

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências



Dissertação de Mestrado Profissional

**Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e
Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS**

Kelli Destri

Pelotas, 2014

KELLI DESTRI

**Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e
Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências junto a Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências.

Orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção

Co-orientadora: Roberta de Vargas Zanini

Pelotas, 2014

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Samanta Wink Madruga
Universidade Federal de Pelotas
Revisor externo

Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante
Universidade Federal de Pelotas
Revisor interno

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Formoso Assunção
Universidade Federal de Pelotas
Orientadora

“À minha mãe Cladis Tereza Ortolan de Mattos, que desde sempre me ensinou o verdadeiro valor da vida, que esteve e sempre estará ao meu lado por toda eternidade. A você mãe, que é luz no meu caminho, que é a personificação do amor e da bondade e que me aturou nos dias mais difíceis, sem desistir de mim, mesmo quando eu havia desistido, dedico essa vitória, que é tão sua quanto minha.”

Agradecimentos

A Deus, por me dar forças e renovar minha fé nos momentos de dúvida.

Aos amigos e familiares que me incentivaram em todos os momentos, que respeitaram o meu tempo ausente do seu convívio, sabendo da importância dessa fase em minha vida. Em especial, aos meus afilhados que ainda crianças me mostraram o poder de um abraço apertado, de um sorriso inocente, me dando ânimo através de atos de amor tão singelos que somente aqueles de coração puro são capazes de oferecer.

A comunidade de Nova Boa Vista, que me recebeu de braços abertos permitindo que adentrássemos nos seus lares nas situações mais inusitadas, em dias de frio e em horários algumas vezes inoportunos, mas sempre com muito bom humor e com lições de vida que sem dúvida alguma levarei comigo, tanto para minha vida pessoal quanto profissional.

A minha equipe, Leidi Manoela Fardo, Jonnhy Schmitz e Marlise Pellenz que além de realizar o árduo trabalho de visitar e entrevistar toda a comunidade, fizeram os meus dias no trabalho de campo inesquecíveis, falando aquele alemão que só nós entendemos, dividindo histórias e momentos em que o riso se sobrepôs a qualquer adversidade, frio, fome, sono, cansaço, falta de paciência, enfim, sem vocês nada seria possível e com vocês os dias ficaram mais leves, mais bonitos, mais agradáveis.

A minha orientadora Maria Cecília Formoso Assunção, que me recebeu entre os seus, me proporcionando amadurecimento profissional com muita paciência e sabedoria, mantendo a excelência do seu trabalho e guiando meus passos até o fim.

E por fim, porém não menos importante, a minha co-orientadora Roberta de Vargas Zanini a quem eu chamo de “Robe”, “Robertinha”, minha eterna companheira do G8, pessoa iluminada, sem dúvida, peça fundamental nessa conquista. A você Robe, que me abriu os olhos para o edital de seleção, que passou dias me ensinando sobre eficácia, eficiência e efetividade, além é claro da bioestatística e seus valores de significância, intervalos de confiança e tantas lições mais dentro da epidemiologia que me fizeram sentir aquela vontade de aprender cada vez mais, vendo a tua dedicação, a tua responsabilidade e o teu comprometimento com o teu trabalho. A ti, o meu agradecimento especial, por me receber na tua casa nesses dois anos, pelas conversas que se estendiam ao longo da noite mesmo após dias de trabalho cansativos, pela paciência, pela amizade, pelos puxões de orelha, pelas lições de vida ensinadas. A minha eterna admiração! Obrigada.

Sumário da Dissertação

I. Projeto de Pesquisa.....	07
<i>Modificações realizadas após a qualificação do Projeto.....</i>	<i>31</i>
II. Relatório de Trabalho de Campo.....	32
III. Artigo.....	47
IV. Nota para a imprensa.....	67
V. Anexos.....	70

I. Projeto de Pesquisa



Universidade Federal de Pelotas

Departamento de Medicina Social

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências



Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS.

