, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%) e as neoplasias (15,1%). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a

proporção de mortes por DCNTs aumentou em mais de três vezes entre a década de 30 e o ano de 2005. De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNTs e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacamse o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física.

Por conta da potencial relevância das DCNT na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, por serem passíveis de prevenção os fatores de risco para estas doenças, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP, implantou, em 2006, o sistema Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Os resultados de pesquisa, aplicando questionário específico para qualidade de vida em indivíduos adultos com fissura em fase final de tratamento no HRAC-USP, apontaram um índice de qualidade de vida no geral de bom a muito bom. Todos os domínios de qualidade de vida estavam acima da média; o domínio relações sociais em primeiro, seguido do psicológico, físico e meio ambiente. Não houve correlações estatisticamente significantes entre os domínios da qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas levantadas (Veronez 2007).

Considerando os resultados do estudo referido e centrados na prevenção de doenças e promoção da saúde, o questionamento sobre os fatores de risco ou

**26** Introdução

proteção para doenças crônicas não transmissíveis torna-se relevante: como estariam os indivíduos adultos, já tratados no HRAC-USP, em relação às comorbidades que acometem a população brasileira?

Assim, com objetivo de mensurar os fatores de riscos e proteção de DCNT nos indivíduos tratados no HRAC-USP é que desenvolvemos o presente estudo. Para tanto, foi aplicado o questionário já validado do Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.



#### 2 REVISÃO DE LITERATURA

O sistema de monitoramento por entrevistas telefônicas foi desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos, sendo conhecido como "Behavioral Risk Factor Surveillance System" (BRFSS). O BRFSS, criado pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos em 1981, é o sistema de monitoramento por entrevista telefônica mais antigo e de maior envergadura em todo mundo. Implantado inicialmente em 29 unidades da federação americana em 1994, funciona regularmente em todos os 50 estados, na capital federal e nos três territórios americanos (Centers for Disease Control and Prevention 2008).

Os primeiros BRFSS utilizaram questionários para avaliar a prevalência das práticas de saúde pessoal e comportamentos relacionados com as principais causas de morte, incluindo o uso de cinto de segurança, hipertensão arterial, controle de peso, atividade física, tabagismo, alcoolismo, hábito de beber e dirigir e práticas de saúde preventiva. Os resultados foram ponderados para a idade, raça, gênero e distribuição de cada Estado a partir dos dados censo 1980. A maioria (60%) dos Estados-Membros utilizou informações das pesquisas para definir os objetivos para as políticas de saúde. Além disso, quase dois terços (65%) utilizaram os resultados para apoiar a legislação, principalmente relacionadas ao antitabagismo e ao uso de cinto de segurança. A maioria dos Estados (84%) relatou que as fontes alternativas para esses dados de prevalência (de fatores de risco comportamentais) não estavam disponíveis. Este sistema provou ser eficiente ao fornecer dados sobre os problemas emergentes de saúde pública, por ser ágil fornecendo resultados dentro de alguns meses após coleta dos dados e ter baixo custo. O sistema permite as agências de saúde pública planejar a promoção da saúde e programas de

prevenção de doenças, controlando seus progressos ao longo do tempo (Remington et al 1988).

No Brasil foi implantado o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (SIMTEL) no Município de São Paulo em 2003. Em 2005 foi novamente realizado nesta capital e expandido para outras capitais brasileiras (Belém-PA, Florianópolis-SC, Goiânia-GO e Salvador-BA). O sistema baseou-se na aplicação de inquéritos periódicos realizados em amostra probabilística da população adulta residente em domicílios servidos por linhas telefônicas fixas (Peixoto et al 2008).

No SINTEL realizado em 2003, no Município de São Paulo, foram utilizados procedimentos que visaram obter amostra probabilística da população de indivíduos com 18 anos de idade ou mais, residentes em domicílios do Município de São Paulo, servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa. Foi estabelecido o número mínimo de 2.000 indivíduos a serem estudados pelo sistema. Esse número permitiu estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população estudada. A primeira etapa da amostragem foi realizada em outubro de 2003 e consistiu no sorteio de 7.000 linhas telefônicas do cadastro eletrônico das linhas residenciais fixas existentes no Município de São Paulo. Esse cadastro continha 2.915.860 linhas. O sorteio foi realizado por funcionário da empresa e acompanhado por um dos autores. O sorteio, estratificado e sistemático, levou em conta os cinco estratos do cadastro correspondentes às regiões Centro, Norte, Sul, Leste e Oeste da cidade, mantendo-se em cada um deles a mesma fração de amostragem (1/416). A seguir, as 7.000 linhas sorteadas foram re-sorteadas e divididas em 20 réplicas de 350 linhas ordenadas de 1 a 20, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de

linhas por região da cidade. A divisão da amostra integral em réplicas foi feita em função da dificuldade em se estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que seriam elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas que deveriam ser sorteadas para se chegar a 2.000 entrevistas. O questionário do SIMTEL/MSP foi constituído por 89 perguntas curtas e simples, a grande maioria comportando categorias pré-estabelecidas de respostas. Foram observadas diferenças substanciais entre os sexos quanto à frequência da maioria dos fatores de risco estudados, sendo significativamente mais frequentes em homens o consumo insuficiente de frutas e hortaliças, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o excesso de peso; e nas mulheres foram mais frequentes o sedentarismo e a hipertensão. Possibilidades adicionais de estratificação da prevalência de fatores de risco permitidas pelo sistema de monitoramento foram ilustradas a partir de exemplos abrangendo faixa etária, nível de escolaridade e área de residência na cidade dos entrevistados. Esse estudo mostrou que o sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT a partir de entrevistas telefônicas pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras semelhantes a São Paulo, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema (Monteiro et al 2005).

A exemplo do realizado na capital, o SINTEL foi implantado no interior do Estado, na cidade de Botucatu-SP (Carvalhaes, Moura e Monteiro 2008). Neste estudo a coleta de dados ocorreu no período de 20 de setembro a 20 de dezembro de 2004 e entre 15 e 30 de janeiro de 2005. Fixou-se em 1.000 o número mínimo de entrevistas a serem realizadas para se poderem estimar, com coeficiente de confiança de pelo menos 95% e erro máximo de 5%, as frequências dos fatores de

risco estudados. Essencialmente, a amostragem foi realizada em três etapas que incluíram: a) o sorteio de 1.867 números de telefone do cadastro de linhas residenciais fornecido pela companhia telefônica que servia ao município; b) a identificação dos números que correspondiam a linhas elegíveis (linhas residenciais ativas) e c) o sorteio, com base em sequências aleatórias de números, de um dos moradores do domicílio com 18 ou mais anos de idade. A taxa de sucesso do sistema foi de 86,9% (proporção de entrevistados sobre o total de linhas elegíveis), havendo 5,8% (n=95) de recusas e 7,3% de perdas por outras razões. O questionário do SIMTEL inclui 74 questões sobre características demográficas e socioeconômicas dos entrevistados, padrões de alimentação e de atividade física, consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, peso e altura recordados e referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes. Foram observadas altas prevalências de excesso de peso (46,7%) e sedentarismo (57,9%). Houve desvantagem para os homens quanto ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas e vantagem no que se refere à prática de atividade física em 1 ou mais dias da semana. Nas mulheres, observou-se associação inversa entre escolaridade e os seguintes fatores de risco: obesidade, excesso de peso, sedentarismo, consumo de carnes com gordura e hábito de fumar. Resultado semelhante foi observado para homens, exceto com relação a obesidade e excesso de peso. Concluíram que a segunda experiência de aplicação do sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT por entrevistas telefônicas no país confirmou o desempenho satisfatório e a utilidade do sistema em nosso meio.

Peixoto et al (2008) realizaram estudo em Goiânia-GO, seguindo a mesma metodologia dos estudos anteriores, observou-se uma frequência relativamente alta, em ambos os gêneros, de baixo consumo de frutas e hortaliças, sedentarismo,

excesso de peso e hipertensão. Para o consumo de frutas e hortaliças, foi observado que 52,9% da população estudada apresentaram uma frequência de consumo menor que cinco vezes na semana sendo esta bem inferior ao recomendado pela estratégia global para uma alimentação saudável. Chama atenção que mesmo entre os indivíduos de maior escolaridade o consumo regular de frutas e hortaliças foi baixo. Quando considerado o conjunto das atividades físicas que geram gasto energético, atividade física ocupacional, de lazer, no trabalho doméstico e como meio de locomoção, aproximadamente 50% da população foi classificada como sedentária. Quanto ao sedentarismo nos momentos de lazer, a frequência foi semelhante ao observado em estudo anterior realizado em Goiânia (61,9%). Assim como em outros estudos, as mulheres se apresentaram mais sedentárias que os homens, e a prática de atividade física diminuiu com a idade. Os homens apresentaram maiores prevalências de tabagismo (15,1%) e de consumo de álcool (29,8%) do que as mulheres (8,7% e 7,6%, respectivamente); em ambos os gêneros, a prevalência de tabagismo foi maior nos indivíduos com menor escolaridade (ensino fundamental completo ou incompleto), quando comparado com os de maior escolaridade. Esses achados foram consistentes com os relatados pela literatura para o Brasil e para países em desenvolvimento. Perante os resultados observados, ficou evidente que para reduzir os fatores de risco para a morbimortalidade decorrente das doenças crônicas não transmissíveis na população adulta de Goiânia serão necessárias estratégias de prevenção e promoção da saúde, tais como estímulo à prática regular de atividade física e ao consumo adequado de frutas e hortaliças, redução na frequência do excesso de peso, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, medidas que reconhecidamente previnem as doenças crônicas não transmissíveis. Assim, o

SIMTEL/Goiânia poderá monitorar a efetividade das estratégias e colaborar com a estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde no referente à recomendação de monitoramento e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis.

Estudo transversal realizado em 2005 na cidade de Belém-PA (Borges, Cruz e Moura 2008), com uma amostra probabilística da população ≥18 anos pelo SIMTEL; teve como objetivo avaliar associação entre hipertensão arterial e excesso de peso. Consideraram como variável desfecho: hipertensão; como variável explanatória: excesso de peso; como variáveis de confusão: idade, escolaridade e características de estilo de vida. As variáveis associadas com hipertensão arterial foram analisadas por regressão logística para cálculo de risco. O excesso de peso se associou com maior prevalência de hipertensão arterial, porém variáveis como idade, escolaridade e consumo alimentar interferem nessa associação, de modo a configurar contextos favoráveis à diminuição ou ao aumento desse risco.

Outro estudo foi desenvolvido em Belém (PA) com o objetivo de avaliar os determinantes sociodemográficos do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV). Indivíduos com 18 anos ou mais de idade (n=2.620), moradores em domicílios com linha telefônica fixa no ano de 2005, foram submetidos à entrevista telefônica. As estimativas gerais de frequência dos indicadores foram calculadas para a população adulta total do município, utilizando-se fator de expansão do censo de 2000. Os dados mostraram que apenas 2,6% da população consome FLV cinco ou mais vezes ao dia. A chance de consumo de FLV cinco ou mais vezes por dia foi 3,1 vezes maior para os homens que estudaram 12 ou mais anos comparativamente aos que estudaram menos. Para as mulheres, o consumo de FLV cinco ou mais vezes por dia não apresentou diferença com a escolaridade. Observou-se que

homens com consumo adequado de FLV tendem a não consumir refrigerante e a fumar mais. As mulheres tendem a não consumir carne com gordura ou frango com pele e apresentar excesso de peso. O estudo aponta a necessidade de ações mais agressivas direcionadas ao aumento de FLV nesta população (Moura, Dias e Reis 2007).

Estudos epidemiológicos transversais e prospectivos têm comprovado a forte associação que as principais DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes e certos tipos de câncer) mantêm com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, onde se destacam tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física. Segundo estimativas da OMS (World Health Organization 2004), esses sete fatores de risco fazem parte da lista dos fatores de maior relevância para a carga total global de doença. Em países como o Brasil, os mesmos sete fatores de risco constam da lista dos nove fatores que mais causariam mortes e adoecimento à população (Monteiro et al 2005).

Com o objetivo de avaliar a reprodutibilidade e a validade de indicadores de atividade física e sedentarismo, obtidos por sistema de vigilância baseado em inquéritos telefônicos; Monteiro et al (2008a) realizaram análises de reprodutibilidade e validade em duas sub-amostras aleatórias (n=110 e n=111, respectivamente) da amostra total (n=2.024) de adultos estudada pelo sistema, no município de São Paulo, em 2005. Os indicadores avaliados incluíram a frequência de "suficientemente ativos no lazer", "inativos em quatro domínios da atividade física (lazer, trabalho, transporte e atividades domésticas)" e "ver televisão por longos períodos". A reprodutibilidade foi estudada comparando-se resultados obtidos a partir da entrevista telefônica original do sistema e de outra entrevista idêntica

repetida após sete a 15 dias e feita por entrevistador diferente do que fez a entrevista original. A validade foi estudada comparando-se resultados obtidos a partir da entrevista telefônica original e de três recordatórios de 24 horas (método de referência) realizados na semana seguinte à entrevista original. A frequência dos três indicadores avaliados foi idêntica ou muito próxima entre a primeira e a segunda entrevista telefônica, e os coeficientes kappa se situaram entre 0,53 e 0,80, indicando boa reprodutibilidade de todos os indicadores. Os indicadores de atividade física e sedentarismo empregados pelo sistema aparentaram ser reprodutíveis e suficientemente acurados. Se mantido em operação nos próximos anos, o sistema poderá oferecer ao Brasil um instrumento útil para avaliação de políticas públicas de promoção da atividade física e controle das DCNT relacionadas ao sedentarismo.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, Monteiro et al (2008b) avaliaram a reprodutibilidade e a validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por sistema de vigilância baseado em inquéritos telefônicos. Foram realizadas análises de reprodutibilidade e validade em duas sub-amostras aleatórias (n=112 e n=109, respectivamente) da amostra total (n=2.024) de adultos (≥18 anos) estudados pelo sistema em 2005 no município de São Paulo. Os indicadores avaliados incluíram fatores de proteção (consumo diário ou quase diário de frutas e hortaliças) e de risco (consumo diário ou quase diário de refrigerantes, consumo habitual de alimentos fontes de gorduras saturadas de origem animal, e consumo abusivo de bebidas alcoólicas) para doenças crônicas. Houve boa reprodutibilidade de todos os indicadores.

Em setembro de 2008, o Ministério da Saúde (Brasil 2009a) anunciou oficialmente o lançamento do maior estudo já desenvolvido na área de epidemiologia na América Latina, o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. Conhecido como

ELSA Brasil, é uma pesquisa pioneira sobre doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, e seus fatores de risco na população brasileira. O ELSA é também a maior pesquisa multicêntrica de coorte realizada por um país fora do eixo dos países desenvolvidos e envolve um consórcio composto por seis instituições brasileiras de ensino e pesquisa. Ao longo de 20 anos, serão pesquisados e monitorados 15 mil funcionários e docentes (homens e mulheres, entre 35 e 74 anos) que trabalham nessas instituições. Os voluntários responderão um questionário sobre suas condições gerais de saúde, história familiar de doenças, uso de medicamentos, saúde mental, entre outros tópicos. Periodicamente essas pessoas fornecerão informações sobre internações, doenças e cirurgias ocorridas e realizarão novos exames. Em 2003, 69% dos óbitos bem definidos no Brasil foram causados pelos seguintes grupos de doenças: doenças cardiovasculares (32%), neoplasias (15%), doenças respiratórias (11%), doenças endócrinas/metabólicas (6%) e doenças digestivas (5%). Ressalta-se, também, que o Brasil tem a maior taxa de mortalidade por doença cerebrovascular entre os países americanos e que o impacto da mortalidade por doenças cardiovasculares atinge estratos populacionais mais jovens (em idade laboral) de modo mais intenso do que em países como os Estados Unidos, Canadá, Japão e os da Europa ocidental. O ELSA trará subsídios fundamentais para a identificação de fatores ambientais que desencadeiam e mantêm anormalidades associadas ao solo comum de causalidade do diabetes e das doenças cardiovasculares no contexto social e racial heterogêneo brasileiro.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde (Brasil 2009b) publicou os resultados do terceiro ano de operação (2008) do sistema Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas. Desde 2006, implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, o Vigitel vem cumprindo,

com grande eficiência, seu objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em nosso meio. A implantação do Vigitel vem sendo realizada em estreita parceria estabelecida, desde 2006, entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, além do suporte técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Esta parceria tem possibilitado a este sistema de vigilância avançar no monitoramento dos principais fatores de risco ou proteção para DCNT. Nesta pesquisa são apresentados resultados do sistema Vigitel para o ano de 2008 em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, e é realizada uma avaliação da evolução dos fatores de risco e proteção para DCNT. Com isto, o Ministério da Saúde cumpre a tarefa de realizar o monitoramento desses fatores, consolidando a Vigilância das DCNT e contribuindo na definição de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

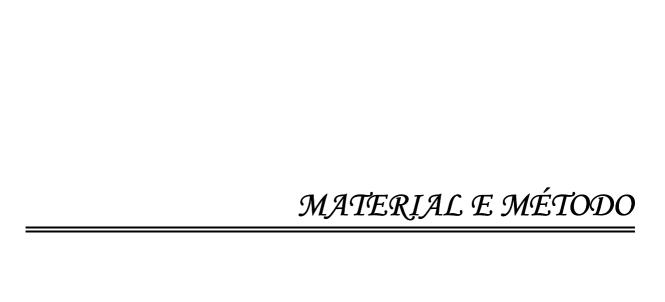
Mais recentemente, foi publicado do Vigitel 2009 (Brasil 2010). O Vigitel 2009 seguiu a mesma linha de pesquisa do ano anterior, cumprindo assim a meta de monitoramento dos fatores de risco e proteção para DCNT na população brasileira.

O questionário aplicado nas entrevistas telefônicas pelo Vigitel segue a mesma linha do seu precursor, o do SINTEL. Atualmente composto por 89 questões, foi adaptado e reduzido parcialmente para ser utilizado na atual pesquisa.

# 3 PROPOSIÇÃO

Analisar nos indivíduos adultos tratados e de alta hospitalar do HRAC-USP:

- A frequência dos fatores de risco ou proteção para doenças crônicas não transmissíveis, a saber: hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, segundo o gênero, distribuição demográfica, faixa etária e nível de escolaridade;
- Comparar os dados obtidos com os resultados obtidos pelo Vigitel 2009 para a população brasileira;
- Verificar a frequência de indivíduos de alta do HRAC-USP que se consideram reabilitados.



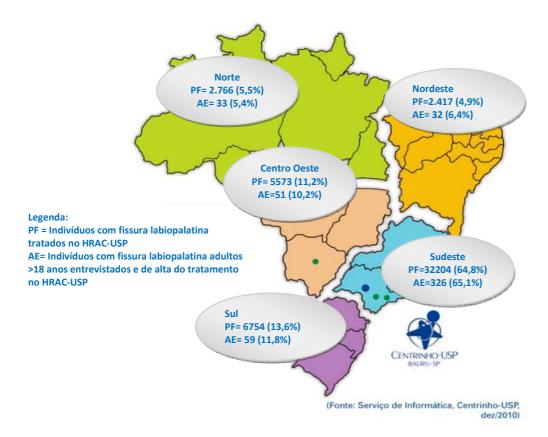
# **4 MATERIAL E MÉTODO**

#### 4.1 MATERIAL

Foi realizado o levantamento junto ao Centro de Processamento de Dados do HRAC-USP dos indivíduos adultos (idade ≥ 18 anos) com fissura labiopalatina e de alta do tratamento no HRAC-USP. Foram analisados todos os registros do período desde a abertura do primeiro prontuário do HRAC-USP até a data da presente pesquisa, o que correspondeu de março de 1974 a março de 2010. Este levantamento continha o número do registro hospitalar, o nome do indivíduo, sua data de nascimento, a cidade/estado de origem e o número do telefone de contato. O estudo foi realizado aplicando-se o questionário elaborado pelo Ministério da Saúde, Sistema Vigitel, entrevista por inquérito telefônico. Foram entrevistados 501 indivíduos de um conjunto de 3.342 indivíduos selecionados. O número amostral foi definido obedecendo ao nível de confiança de 95% e erro máximo de quatro pontos percentuais.

#### 4.2 MÉTODO

Os 3.342 indivíduos, de acordo com local onde residem, foram distribuídos nas cinco regiões geográficas do Brasil. Destes, foram entrevistados 501, selecionados por meio de amostragem estratificada proporcional mantendo a equivalência entre o porcentual de indivíduos com fissura labiopalatatina tratados no HRAC-USP até o ano de 2010, por região do Brasil (Figura 1). Os indivíduos de cada região foram escolhidos aleatoriamente.



**Figura 1 -** Comparativo entre amostra e o porcentual de indivíduos com fissura labiopalatatina tratados no HRAC-USP até o ano de 2010, por região do Brasil.

O sistema Vigitel, como dito acima, baseia-se em entrevistas por telefone. Verificamos as linhas telefônicas que poderiam ser consideradas elegíveis (linhas residenciais ativas). Consideramos não elegíveis as linhas fora de serviço, ou que não mais existiam, além das linhas que não responderam a pelo menos três chamadas feitas em dias e horários variados. Os indivíduos não elegíveis foram substituídos por outra escolha aleatória dentro do seu estrato.

#### 4.2.1 A entrevista telefônica

Aplicou-se por entrevista telefônica o questionário elaborado pelo Sistema Vigitel, adaptado para os indivíduos do HRAC-USP (Anexo1). As ligações telefônicas foram realizadas via VOIP (SKYPE) utilizando internet banda larga. Por

se tratar de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados, da mesma forma como são realizadas as entrevistas pelo Vigitel. Os TCLE autorizando as entrevistas foram gravados com auxílio do software Call Graph. O questionário utilizado é composto por perguntas curtas e simples, a grande maioria comportando categorias pré-estabelecidas de respostas. O questionário foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente da tela do monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. As perguntas do questionário abordaram em geral:

- a) Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, gênero, estado civil, nível de escolaridade, acesso a planos de saúde privada);
- b) Fatores de risco para DCNT relacionados ao hábito de fumar, ao excesso de peso, ao consumo de refrigerantes e de alimentos fonte de gordura saturada, ao sedentarismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além da referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias;
- c) Fatores de proteção para DCNT como a prática de atividade física no tempo livre e nos deslocamentos, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão.

#### 4.2.2 Os indicadores

Conforme realizado pelo Sistema Vigitel, foram utilizados na pesquisa indicadores monitorados e validados. A definição desses indicadores é apresentada a seguir:

#### a) Tabagismo

Porcentual de fumantes: número de indivíduos fumantes/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fumante o indivíduo que respondeu positivamente à questão "O(a) sr(a) fuma?", independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

Porcentual de fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia: número de indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta à questão: "Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?".