Projeto de Pesquisa

Kelli Destri

Pelotas, RS

2013

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências

**Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos
do Município de Nova Boa Vista-RS.**

Kelli Destri

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia junto a Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências.

Orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção

Co-orientadora: Roberta de Vargas Zanini

Pelotas, RS.

2013

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.....	13
2.2. Consumo Alimentar e Estilo de Vida.....	14
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	19
5. OBJETIVOS.....	20
5.1. Geral.....	20
5.2. Específicos.....	20
6. HIPÓTESES.....	21
7. METODOLOGIA.....	22
7.1. Delineamento do estudo.....	22
7.2. Justificativa da escolha do delineamento.....	22
7.3. População em estudo.....	22
7.4. Critérios de elegibilidade.....	22
7.5. Instrumento.....	23
7.6. Principais variáveis coletadas.....	23
7.6.1. <i>Definição operacional do desfecho</i>	23
7.6.2. <i>Definição das variáveis de exposição</i>	25
7.7. Logística.....	26
7.7.1. <i>Coleta Secundária</i>	26

7.7.2. <i>Coleta Primária</i>	26
7.7.3. <i>Recuperação de dados</i>	26
7.7.4. <i>Digitação e análise dos dados</i>	27
7.8. Estudo piloto.....	27
7.9. Controle de qualidade.....	27
7.10. Aspectos éticos	28
7.11. Orçamento e financiamento.....	28
7.12. Divulgação dos resultados.....	28
7.13. Cronograma	28
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. APRESENTAÇÃO

O presente projeto de pesquisa é um dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com o Ministério da Saúde. O tema a ser investigado será *“marcadores de consumo alimentar de hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista-RS”*. A escolha do presente tema ocorreu a partir das expectativas geradas por este Programa de Pós-Graduação, o qual tem como objetivo principal instrumentalizar os profissionais atuantes na área da saúde para melhorar os serviços locais onde atuam.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que está ocorrendo em diversas regiões do mundo, o qual, em conjunto com sedentarismo, alimentação inadequada e excesso de peso, configuram os principais fatores contribuintes para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM)(Lima-Costa *et al.*, 2011).

Estudos realizados com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostraram um aumento na prevalência de HAS e DM na população idosa brasileira (≥ 60 anos) entre os anos de 1998, 2003 e 2008. A prevalência de HAS auto referida passou de 43,9% em 1998 para 48,8% em 2003, chegando a 53,3% em 2008. Neste mesmo período a prevalência de DM, também relatada pelo indivíduo, passou de 10,3% para 13,0% e 16,1% respectivamente, evidenciando um grande problema de saúde pública no Brasil(Barros *et al.*, 2011, Lima-Costa *et al.*, 2011, Schmidt *et al.*, 2009).

Dados da pesquisa brasileira “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL), no ano de 2011, mostraram uma prevalência em torno de 22,7% para o diagnóstico de HAS auto referida, variando de 12,9% em Palmas-TO até 29,8% no Rio de Janeiro-RJ(Brasil, 2012).

O DM é uma doença de caráter etiológico heterogêneo, porém com critérios diagnósticos bem definidos(Assunção *et al.*, 2001, Goto, 1983).No Brasil, o diagnóstico prévio auto referido de DM variou de 2,7% em Palmas-TO a 7,3% em Fortaleza-CE. A prevalência total de diabetes auto referida na população foi de 5,6% (Brasil, 2012).

2.2. Consumo Alimentar e Estilo de Vida

O comportamento da população em relação à saúde e estilo de vida tem sido uma preocupação constante entre os profissionais da área da saúde no que diz respeito à prevenção e controle da HAS e do DM. Conhecer os hábitos de vida, dentre eles o consumo alimentar de grupos populacionais, é uma tarefa complexa. O estilo de vida inclui muitos aspectos e pode ser formado por crenças e considerações, muitas vezes inadequadas, que o indivíduo escolheu seguir e que vai ao encontro dos seus anseios sociais e culturais, conferindo menos objetividade em investigações sobre consumo alimentar (Barros *et al.*, 2011, Garcia, 2004).