#### b) Consumo de bebidas alcoólicas

Porcentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva: número de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva/número de entrevistados. Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Considera-se para identificar o consumidor abusivo a resposta sim à questão "Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?" para homens ou "Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir mais do que quatro doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? para mulheres. Uma dose de bebida alcoólica

corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

#### c) Consumo alimentar

Porcentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente: número de indivíduos que consomem regularmente frutas e hortaliças/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo regular de frutas e de hortaliças, o consumo em cinco ou mais dias da semana de frutas e de hortaliças, estimado a partir de respostas às questões: "Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?", "Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?" e "Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?".

Porcentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado: número de indivíduos que consomem o recomendado de frutas e de hortaliças/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo recomendado de frutas e de hortaliças o consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana de frutas e hortaliças, estimado a partir das questões: "Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?", "Em quantos dias da semana, o(a) Sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?". "Num dia comum, quantas copos o(a) Sr(a) toma de suco de frutas natural?" e "Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr(a) come frutas?".

Porcentual de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível: número de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo de carnes com gordura visível, a resposta positiva à questão "Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma comer com a gordura?" ou "Quando o(a) Sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr(a) costuma comer com a pele?".

Porcentual de adultos que costumam consumir leite com teor integral de gordura: número de indivíduos que costumam consumir leite com teor integral de gordura/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo de leite com teor integral de gordura a resposta leite integral à questão "Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

Porcentual de adultos que costumam consumir refrigerante em cinco ou mais dias por semana: número de indivíduos que costumam consumir refrigerante ou suco artificial com açúcar em cinco ou mais dias por semana/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado consumo de refrigerante ou suco artificial com açúcar em cinco ou mais dias por semana à combinação das questões: "Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?" e "Que tipo?", independente da quantidade.

Porcentual de adultos que consomem feijão em cinco ou mais dias por semana: número de indivíduos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana / número de indivíduos entrevistados. Considerando-se a resposta à questão "Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão?"

#### d) Atividade física

Porcentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre (lazer): considera-se nessa condição todos os indivíduos que praticam pelo menos 30

minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo individuo com exercícios físicos (Haskell et al 2007). Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (Ainsworth et al 2000). Este indicador é estimado a partir das questões: "Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?, "Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) praticou?", "O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?', "Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?" e "No dia que o(a) Sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?".

Porcentual de adultos que praticam atividade física no tempo livre (lazer) e ou no deslocamento: consideramos nessa condição os indivíduos que praticam atividade física no tempo livre (como definido anteriormente) e também aqueles que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. São consideradas as questões citadas anteriormente e, adicionalmente, perguntas sobre deslocamento para trabalho e/ou curso e/ou escola, conforme a seguir: "Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?", "Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?"

Porcentual de adultos fisicamente inativos: número de indivíduos fisicamente inativos/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fisicamente inativo o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa, conforme combinação das questões: "Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?"; "Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) trabalhou?"; "No seu trabalho, o(a) Sr(a) anda bastante a pé?", ou "No seu trabalho, o(a) Sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?"; "O(a) Sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?"; "Quanto tempo o(a) Sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho (a pé ou de bicicleta)?"; "Quem costuma fazer a faxina da sua casa?" ou "Quem fica com a parte mais pesada da faxina, quando tem ajuda?".

#### e) Excesso de peso e obesidade

Porcentual de adultos com excesso de peso: número de indivíduos com excesso de peso/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² (World Health Organization 2011), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura, ambos auto-referidos, conforme as questões: "O (a) senhor (a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?", "O (a) senhor (a) sabe sua altura?".

Porcentual de adultos com obesidade: número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados. Foi considerado com obesidade o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² (World Health Organization 2011), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura, ambos

auto-referidos, conforme as questões: "O (a) senhor (a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?", "O (a) senhor (a) sabe sua altura?".

#### f) Auto-avaliação do estado de saúde

Porcentual de adultos que auto-avaliariam o estado de saúde como ruim: número de adultos que auto-avaliaram o estado de saúde como ruim/número de entrevistados. Considerou-se como estado de saúde ruim a resposta ruim ou muito ruim à pergunta "Como o(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde?".

#### g) Morbidade referida

Porcentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial: número de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta afirmativa à questão: "Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?".

Porcentual de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes: número de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes/número de indivíduos entrevistados, referente à resposta positiva à questão: "Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?".

Porcentual de adultos que referem diagnóstico médico de dislipidemia: número de indivíduos que referem diagnóstico médico de dislipidemia/número de indivíduos entrevistados, referente à resposta positiva à questão: "Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?".

Porcentual de adultos que referem ter procurado atendimento especializado em saúde mental: número de indivíduos que referem ter procurado atendimento especializado em saúde mental /número de indivíduos entrevistados, referente à resposta positiva à questão: Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sentiu necessidade ou

precisou buscar atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados a sua saúde mental, como ansiedade, nervosismo, angústia ou depressão?

#### h) Reabilitação

Por fim, incluímos em nossa pesquisa a variável reabilitação, com intuito de qualificar o tratamento realizado no HRAC-USP. A reabilitação foi abordada na seguinte questão: "O sr(a) se sente reabilitado de uma forma geral?"

### 4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os testes e a estatística descritiva foram realizadas com o auxílio do Software MiniTab- 16.

As comparações entre proporções e as relações entre variáveis foram verificadas por meio do Teste Qui-Quadrado considerando nível de significância de 5%.

RESULTADOS

#### **5 RESULTADOS**

A amostra dos 501 indivíduos separada por faixa etária, gênero e escolaridade está discriminada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo o gênero, faixa etária e escolaridade.

				Gên	ero		
Variável	Т	Total Mascul		culino	Fem	ninino	
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
18 a 24	170	33,9	74	14,8	96	19,2	
25 a 34	220	43,9	126	25,1	94	18,8	
35 a 44	51	10,2	26	5,2	25	5,0	
45 a 54	35	7,0	20	4,0	15	3,0	
55 a 64	23	4,6	10	2,0	13	2,6	
65 ou mais	2	0,4	1	0,2	1	0,2	
Anos de escolaridade							
0 a 8	20	4,0	13	65,0	7	35,0	
9 a 11	304	60,7	160	52,6	144	47,4	
12 e mais	177	35,3	84	47,5	93	52,5	
Total	501	100,0	257	51,3	244	48,7	

Média das idades = 29,81 anos

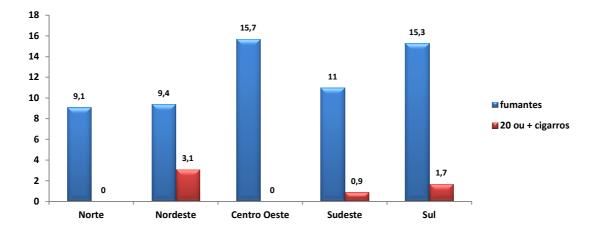
Os resultados serão apresentados a seguir, discriminando a frequência de fatores de risco ou proteção para doenças crônicas agrupados por temas que envolvem o tabagismo, o excesso de peso e obesidade, padrões de alimentação e de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, auto-avaliação do estado de saúde, e morbidade referida. A frequência dos fatores de risco ou proteção é apresentada segundo a região do Brasil onde residem os indivíduos entrevistados e também segundo gênero, faixa etária e escolaridade do conjunto.

#### 5.1 TABAGISMO

A Tabela 2 mostra, entre os 501 indivíduos entrevistados, a frequência de fumantes. Adicionalmente, ilustra-se no Gráfico 1 a distribuição do indicador tabagismo, para fumantes e fumantes de 20 ou mais cigarros por dia, segundo as regiões do Brasil.

**Tabela 2 -** Porcentual de fumantes no conjunto de indivíduos adultos entrevistados, por sexo, idade e anos de escolaridade.

			Sexo				
Variável	To	otal	Masculino		Fem	Feminino	
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
18 a 24	17	3,4	10	58,8	7	41,2	
25 a 34	27	5,4	13	48,1	14	51,9	
35 a 44	6	1,2	4	66,7	2	33,3	
45 a 54	4	0,8	2	50,0	2	50,0	
55 a 64	5	1,0	3	60,0	2	40,0	
Anos de escolaridade							
0 a 8	3	0,6	2	66,7	1	33,3	
9 a 11	35	7,0	18	51,4	17	48,6	
12 e mais	21	4,2	12	57,1	9	42,9	
Total	59	11,8	32	6,4	27	5,4	



**Gráfico 1 -** Distribuição do indicador tabagismo, para fumantes e fumantes de 20 ou mais cigarros por dia, segundo as regiões do Brasil.

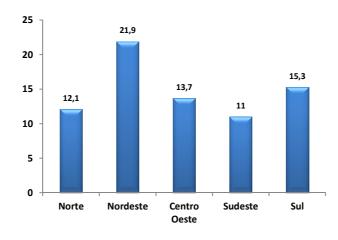
## 5.2 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

A Tabela 3 mostra, entre os 501 indivíduos entrevistados, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Adicionalmente, ilustramos no Gráfico 2 a distribuição do indicador consumo abusivo de bebidas alcoólicas, segundo as regiões do Brasil.

**Tabela 3 -** Prevalência do indicador do consumo abusivo de bebida alcoólica\* no conjunto da população adulta entrevistada, por sexo, idade e anos de escolaridade.

			Sexo				
Variável	To	otal	Masculino		Fem	inino	
	n	%	n	%	n	%	
dade (anos)							
18 a 24	26	5,2	24	92,3	2	7,7	
25 a 34	22	4,4	20	90,9	2	9,1	
35 a 44	6	1,2	6	100,0	0	0,0	
45 a 54	6	1,2	5	83,3	1	16,7	
55 a 64	3	0,6	3	100,0	0	0,0	
Anos de escolaridade							
) a 8	7	1,4	7	100,0	0	0,0	
9 a 11	34	6,8	31	91,2	3,0	8,8	
12 e mais	22	4,4	20	90,9	2	9,1	
Total	63	12,6	58,0	11,6	5	1,0	

<sup>\* 5</sup> ou mais doses (homem) ou 4 ou mais doses (mulher) em pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.



**Gráfico 2 -** Porcentual de adultos que apresentaram consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, segundo as regiões do Brasil.

#### 5.3 CONSUMO ALIMENTAR

Os principais indicadores de alimentação serão demonstrados separadamente: os considerados fatores de proteção e os de risco para DCNT (Tabela 4). Em seguida ilustraremos no Gráfico 3 a distribuição dos principais indicadores de alimentação segundo a região do Brasil e nos Gráficos 4 e 5 a distribuição quanto ao gênero e escolaridade, respectivamente.

Tabela 4 - Prevalência dos principais indicadores de alimentação.

Fator de Risco ou Proteção	%
Proteção	
Consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais porções semana)	19,6
Consumo recomendado frutas e hortaliças (5 ou mais porções dia)	2,0
Consumo regular de feijão (5 ou mais dias na semana)	86,6
Risco	
Consumo de carnes com excesso de gordura	73,5
Consumo de leite integral (com gorduras)	69,9
Consumo regular de refrigerantes (5 vezes semana)	28,7

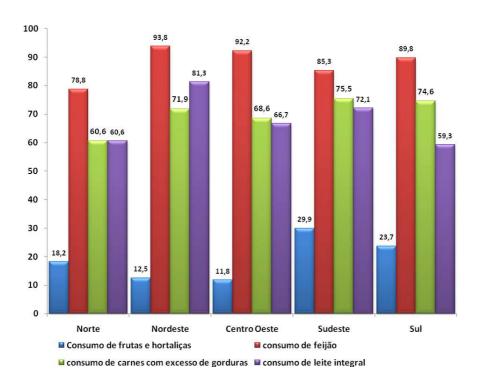


Gráfico 3 - Prevalência dos principais indicadores de alimentação, segundo as regiões do Brasil.

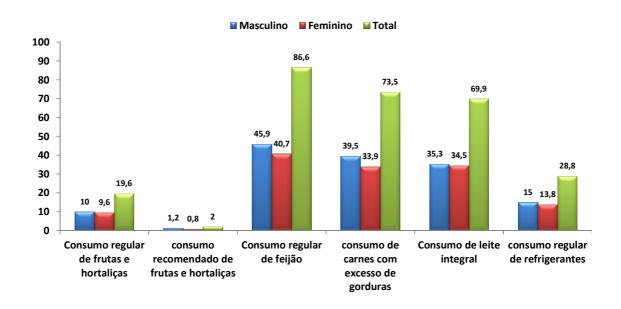


Gráfico 4 - Prevalência dos principais indicadores de alimentação, segundo gênero (%).

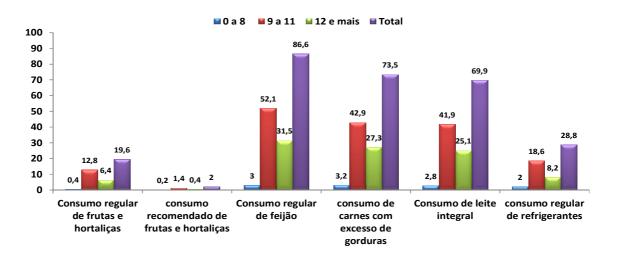


Gráfico 5 - Prevalência dos principais indicadores de alimentação, segundo escolaridade (%).

## 5.4 ATIVIDADE FÍSICA

Os indicadores de atividade física são demonstrados na Tabela 5. No Gráfico 6 a prevalência dos indicadores é agrupada segundo distribuição por região no Brasil e nos Gráficos 7 e 8 são agrupados segundo a distribuição por gênero e escolaridade, respectivamente.

**Tabela 5 -** Prevalência dos indicadores de atividade física.

Fator de Risco ou Proteção	%
Atividade física no tempo livre (lazer)	14,8
Atividade física no tempo livre e/ou deslocamento	32,3
Inatividade física	13,2

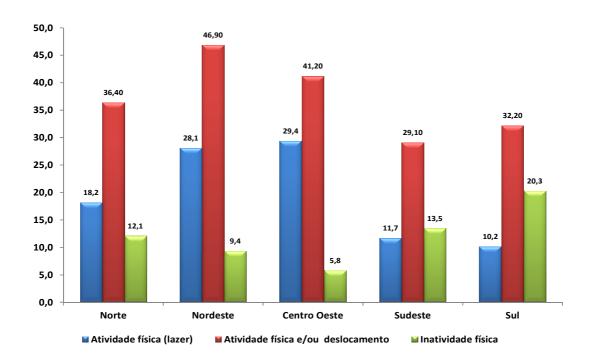


Gráfico 6 - Prevalência dos indicadores de atividade física segundo as regiões do Brasil (%).

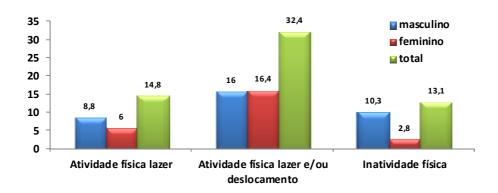


Gráfico 7 - Indicadores da atividade física segundo o gênero (%).

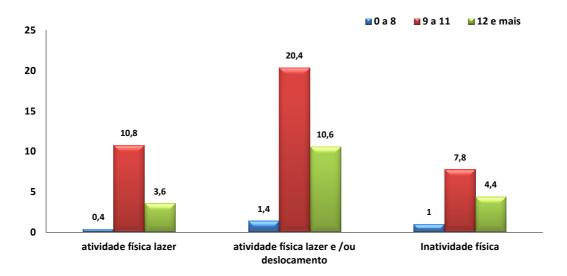


Gráfico 8 - Indicadores da atividade física segundo a escolaridade (%).

#### 5.5 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

A prevalência dos indicadores de excesso de peso e obesidade está demonstrada na Tabela 6. O Gráfico 9 mostra a prevalência dos indicadores excesso de peso e obesidade segundo as regiões do Brasil. Os Gráficos 10 e 11 mostram a distribuição destes indicadores quanto ao gênero e a escolaridade, respectivamente.

Tabela 6 - Prevalência dos indicadores de excesso de peso e obesidade.

Fator de Risco ou Proteção	%
Excesso de peso *	48,5
Obesidade**	6,4

<sup>\*</sup>IMC >25kg/m2

<sup>\*\*</sup> IMC >30kg/m2

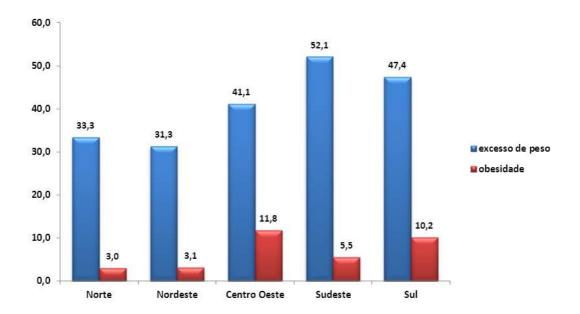


Gráfico 9 - Prevalência dos indicadores excesso de peso e obesidade segundo as regiões do Brasil (%).

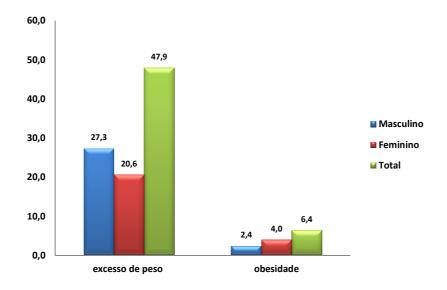


Gráfico 10 - Indicadores excesso de peso e obesidade segundo ao gênero (%).

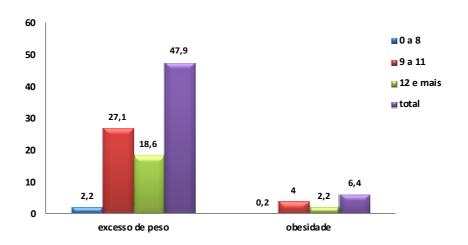


Gráfico 11 - Indicadores excesso de peso e obesidade, segundo a escolaridade (%).

## 5.6 AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

O Gráfico 12 mostra a distribuição porcentual dos 501 entrevistados quanto sua auto-avaliação do estado de saúde em muito bom, bom, regular ou ruim.

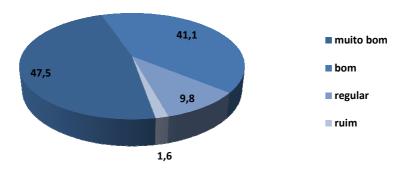


Gráfico 12 - Auto avaliação do estado de saúde.

#### 5.7 MORBIDADE REFERIDA

## 5.7.1 Hipertensão arterial

O porcentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta entrevistada, por gênero, faixa etária e anos de escolaridade, está demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Hipertensão arterial por gênero, faixa etária e anos de escolaridade.

			Gênero				
Variável	To	otal	Masculino		Fem	Feminino	
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
18 a 24	20	4,0	6	30,0	14	70,0	
25 a 34	20	4,0	7	35,0	13	65,0	
35 a 44	10	2,0	5	50,0	5	50,0	
45 a 54	8	1,6	6	75,0	2	25,0	
55 a 64	9	1,8	3	33,3	6	66,7	
Anos de escolaridade							
0 a 8	3	0,6	0	0,0	3	100,0	
9 a 11	45	9,0	17	37,8	28	62,2	
12 e mais	19	3,8	10	52,6	9	47,4	
Total	67	13,4	27	5,4	40	8,0	

#### 5.7.2 Diabetes Melittus

O Porcentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes no conjunto dos entrevistados, por gênero, faixa etária e anos de escolaridade é demonstrado na Tabela 8.

**Tabela 8 -** Porcentual de indivíduos que referem diagnóstico de diabetes, por gênero, faixa etária e escolaridade.

			Gênero				
Variável	Total		Mas	Masculino		inino	
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							
18 a 24	4	0,8	2	50,0	2	50,0	
25 a 34	6	1,2	3	50,0	3	50,0	
35 a 44	4	0,8	1	25,0	3	75,0	
45 a 54	5	1,0	1	20,0	4	80,0	
55 a 64	2	0,4	2	100,0	0	0,0	
Anos de escolaridade							
9 a 11	18	3,6	7	38,9	11	61,1	
12 e mais	3	0,6	2	66,7	1	33,3	
Total	21	4,2	9	1,8	12	2,4	

## 5.7.3 Dislipidemias

O Porcentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de dislipidemia no conjunto dos entrevistados, por gênero, faixa etária e anos de escolaridade é demonstrado na Tabela 9.

**Tabela 9 -** Porcentual de indivíduos que referem o diagnóstico de dislipidemia, por gênero, idade e escolaridade.

Variável	Gênero							
	Total		Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%		
Idade (anos)								
18 a 24	4	0,8	1	25,0	3	75,0		
25 a 34	8	1,6	3	37,5	5	62,5		
35 a 44	4	0,8	4	100,0	0	0,0		
45 a 54	7	1,4	5	71,4	2	28,6		
55 a 64	3	0,6	2	66,7	1	33,3		
Anos de escolaridade								
0 a 8	1	0,2	0	0,0	1	100,0		
9 a 11	15	3,0	10	66,7	5	33,3		
12 e mais	10	2,0	5	50,0	5	50,0		
Total	26	5,2	15	3,0	11	2,2		

## 5.8 SAÚDE MENTAL

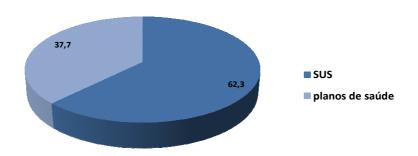
O porcentual de indivíduos que referem ter buscado atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados à sua saúde mental no conjunto dos entrevistados, por gênero, segundo idade e anos de escolaridade está demonstrado na Tabela 10.

**Tabela 10 -** Porcentual de indivíduos que referem ter buscado atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados à sua saúde mental, por gênero, idade e escolaridade.

Variável			Gênero					
	Total		Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%		
Idade (anos)								
18 a 24	20	4,0	8	40,0	12	60,0		
25 a 34	30	6,0	12	40,0	18	60,0		
35 a 44	9	1,8	6	66,7	3	33,3		
45 a 54	6	1,2	2	33,3	4	66,7		
55 a 64	4	0,8	3	75,0	1	25,0		
Anos de escolaridade								
0 a 8	2	0,4	1	50,0	1	50,0		
9 a 11	44	8,8	19	43,2	25	56,8		
12 e mais	23	4,6	11	47,8	12	52,2		
Total	69	13,8	31	6,2	38	7,6		

### 5.9 ACESSO A PLANOS DE SAÚDE PRIVADA

O porcentual de indivíduos que referem contratar planos de saúde privada está demonstrado no Gráfico 13.



**Gráfico 13 -** Porcentual de indivíduos que contratam planos de saúde privada e indivíduos que utilizam apenas o Sistema Único de Saúde (SUS).

## 5.10 REABILITAÇÃO

O Gráfico 14 ilustra o porcentual de entrevistados que se consideram reabilitados com o tratamento da fissura labiopalatina no HRAC-USP.

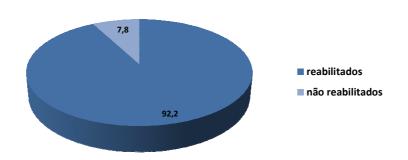


Gráfico 14 - Porcentual de indivíduos que consideram-se reabilitados.

5.11 ANÁLISE COMPARATIVA DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA (FLP) E A PREVALÊNCIA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

A Tabela 11 fornece a análise comparativa entre os principais fatores de risco e proteção para as DCNT relatados pelos indivíduos com FLP e a estimativa para a população brasileira fornecida pelo Vigitel 2009.

**Tabela 11 -** Análise comparativa dos principais fatores de risco e proteção em indivíduos com FLP e estimativas para a população brasileira.

Fator	FLP	População brasileira*	Valor-p
Tabagismo (fumante)	11,8	15,5	0,019
Tabagismo (20 ou + cigarros por dia)	1,0	4,7	0,000
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	12,6	18,9	0,000
Consumo regular de frutas e hortaliças	19,6	30,4	0,000
Consumo regular de feijão	86,6	65,8	0,000
Consumo de carnes com excesso de gordura	73,5	33,0	0,000
Consumo de leite integral	69,9	58,4	0,000
Consumo regular de refrigerantes	28,7	27,9	0,690
Atividade física no tempo livre e /ou deslocamento	32,3	32,0	0,886
Inatividade física	13,1	13,2	1,000
Excesso de peso	48,6	46,6	0,395
Obesidade	6,4	13,9	0,000
Auto avaliação do estado de saúde como ruim	1,6	4,9	0,000
Hipertensão arterial	13,4	24,4	0,000
Diabetes	4,2	5,8	0,127
Dislipidemia	5,2	16,9	0,000
Saúde mental	13,8	12,0	0,242
Planos de saúde privada	37,7	24,5	0,000

<sup>\*</sup>Vigitel2009

# 6 DISCUSSÃO

O presente estudo fornece a frequência de fatores de risco ou proteção para doenças crônicas em adultos (idade > 18 anos) com fissura labiopalatina (FLP), tratados e reabilitados no HRAC-USP. Foram entrevistados 501 indivíduos do conjunto de 3.342 adultos de alta do tratamento no HRAC-USP. O número amostral foi definido obedecendo ao intervalo de confiança de 95% e erro máximo de quatro pontos porcentuais. A idade dos entrevistados variou de 19 a 72 anos com média de 29,81 ± 10,3 anos. A maioria dos indivíduos (96%) apresentava o grau de instrução equivalente a mais de 8 anos de estudo (Tabela 1). Não houve diferença estatisticamente significante entre as porcentagens de indivíduos quanto ao gênero (p=0,592).

Os fatores de risco ou proteção para doenças crônicas foram agrupados por temas que envolvem: tabagismo, excesso de peso e obesidade, padrões de alimentação, padrões de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, e morbidade referida.

Por fim, avalia-se o porcentual de indivíduos que procuram atendimento para problemas de saúde mental, o porcentual de indivíduos que contratam planos de saúde privada e o grau de satisfação com os resultados do tratamento realizado no HRAC-USP quanto à reabilitação.

#### 6.1 TABAGISMO

Segundo dados fornecidos pela Fundação Osvaldo Cruz (Ministério da Saúde 2005), a fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720

substâncias tóxicas diferentes; que se constitui de duas fases fundamentais: a fase particulada e a fase gasosa. A fase gasosa é composta por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão. Essas substâncias tóxicas podem causar doenças cardiovasculares tais como: a hipertensão, o infarto, a angina e o AVC; e também, doenças respiratórias obstrutivas como a bronquite crônica e o enfisema pulmonar. Contém mais de 60 cancerígenos relacionados ao câncer de pulmão, de boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim e bexiga.

No indicador tabagismo apresentam-se as estimativas referentes à frequência de fumantes, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar e a frequência de indivíduos que declaram fumar 20 ou mais cigarros por dia.

### 6.1.1 Frequência de fumantes

Conforme exposto na Tabela 2 e no Gráfico 1, pode-se verificar que a frequência de adultos que fumam (11,8%) variou entre 9,1% na região Norte a 15,7% no Centro Oeste, entretanto esta variação não foi significante (p=0,748). Não ocorreu relação estatisticamente significante entre gênero e fumantes (p=0,630), estando as proporções de fumantes discretamente maior no gênero masculino 6,4% quando comparada com o gênero feminino 5,4%. Analisando a escolaridade do grupo dos fumantes verificamos que 7% estudaram 9 a 11 anos, 4,2% estudaram 12 ou mais anos e apenas 0,6% com escolaridade menor que 8 anos.

No conjunto da população adulta do Brasil (Brasil 2010), a frequência de fumantes foi de 15,5%, sendo maior no gênero masculino (19,0%) do que no gênero

feminino (12,5%). A frequência do hábito de fumar foi particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (23,4% e 15,7%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a mesma frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade.

Em relação a estimativa para a população adulta brasileira fornecida pelo Vigitel 2009, a proporção de fumantes no conjunto de indivíduos com FLP é significantemente inferior (p=0,019). Especificamente ao gênero masculino encontramos diferença estatisticamente significante (p=0,005) entre a amostra FLP e a estimativa para a população brasileira.

## 6.1.2 Frequência do consumo de 20 ou mais cigarros por dia

Adicionalmente, Verificou-se que o índice de Indivíduos FLP que fumam mais de 20 cigarros por dia foi de 1%. Nenhum dos fumantes da região Norte e Centro Oeste fumam mais de 20 cigarros por dia, em contraposição aos fumantes da região Nordeste onde o índice foi de 3,1% (Gráfico 2).

Segundo o estudo do Vigitel 2009 (Brasil 2010), a frequência de adultos que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia foi de 4,7%, sendo maior no gênero masculino (6,0%) do que no gênero feminino (3,6%). Foi maior na região sul (10,2% em Porto Alegre e 8,6% em Florianópolis) e menor nas regiões Norte e Nordeste (em Belém 2,4% e Terezina 1,4%). Foi alta em indivíduos com até oito anos de escolaridade, excedendo em mais de duas vezes a frequência observada entre indivíduos com escolaridade superior.

A amostra dos indivíduos com FLP que fumam 20 ou mais cigarros por dia foi pequena (n=58) e não se detectou diferença estatisticamente significante (p=0,198) com a estimativa do Vigitel para a população brasileira.

## 6.2 CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais frequentes são as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose) e do aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite). No sistema cardiovascular pode levar a hipertensão e miocardiopatia. Também são frequentes os casos de polineurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e câimbras nos membros inferiores (World Health Organization 2010a).

Nesta pesquisa focaliza-se como indicador do consumo de bebidas alcoólicas a frequência de consumo abusivo (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias). Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho (Brasil 2010).

Verifica-se na Tabela 3 e no Gráfico 2 que a frequência de indivíduos FLP que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 12,6%. Esta frequência foi maior nos indivíduos que residem no Nordeste (21,9%) e menor no Sudeste (11%), sendo 11 vezes maior em homens (11,6%) do que em mulheres (1,0%). A frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 6,8% nos que estudaram 9 a 11 anos e 4,4% nos que estudaram 12 ou mais anos.

Comparando-se com a estimativa para população brasileira, fornecida pelo Vigitel 2009 (Brasil 2010), verificamos que os porcentuais deste indicador foram menores nos indivíduos com FLP (p=0,000). A frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias na pesquisa do Vigitel 2009 variou entre 25,6% no Nordeste (Salvador) e 13,9% na região Sul (cidade de Curitiba). A estimativa total foi de 18,9%, sendo quase três vezes maior em homens (28,8%) do que em mulheres (10,4%). Em ambos os gêneros, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando mais de 30% dos homens e mais de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade. Nos dois gêneros, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta com a escolaridade do indivíduo.

#### 6.3 CONSUMO ALIMENTAR

Nesta pesquisa, são focalizados indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação. No primeiro caso, avalia-se a frequência de consumo de frutas, hortaliças (legumes e verduras) e feijão. No segundo caso, avalia-se o hábito de consumir carnes gordurosas sem a remoção da gordura visível do alimento e o hábito de consumir leite integral, além do consumo frequente de refrigerantes.

#### 6.3.1 Consumo regular de frutas e hortaliças

A combinação de fibras, minerais e vitaminas encontrada nas frutas, verduras e legumes auxilia na manutenção do peso adequado, além de diminuir o

risco de mortalidade e a ocorrência de doenças cardiovasculares (Dauchet et al 2006).

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization 2003) afirma que existem evidências convincentes de que o consumo de frutas, legumes e verduras também diminui o risco de diabetes e obesidade.

Na totalidade dos entrevistados (Tabela 4) a frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, assim denominado consumo regular de frutas e hortaliças, foi de 19,6%. Verifica-se no Gráfico 3 que a frequência variou de 11,8% entre os indivíduos que residem na região Centro Oeste a 29,9% nos domiciliados no Sudeste. Houve pouca diferença entre o consumo regular de frutas e hortaliças entre o gênero masculino (10%) e o feminino (9,6%) (Gráfico 4). Este consumo foi maior nos indivíduos com maior escolaridade estando em 12,8% nos que estudaram de 9 a 11 anos e 6,4% 12 ou mais anos (Gráfico 5).

A estimativa do consumo regular de frutas e hortaliças pela população brasileira é de 30,4%, sendo maior na região Sul (42,5% em Florianópolis) e o menor na região Norte (18,3% em Belém). Os homens apresentam índices menores (24,3%) do que as mulheres (35,5%). Em ambos os gêneros, o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o nível da escolaridade dos indivíduos.

Comparando com os dados do Vigitel 2009 verificamos que o consumo regular de frutas e hortaliças pela população brasileira de 30,4% é maior que o consumo no grupo FLP em estudo (19,6%).

### 6.3.2 Consumo recomendado de frutas e hortaliças

A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças (World Health Organization 2003), o que seria equivalente, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. A quantidade de porções de frutas e hortaliças consumidas habitualmente pelos indivíduos é estimada pelo Vigitel a partir de questões sobre a quantidade de frutas ou sucos de frutas consumida por dia e sobre o hábito de consumir hortaliças cruas (na forma de saladas) ou cozidas no almoço e no jantar. Essas questões são perguntadas apenas para indivíduos que informam consumir frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana.

Conforme exposto na Tabela 4 e nos Gráficos 4 e 5, verifica-se que a frequência de indivíduos com FLP que consomem o recomendado de frutas e hortaliças foi de apenas 2,0% e variou pouco entre o gênero masculino (1,2%) e o feminino (0,8%); sendo foi maior nos indivíduos com escolaridade de 9 a 11 anos (1,4%).

Segundo os dados do Vigitel 2009, a frequência de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, foi de 18,9%, variando entre 9,6% em Rio Branco e 25,4% no Distrito Federal. O consumo recomendado de frutas e hortaliças tendeu a ser menos frequente no gênero masculino (14,8%) do que feminino (22,4%) e aumentou com a idade e com o nível de escolaridade dos indivíduos (Brasil 2010).

Comparativamente, o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi menor nos indivíduos com FLP que a estimativa para a população brasileira.

#### 6.3.3 Consumo regular de feijão

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil 2005) recomenda a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão de-bico, lentilha, soja) pelo alto teor em fibras e ferro encontrado nesses alimentos, além de sua relativa baixa densidade energética (uma porção de feijão corresponde a aproximadamente 5% das calorias diárias) desde que evitadas preparações com alto teor de gordura. A combinação de uma parte de feijão para duas de arroz, típica da culinária brasileira, assegura proteínas de alta qualidade na dieta.

Na atual pesquisa, a frequência dos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana foi de 86,6% e variou entre 78,8% entre os indivíduos que residem na região Norte e 93,8% nos domiciliados no Nordeste. Houve pouca diferença entre o gênero masculino (45,9%) e o feminino (40,7%). O consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana foi maior nos indivíduos com maior escolaridade sendo 52,1% nos que estudaram de 9 a 11 anos e 31,5% nos que estudaram 12 ou mais anos (Tabela 4 e Gráficos 3, 4 e 5).

O consumo de feijão em nossa amostra foi maior quando comparada aos dados do Vigitel 2009, que foi de 65,8% estando menor em Macapá (32,0%) e maior (82,7%) em Belo Horizonte. A frequência do consumo regular de feijão foi mais frequente entre homens (72,4%) do que entre mulheres (60,1%). Nos dois gêneros, o consumo regular de feijão mostra ser pouco influenciado pela idade e diminui com a escolaridade.

#### 6.3.4 Consumo de carnes com excesso de gordura

A alimentação rica em gorduras saturadas e colesterol está relacionada principalmente com o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Cada grama de gordura contém nove quilocalorias e se consumida em excesso, vem contribuir também para a obesidade (Brasil 2005).

Conforme exposto na Tabela 4 e nos Gráficos 3, 4 e 5, verifica-se que a frequência de adultos com FLP que referem o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, doravante denominado consumo de carnes com excesso de gordura, foi de 73,5% e variou entre 60,6% entre os indivíduos que residem na região Norte e 75,5% na região Sudeste. Houve pouca diferença entre o gênero masculino (39,5%) e o feminino (33,9%), sendo maior nos indivíduos com maior escolaridade (42,9% nos que estudaram de 9 a 11 anos e 27,7% nos que estudaram 12 ou mais anos).

Segundo o Vigitel 2009, o consumo de carnes com excesso de gordura variou entre 24,4% em Salvador e 46,1% em Campo Grande. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, cerca de um terço (33,0%) das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura, sendo esta condição quase duas vezes mais frequente em homens (43,2%) do que em mulheres (24,3%). Em ambos os gêneros, a frequência do consumo de carnes com excesso de gordura foi maior em pessoas mais jovens e em pessoas com menor escolaridade.

Comparativamente, o consumo de carnes com excesso de gordura foi maior nos indivíduos com FLP que a estimativa para a população brasileira.

#### 6.3.5 Consumo de leite com teor integral de gordura

Segundo o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (2011), o teor de gordura saturada no leite integral é de 2,13%, sendo uma oferta considerável de fonte de gordura. A frequência de adultos que referem o consumo de leite com teor integral de gordura, doravante denominado consumo de leite integral foi de 69,9% e variou entre 59,3% entre os indivíduos que residem na região Sul e 81,3% nos domiciliados na região Nordeste. Houve pouca diferença entre o gênero masculino (39,5%) e o feminino (33,9%) e foi maior nos indivíduos com maior escolaridade, sendo que 41,9% estudaram de 9 a 11 anos e 25,1% estudaram 12 ou mais anos (Tabela 4 e Gráficos 3, 4 e 5).

O consumo de leite com teor integral de gordura, segundo os dados do Vigitel 2009, se mostra elevada em todas as cidades estudadas, variando entre 48,1% em Porto Alegre e 66,0% em Manaus. A estimativa total encontrada de 58,4%, foi maior entre homens (60,8%) do que entre mulheres (56,3%). Em ambos os gêneros, a frequência desta condição tendeu a diminuir com a idade e foi menor em pessoas com maior escolaridade. Ainda assim, mesmo na faixa etária de 65 ou mais anos ou no estrato de doze ou mais anos de escolaridade, a frequência do consumo de leite com teor integral de gordura foi sempre superior a 40%.

Comparando a estimativa para a população brasileira e a do grupo de FLP do presente estudo, encontramos diferença significante, sendo maior o consumo de leite integral no grupo FLP.

### 6.3.6 Consumo regular de refrigerantes

O hábito de consumir regularmente os refrigerantes tem deixado em segundo plano bebidas mais saudáveis como os sucos naturais e a água. Os refrigerantes fornecem calorias inúteis, as chamadas calorias vazias, pois não acrescentam nenhum nutriente ao organismo. Alem do açúcar, é uma bebida rica em corantes, conservantes, cafeína e acidulante (o ácido fosfórico). O consumo frequente aumenta o risco de cáries, aumento de peso, flatulência, pode agravar quadros de gastrite, esofagites e diabetes.

O consumo de refrigerantes em pelo menos um dia da semana atingiu 84,4% da população estudada. A maioria dos consumidores de refrigerantes (92,9%) referiu que consumia versões regulares desses produtos, sendo que somente 7,1% consumia apenas versões *diet ou light*. Embora não haja consenso na literatura, há evidencias de que o refrigerante dietético também seja danoso para a saúde (Popkin e Mattes 2009). Por essa razão e, também, pela pequena expressão do consumo de refrigerantes dietéticos, optou-se por não distinguir o tipo de refrigerante consumido pelos indivíduos. Conforme exposto na Tabela 4 e Gráficos 3, 4 e 5, verificou-se que a frequência de indivíduos FLP que referem consumir refrigerantes de qualquer tipo em cinco ou mais dias da semana, denominado consumo regular de refrigerantes, foi de 28,7% e variou entre 23,7% na região sul e 39,4% na região Norte. Esta frequência foi maior no gênero masculino, 15,0%, quando comparada com o gênero feminino, 13,8%. Analisando a escolaridade do grupo verificamos que 18,6% estudaram 9 a 11 anos, 8,2% estudaram 12 ou mais anos e apenas 2,0% com escolaridade menor que 8 anos..

Segundo os dados do Vigitel 2009 em pelo menos um dia da semana atingiu 76% da população estudada. A frequência de adultos que referem consumir

refrigerantes de qualquer tipo em cinco ou mais dias da semana, variou entre 12,0% em Natal a 39,0% em Porto Alegre. O consumo regular de refrigerantes foi de 27,9%, sendo mais alta entre homens (31,5%) do que entre mulheres (24,8%). Nos dois gêneros, o consumo regular de refrigerantes e muito frequente na faixa etária entre 18 e 24 anos, alcançando cerca de 40% das pessoas. Entre homens e mulheres, a frequência do consumo regular de refrigerantes pouco se altera com a escolaridade.

Comparativamente, não houve diferença significante de consumo regular de refrigerantes pela amostra dos indivíduos FLP e a estimativa para a população brasileira.

## 6.4 ATIVIDADE FÍSICA

De acordo com Haskell et al (2007), a atividade física se praticada regularmente pode diminuir o risco e ou a evolução de doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, problemas hipertensivos, diabetes, osteoporose, câncer, ansiedade e depressão. Além disso, ela é determinante no controle da massa corporal.

Possui efeitos benéficos sobre a redução da pressão arterial, sobre a melhoria do nível de colesterol de lipoproteínas de alta densidade, sobre a melhoria do controle hiperglicêmico nas pessoas com excesso de peso (World Health Organization 2002).

As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no tempo livre (lazer), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas. Seguindo o padronizado pelo sistema Vigitel perguntou-se aos entrevistados sobre atividades físicas praticadas

nesses quatro domínios. Assim, apresentar-se os indicadores: frequência da prática de atividade física no tempo livre, frequência da prática de atividade física suficiente no tempo livre e/ou no deslocamento e frequência da condição de inatividade física.

#### 6.4.1 Atividade física no tempo livre (lazer)

Acompanhando as recomendações internacionais (World Health Organization 2004), o Vigitel considera atividade física suficiente a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (Ainsworth et al 2000).

A frequência de indivíduos FLP que referem praticar atividade física no tempo livre foi de 14,8%, com pouca diferença entre o gênero masculino (8,8%) quando comparada com o gênero feminino (6,0%). Verificou-se que aqueles domiciliados na região Centro Oeste e Nordeste apresentam maior atividade física no tempo livre (29,4% e 28,1% respectivamente). Analisando a escolaridade do grupo, observa-se que 10,8% dos que praticam atividade física no tempo livre estudaram de 9 a 11 anos, 3,6% estudaram entre 12 ou mais anos e aqueles que

estudaram menos de 8 anos, apenas 0,4% praticam atividades físicas no lazer (Tabela 5, Gráficos 6, 7 e 8).

Segundo o Vigitel 2009, a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre foi de 14,7%, sendo maior no gênero masculino (18,8%) do que no gênero feminino (11,3%). Em ambos os gêneros, a frequência dos suficientemente ativos no tempo livre aumenta com a escolaridade.

De forma geral, não houve diferença entre o grupo estudado e a estimativa para a população brasileira.

## 6.4.2 Atividade física no tempo livre (lazer) e/ou no deslocamento

Neste caso são considerados tanto os indivíduos que praticam atividade física no tempo livre (lazer) conforme critérios já descritos e, também, aqueles que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. A frequência de adultos que referem praticar atividade física no tempo livre e/ou no deslocamento foi de 32,3%, com pouca diferença entre o gênero masculino (16,0%) e o gênero feminino (16,4%). Houve moderada variação na frequência de indivíduos que tem atividade física no tempo livre e/ou no deslocamento, entre na região Sudeste (29,1%) e a região Nordeste (46,9%). Analisando a escolaridade do grupo, verificamos que 20,4% dos que praticam atividade física no tempo livre estudaram 9 a 11 anos, 10,6% estudaram 12 ou mais anos e naqueles que estudaram menos de 8 anos, apenas 1,4% praticam atividades físicas no lazer e/ou no deslocamento (Tabela 5, Gráficos 6, 7 e 8).

Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas no Vigitel 2009, observa-se que 32,0% relatam atividade física no tempo livre e ou no deslocamento. Este hábito foi mais frequente para o gênero masculino (38,3%) do que para o gênero feminino (26,6%) e a frequência tendeu a diminuir com a idade, não havendo um padrão claro de relação com a escolaridade.

Não encontramos diferença significante entre o grupo estudado e as estimativas para a população brasileira com relação a atividade física no lazer e/ou deslocamento (p=0,886).

#### 6.4.3 Inatividade física

O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento no risco de doenças, como obesidade, diabete tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (Fung et al 2000, Hu et al 2001, Hu et al 2003 e Dunstan et al 2005).

Foram classificados na condição de inatividade física os indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

Verifica-se, conforme exposto na Tabela 5, Gráficos 6, 7 e 8, que a frequência de adultos que referem inatividade física foi de 13,1%, sendo maior no gênero masculino (10,3%) quando comparada com o gênero feminino (2,8%). Analisando a escolaridade do grupo, verificamos que 7,8% dos que são inativos

estudaram de 9 a 11 anos, 4,4% estudaram entre 12 ou mais anos e 1% dos inativos estudaram menos de 8 anos.

Considerando-se os resultados do Vigitel 2009, a inatividade física foi de 13,2% porcentual equivalente ao da amostra dos indivíduos FLP. A inatividade foi também maior entre os homens (18,3%) do que entre as mulheres (8,9%). Em ambos os gêneros, a frequência da condição de inatividade física foi máxima na faixa etária de 65 ou mais anos de idade e aumentou diretamente com a escolaridade.

#### 6.5 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

Com as mudanças comportamentais dos últimos tempos tem ocorrido o direcionamento para a dieta industrializada (rica em carboidratos e gorduras), a qual aliada à diminuição progressiva da atividade física converge para o aumento no número de casos de excesso de peso e obesidade em todo o mundo.

A obesidade está relacionada ao aumento da prevalência de doenças crônicas tais como o diabetes mellitus, doenças coronarianas e a hipertensão arterial (Francischi et al 2000). A ocorrência de complicações da obesidade está também relacionada à distribuição da gordura corporal maior na região abdominal. A presença de tecido adiposo intra-abdominal é um fator de risco para distúrbios metabólicos, como a resistência a insulina (Grundy 1998).

Segundo Defronzo e Ferrannini (1991), a hipertensão tem como um de seus determinantes a resistência à insulina a qual contribui para o aumento de retenção de sódio pelas células.

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade tem sido feito a partir do Índice de Massa Corporal – IMC, obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (World Health Organization 2011). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade é diagnosticada a partir do IMC de 30 kg/m². Esses critérios são os utilizados pelo sistema Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidas pelos entrevistados.

#### 6.5.1 Excesso de peso

A frequência de indivíduos FLP com excesso de peso foi de 48,6%. Variou entre 31,3% na região Nordeste a 52,1% no Sudeste, sendo no gênero masculino 53,9% e no feminino 42,9% mostrando uma tendência do gênero masculino a ter mais excesso de peso que o feminino (p=0,014). Analisando a escolaridade do grupo do sobrepeso verificamos que 27,1% estudaram de 9 a 11 anos, 18,6% estudaram entre e12 ou mais anos e apenas 2,2% com escolaridade menor que 8 anos (Tabela 6, Gráficos 9, 10 e 11).

No conjunto da população adulta, estudada no Vigitel 2009, a frequência do excesso de peso foi de 46,6%, sendo maior entre homens (51,0%) do que entre mulheres (42,3%). Em ambos os gêneros, a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade. A relação entre frequência de excesso de peso e escolaridade entre as mulheres é inversa: 50,0% no estrato de menor escolaridade e 31,1% no estrato de maior escolaridade. No gênero masculino, não há um padrão claro de relação entre excesso de peso e escolaridade, sendo que a maior frequência é observada no estrato de maior escolaridade.

Ao comparar os resultados obtidos com a estimativa para a população brasileira não houve diferença estatisticamente significante (p=0,392).

#### 6.5.2 Obesidade

Conforme exposto na Tabela 6 e Gráficos 9, 10 e 11, a frequência de adultos obesos foi de 6,4% e variou de 3,0% na região Norte a 11,8% na região Centro Oeste, sendo maior no gênero feminino, 4,0% quando comparada com o gênero masculino, 2,4%. Analisando a escolaridade do grupo da obesidade verificou-se que 4,0% estudaram de 9 a 11 anos, 2,2% estudaram entre 12 ou mais anos e apenas 0,2% com escolaridade menor que 8 anos. A obesidade foi maior nas faixas de 45 a 54 (22,86%) e 35 a 44 (10%).

No conjunto da população adulta estudada pelo Vigitel 2009, a frequência de adultos obesos foi de 13,9%. No gênero masculino, a frequência da obesidade quase triplica dos 18-24 aos 55-64 anos de idade, declinando intensamente entre aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre mulheres, a frequência da obesidade mais do que triplica entre 18-24 e 55-64 anos, declinando apenas ligeiramente entre aquelas com 65 ou mais anos de idade. A relação entre frequência de obesidade e escolaridade é fortemente inversa no gênero feminino: 18,2% das mulheres são obesas no estrato de menor escolaridade e 8,4% são obesas no estrato de maior escolaridade. No gênero masculino, a frequência de obesos é semelhante em todos os estratos de escolaridade.

A proporção de obesos no grupo estudado é significantemente menor (p=0,000) que a estimativa para a população brasileira.

# 6.6 AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A auto-avaliação do estado de saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde individual e populacional. Esse indicador tem correlacionado com medidas objetivas de morbidade e uso de serviços de saúde, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores. Obtida por meio de uma única questão que pede para o indivíduo classificar seu estado de saúde em *excelente*, *bom*, *regular* ou *ruim*, a auto-avaliação da saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no estado físico, mental e social dos indivíduos (Brasil 2010).

A frequência de entrevistados na atual pesquisa que avaliaram seu estado de saúde como ruim foi de 1,6% (Gráfico 12), sendo todos do gênero feminino e com escolaridade de 9 a 11 anos.

No conjunto da população adulta avaliada pelo Vigitel 2009, 4,9% das pessoas avaliaram seu estado de saúde como *ruim*, sendo essa proporção maior em mulheres (6,3%) do que em homens (3,2%). Em ambos os gêneros, a proporção daqueles que avaliaram seu estado de saúde como *ruim* aumenta com a idade e diminui com o nível de escolaridade.

Comparativamente, é significantemente menor a frequência de indivíduos que avaliam seu estado de saúde como ruim no grupo FLP do que a estimativa para a população brasileira.

#### 6.7 MORBIDADE REFERIDA

Por se apoiar em entrevistas telefônicas não se pode aferir diretamente a frequência de fatores de risco para doenças crônicas que necessitem diagnóstico médico. Nesses casos, de forma semelhante à empregada por outros sistemas de vigilância (Centers for Disease Control and Prevention 2008), estima-se a frequência de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio do fator de risco. Assim, as frequências estimadas dessa maneira são influenciadas pela cobertura da assistência à saúde existente em cada cidade, podendo, assim subestimar a prevalência real do fator de risco na população. De qualquer modo, fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela presença do fator. A seguir, apresentam-se as estimativas da frequência de adultos com diagnóstico médico de hipertensão arterial, de diabetes e de dislipidemia.

#### 6.7.1 Diagnóstico médico de hipertensão arterial

No atual estudo a frequência de entrevistados que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (Tabela 7) foi de 13,4%, sendo maior em mulheres (8,0%) do que em homens (5,4%). A distribuição daqueles com diagnóstico de hipertensão arterial foi de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 34 anos de idade e 5,4% nas faixas etárias acima dos 34 anos. Em ambos os gêneros, indivíduos com 8 a 11 anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (9,0%) e com doze ou mais anos de escolaridade (3,8%). Naqueles com menor escolaridade a frequência de diagnóstico da hipertensão arterial foi de 0,6%.

Conforme o Vigitel 2009, frequência de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial alcançou 24,4%, quase duas vezes mais que a observada em nossa amostra. Esteve ligeiramente maior em mulheres (27,2%) do que em homens (21,1%). Em ambos os gêneros, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 7% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Em ambos os gêneros, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de hipertensão arterial. Entre mulheres é mais marcada a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 37,3% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 14,9% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade.

Comparativamente, o número de indivíduos que relatam hipertensão arterial foi menor nos FLP (p=0,000). Este dado se deve provavelmente à faixa etária estudada na presente investigação (média das idades=29,8 anos).

## 6.7.2 Diagnóstico médico de diabetes

Verifica-se, conforme exposto na Tabela 8 que a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 4,2%, sendo pouco maior no gênero feminino (2,4%) em relação ao masculino (1,8%). Em ambos os gêneros, o diagnóstico da doença se concentra pouco mais na faixa etária dos 25 aos 54 anos de idade. Os indivíduos com oito a 11 anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de diabetes (3,6%).

Em valores absolutos os indivíduos com FLP apresentaram tendência menor a apresentarem diabetes, embora esta diferença não se manifeste estatisticamente.

Semelhantemente a hipertensão arterial, o porcentual deste indicador foi menor na amostra FLP quando comparado com o conjunto da população adulta, avaliada pelo Vigitel 2009, que verificou a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes de 5,8%, sendo semelhante em ambos os gêneros. Em ambos os gêneros, o diagnóstico da doença se torna mais comum com a idade, alcançando menos de 1% dos indivíduos entre 18 e 24 anos de idade e mais de 20% daqueles com 65 ou mais anos de idade. Em ambos os gêneros, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de diabetes: 6,7% para os homens e 9,0% para as mulheres.

## 6.7.3 Diagnóstico médico de dislipidemia

A dislipidemia foi pesquisada perguntando-se sobre o diagnóstico de colesterol ou triglicérides elevados. Conforme exposto na Tabela 9, a frequência do diagnóstico médico prévio de dislipidemia no grupo estudado foi de 5,2%, sendo 2,2% entre as mulheres e 3,0% entre os homens. Entre os homens, a frequência maior foi observada no estrato de escolaridade de 9 a 11 anos (3,0%).

Comparando com o Vigitel 2009, a frequência do diagnóstico médico prévio de dislipidemia na atual amostra foi menor. A estimativa para população brasileira é de 16,9%, sendo maior entre as mulheres (19,3%) do que entre os homens (14,1%). Em ambos os gêneros, o diagnóstico da doença se torna mais comum com a idade. Entre os homens, a frequência máxima é observada no estrato de maior escolaridade e, entre as mulheres, naquelas com menor escolaridade.

#### 6.7.4 Saúde mental

Segundo estimativas internacionais (World Health Organization 2010b) e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais graves e persistentes), e mais de 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).

Conforme exposto na Tabela 10, o atual estudo encontrou o porcentual de 13,8% de indivíduos que informaram ter buscado atendimento médico ou psicológico para problemas relacionados a sua saúde mental. Este resultado representa uma diferença muito discreta com as estimativas para população em geral, principalmente se considerar que os indivíduos com fissura labiopalatina são submetidos a várias cirurgias que envolvem a parte da estética facial e processos de auto-aceitação.

## 6.8 ACESSO A PLANOS DE SAÚDE PRIVADA

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) estimam-se em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (5,8%).

O tratamento dos indivíduos com fissura lábiopalatina no HRAC-USP é realizado exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, encontrouse no presente estudo um porcentual maior que a estimativa nacional de cobertura populacional por planos de saúde privada que foi de 37,7% dos entrevistados (Gráfico 13).

# 6.9 REABILITAÇÃO

Conforme ilustrado no Gráfico 14, verifica-se 92,2% dos indivíduos FLP consideram-se reabilitados com o tratamento realizado no HRAC-USP.

CONCLUSÕES

Conclusões 99

# 7 CONCLUSÕES

Os fatores de risco para DCNT em nossa amostra foi menor quanto ao hábito de fumar, ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade. Foi também menor a referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial e dislipidemias. Em contraposição, encontramos frequência maior de consumo de refrigerantes e de alimentos fonte de gordura saturada.

Com relação aos fatores de proteção para DCNT, a frequência de prática de atividade física foi muito próxima da estimativa para população brasileira, o consumo de frutas e hortaliças foi menor, mas de certa forma compensado pelo maior consumo do feijão.

O indicador de saúde mental apresentou a frequência discretamente maior (13,8%) que a estimativa nacional (12,0%), porém sem manifestação estatística.

A maior parte da amostra (92,2%) considera-se reabilitada com o tratamento realizado no HRAC-USP.

REFERÊNCIAS

# 8 REFERÊNCIAS

Aiello CA, Silva Filho OG, Freitas JAS. Fissuras Labiopalatais: uma visão conteporânea do processo reabilitador. In: Mugayar LRF, coord. Indivíduos portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000. p. 111-39.

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath, SJ et al. Compendium of physical activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc. 2000; 32:S498-504.

Amaral VLAR. Aspectos Psicossociais. In: Autman EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4<sup>a</sup> ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p. 501-14.

Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2000.

Borges HP, Cruz NC, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arq Bras Cardiol. 2008; 91(2):110-18.

Brasil. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 [acesso em 08 out 2011]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\_1109\_M.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Rev Saúde Pública. 2009a; 43(1):1-2.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 112 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 150 p.

Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):14-23.

Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System – BRFSS. About the BRFSS, 2008 [cited 2011 Jun 08]. Available from: http://www.cdc.gov/brfss/history.htm.

Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies. J Nutr. 2006; 136:2588-93.

Defronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes Care. 1991; 14(3):173-94.

Dunstan DW, Salmon J, Owen N, Armstrong T, Zimmet PZ, Welborn TA, et al. Associations of TV viewing and physical activity with the metabolic syndrome in Australian adults. Diabetologia. 2005; 48:2254-61.

Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutr. 2000; 13(1):17-28.

Fung TT, Hu FB, Yu J, Chu N, Spiegelman D, Tofler GH, et al. Leisure-time physical activity, television watching, and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. Am J Epidemiol. 2000; 152:1171-8.

Grundy SM. Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. Am J Clin Nutr. 1998; 67(3):563-72.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007; 39(8):1423-34.

Hu FB, Leitzmann MF, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Rimm EB. Physical activity and television watching in relation to risk for type 2 diabetes mellitus in men. Arch Intern Med. 2001; 161:1542-8.

Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA. 2003; 289:1785-91.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Jhonston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. Eur J Orthod. 2005; 27(3):274-85.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio, 2011 [acesso em 30 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/sau de/analise.shtm.

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Portal do consumidor. Leite e Queijo - Teor de Gordura e Colesterol em Alimentos - 5º Parte, 2011 [acesso em 03 out 2011]. Disponível em:

http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/teorGordura5.asp.

Minayo MCS, Hartz ZMA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cienc saúde coletiva. 2000; 5:7-31.

Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Tabagismo – O Mal da Destruição em Massa. Rio de janeiro, 2005 [acesso em 02 out 2011]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm.

Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. Rev Saúde Pública. 2008a; 42(4):575-81

Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1):47-57.

Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. Rev Saúde Pública. 2008b; 42(4):582-9

Moura EC, Dias RM, Reis RC. Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras na população adulta de Belém, Pará, 2005. J. Brazilian Soc Food Nutr. 2007; 32(2):29-40.

Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(6):1323-33.

Popkin BM, Mattes RD. Nonnutritive sweetener consumption in humans: effects on appetite and food intake and their putative mechanisms. Am J Clin Nutr. 2009; 89:1-14.

Remington PL, Smith MY, Williamson DF, Anda RF, Gentry EM, Hogelin GC. Design, characteristics, and Usefulness of State-Based Behavioral Risk Factor Surveillance: 1981-87. Public Health Reports. 1988; 103(4):366-75.

Sinko K, Jagsch R, Prechtl V, Watzinger F, Hollmann K, Braumann A. Evaluation of sthetic, functional and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. Cleft Palate Caniofac J. 2005; 42(4):362-6.

Tavano LDA. Avaliação do desempenho psicossocial de indivíduos portadores de fissura labiopalatina submetidos a tratamento multidisciplinar no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2000.

Veronez FS. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos adultos com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2007.

World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.

World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investments. 1<sup>a</sup>. ed. Geneva: WHO; 2005. v. 01. 182 p.

World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention chronic diseases. Geneva: WHO; 2003. [WHO Technical Report Series, 916].

World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004. [Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA57.17].

World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva 2010a [cited 2011 Out 06]. Available from: http://www.who.int/substance\_abuse/activities/gsrhua/en/index.html.

World Health Organization. Obesity and overweight. Facts heet N311 Updated March 2011 [cited 2011 Out 08]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html.

World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220 September 2010b [cited 2011 Out 08]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/.



# ANEXO 1 - Questionário Adaptado

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS

1. Bom dia/tarde/noite. Meu nome e Soraia Maeda. Estou falando do Hospital do Centrinno de Bauru o numero
do seu telefone é XXXX?
□ sim □ não – Desculpe, liguei no número errado.
2. Gostaria de falar com o(a) sr(a) nome do indivíduo. Ele(a) está?
□sim
□não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a)nome do indivíduo?
□residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
3.Posso falar com ele agora?
☐sim (segue para questão 4)
□não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a)nome do indivíduo?
□residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
4. Sr(a) nome do indivíduo, gostaria de informá-lo (a) sobre uma pesquisa que o Hospital do Centrinho está
realizando para avaliar as condições de saúde das pessoas que foram tratadas no Hospital. O seu número de
telefone foi selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Para
sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão
utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de
saúde das pessoas que já estão de alta do Centrinho. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá
esclarecê-la diretamente no Hospital do Centrinho, no telefone: 14 3235 8000 Ramal 8066. O(a) sr(a)gostaria de
anotar o telefone agora ou no final da entrevista?
5. O Sr (a) concorda com a entrevista? Podemos iniciá-la?
□ sim
□ não – (Obrigada, desculpe o transtorno) – interromper a ligação e excluí-lo da pesquisa.
6. Qual sua idade?
anos
7. Gênero:
□masculino □feminino
8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?
$\square$ curso primário $\square 1$ $\square 2$ $\square 3$ $\square 4$
□ admissão □
□ curso ginasial ou ginásio □1 □2 □3 □4
□ 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 □8
2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau
□ 3º grau ou curso superior □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 □8 ou +
□ pós-graduação (especialização,mestrado, doutorado) □1 ou +
nunca estudou
□ Não quis responder
9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?
, kg
m cm □não sabe □não quis informar
Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação:
11. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?
1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
☐5 a 6 dias por semana
□todos os dias (inclusive sábado e domingo)
□quase nunca □nunca
12. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface,
tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha- não vale batata, mandioca ou inhame)?
□1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
□5 a 6 dias por semana
□todos os dias
Touase nunca Dounca

13. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou
salada de qualquer outra verdura ou legume cru?
1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
☐5 a 6 dias por semana
□todos os dias
□quase nunca □nunca
·
14. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco,
cabrito)?
□1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
□5 a 6 dias por semana
□todos os dias
□quase nunca (pule a próxima) □nunca (pule a próxima)
15. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:
□tirar sempre o excesso de gordura visível
□comer com a gordura
□não come carne vermelha com muita gordura
16. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?
□1 a 2 dias por semana
☐3 a 4 dias por semana
□5 a 6 dias por semana
□todos os dias
□quase nunca (pule a próxima) □nunca (pule a próxima)
17. Quando o(a) sr(a) come frango com pele, o(a) sr(a) costuma:
□tirar sempre a pele
□comer com a pele
□não come pedaços de frango com pele
18. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?
1 a 2 dias por semana
☐3 a 4 dias por semana
☐5 a 6 dias por semana
□todos os dias
□quase nunca □nunca
19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?
1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
☐5 a 6 dias por semana
□todos os dias
□quase nunca □nunca
·
20. Em quantos dias da semana o(a) er(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial
20. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial
tipo tampico)?
tipo tampico)? □1 a 2 dias por semana
tipo tampico)?
tipo tampico)? □1 a 2 dias por semana
tipo tampico)? □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias □quase nunca (pule as duas próxima) □nunca (pule as duas próxima)
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias □quase nunca (pule as duas próxima) □1. Que tipo?
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias □quase nunca (pule as duas próxima) □1. Que tipo? □ normal □ diet/light □ ambos
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias □quase nunca (pule as duas próxima) □1. Que tipo?
tipo tampico)?  □1 a 2 dias por semana □3 a 4 dias por semana □5 a 6 dias por semana □todos os dias □quase nunca (pule as duas próxima) □1. Que tipo? □ normal □ diet/light □ ambos
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 2 nunca (pule as duas próxima) 2 nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 2 nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 2 nunca (pule as duas pr
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule a próxima)
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 12 3 4 5 6 ou + 6
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 3 4 5 6 ou +
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule as duas próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 12 13 14 15 16 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule a próxima) nunca (pule a próxima) 24. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? 1 integral 1 desnatado ou semi-desnatado
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias quase nunca (pule as duas próxima) nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 12 3 14 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 5 a 6 dias por semana clodos os dias quase nunca (pule a próxima) nunca (pule a próxima) 24. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? integral clesnatado ou semi-desnatado clos dois tipos
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 dias próxima) 1 nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? 1 normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 1 2 1 3 1 4 1 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 1 todos os dias 1 quase nunca (pule a próxima) nunca (pule a próxima) 24. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? 1 integral 1 desnatado ou semi-desnatado 1 os dois tipos 1 não sabe
tipo tampico)?  1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana todos os dias quase nunca (pule as duas próxima) nunca (pule as duas próxima) 21. Que tipo? normal diet/light ambos 22. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 12 3 14 5 6 ou + não sabe 23. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana 5 a 6 dias por semana clodos os dias quase nunca (pule a próxima) nunca (pule a próxima) 24. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? integral clesnatado ou semi-desnatado clos dois tipos

26. Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?
1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
□5 a 6 dias por semana
todos os dias
menos de 1 dia por semana
□menos de 1 dia por mês (pule para q41)
27. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única
ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou
mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)
☐ sim (pule para q30) ☐ não (pule para q32)
28. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida
alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais
de latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky
ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)
☐ sim ☐não (pule para p/32)
29. Em quantos dias do mês isto ocorreu?
□em um único dia no mês □em 2 dias □em 3 dias □em 4 dias
□em 5 dias □em 6 dias □em 7 ou mais dias □Não sabe
Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades
físicas do dia-a-dia.
30. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou
esporte?
□sim □não (pule as três próximas) (não vale fisioterapia)
31. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? ANOTAR APENAS O PRIMEIRO
CITADO
□caminhada (não vale deslocamento para trabalho) □caminhada em esteira
□corrida □corrida em esteira □musculação □ginástica aeróbica □hidroginástica
□ginástica em geral □natação □artes marciais e luta □bicicleta □futebol □basquetebol □voleibol
□tênis □outros
32. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?
□1 a 2 dias por semana
□3 a 4 dias por semana
☐5 a 6 dias por semana
□todos os dias
33. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta
atividade?
Imenos que 10 minutos
□entre 10 e 19 minutos
□entre 20 e 29 minutos
entre 30 e 44 minutos
□entre 45 e 59 minutos
□60 minutos ou mais
34. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou? ☐ sim ☐ não – (pule as 4 próximas)
35. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?
□sim □não □não sabe
36. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?
□sim □não □não sabe
37. O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho: □sim □não (pule a próxima)
□ Sim □ não (pule a próxima)  38. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho?
Imenos que 20 minutos
□entre 20 e 29 minutos
□30 minutos ou mais
39. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?
□eu sozinho (pula) □eu com outra pessoa □outra pessoa (pule a próxima)
40. A parte mais pesada da faxina fica com:
□o(a) sr(a) ou □outra pessoa □ambos
41. O(a) sr(a) fuma?
□sim, diariamente
□sim, ocasionalmente
□não – (pule as 3 próximas)
42. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?
□ 1-4 □ 5-9 □ 10-14 □ 15-19 □ 20-29 □ 30-39 □ 40 ou +

43. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?
anos ☐ não lembra
44. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?
☐ sim (pule as 3 próximas) ☐ não (pule para q64)
Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber
sobre seu estado de saúde.
45. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:
□muito bom,
□bom,
□regular ou
□ruim
□muito ruim
□não sabe
□não quis informar
46. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?
□sim □não □não lembra
47. E diabetes?
□sim □não □não lembra
48. E colesterol ou triglicérides elevado?
□sim □não □não lembra
49. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sentiu necessidade ou precisou buscar atendimento médico ou psicológico
para problemas relacionados a sua saúde mental ,como ansiedade, nervosismo, angústia ou depressão?
□sim □não (pule para q86) □não quis informar (pule a próxima)
50. O(a) sr(a) conseguiu ser atendido?
□sim □não □não quis informar
51. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?
□Sim, apenas 1 □Sim, mais de um □Não □Não quis informar
Especificamente ao final do seu tratamento no centrinho, vou realizar a última pergunta.
52-Você se considera reabilitado de uma forma geral? □Sim □Não

# ANEXO 2 - Ofício de aprovação do projeto emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos



Ofício nº 100/2010-SVAPEPE-CEP

Bauru, 27 de maio de 2010.

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "Análise dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas em pacientes adultos com fissura labiopalatina", de autoria de SORAIA MARIA FERES MAEDA desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **25 de maio de 2010**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(à) pesquisador(a) e anexar o presente ofício ao projeto pois o mesmo será necessário para futura publicação do trabalho.

O(A) pesquisador(a) fica responsável pela entrega na SVAPEPE – Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como, comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação.

Atenciosamente.

PROFA. DRA. IZABEL MARIA MARCHI DE CARVALHO Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Alceu Sergio Trindade Junior Fisiologia –HRAC/USP