Lima e Costa, em 2009, utilizando dados da pesquisa VIGITEL realizada em 2006, identificou que mesmo após o diagnóstico de hipertensão, os idosos brasileiros mantêm comportamentos alimentares inadequados para a manutenção dos níveis pressóricos desejáveis, como consumo insuficiente de frutas e hortaliças, consumo excessivo de carnes gordurosas e adição de sal aos alimentos prontos (Lima e Costa *et al.*, 2009).

Ralston *et al.*, realizaram uma revisão sistemática em sete bases de dados no período de abril a novembro de 2009 buscando investigar a relação entre consumo alimentar e elevação da pressão arterial. Os resultados da subsequente meta-análise realizada revelaram que a baixa ingestão diária de gordura pode diminuir o risco de elevação da pressão arterial em 16% e que alimentos como leite e iogurte com baixo teor de gordura também parecem reduzir a pressão arterial (Ralston *et al.*, 2012). Estudo longitudinal realizado por Camões *et al.*, em Portugal, no ano de 2010, encontrou uma associação inversamente proporcional entre a ingestão de alimentos ricos em potássio, frutas e verduras e risco de desenvolvimento de HAS (Camoës *et al.*, 2010). Em 1991, Feskens *et al.*, na Holanda, observaram que indivíduos que tinham consumo habitual de peixe, consumiram em média $24,2g \pm 18,7g$ por dia, e essa

quantidade parece ser capaz de produzir efeitos positivos no controle da glicemia dessa população (Feskens *et al.*, 1991).

Sanchez *et al.*, em 2008 encontraram uma associação inversa entre o consumo de alimentos que compõem a dieta do Mediterrâneo(caracterizada por um alto consumo de frutas, verduras e ingestão moderada de leite, carnes, frango e peixes)e o desenvolvimentoda hipertensão, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia(Sanchez-Tainta *et al.*, 2008).

Através dos estudos supracitados, é possível observar que tanto o controle da HAS quanto do DM depende de um conjunto de fatores, entre as quais a alimentação está englobada. Isto reforça a importância de identificar e conhecer o consumo alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos a fim de promover o manejo adequado de ambas as doenças.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura para investigar o consumo alimentar de hipertensos e diabéticos foi realizada, inicialmente, através da base de dados *Pub Med* utilizando-se os descritores encontrados no *Mesh Terms: Hypertension, Diabetes melittus, Primary care, Diet, Food Intake, Feeding Patternse Dietary Patterns*. Foram utilizados limites para estudos realizados com humanos, palavras-chave no título e/ou resumo, população em estudo com idade igual ou superior a 18 anos e publicação nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola.

Outras bases de dados como *Lilacs* e *Web of Science* também foram consultadas utilizando-se os descritores e limites mencionados anteriormente, adicionados dos descritores *Dietary, Adults e Eldery para a Base Lilacs*. O Quadro 1 descreve o número de artigos encontrados em cada base de dados.

Quadro 1. Descrição do número de artigos obtidos para cada conjunto de descritores nas respectivas bases de dados.

Descritores	Base de dados			Total geral
	<i>Pub Med</i>	<i>Lilacs</i>	<i>Web of Science</i>	
Diabetes mellitus + Diet + Primary Care	45	05	270	320
Diabetes mellitus + Dietary Patterns	33	00	133	166
Diabetes mellitus + Food Intake	107	02	387	496
Diabetes mellitus + Primary Care	744	12	676	1432
Diabetes mellitus + Feeding Patterns	03	07	20	30
Hypertension + Diet + Primary Care	76	02	214	292
Hypertension + Dietary Patterns	81	39	184	304
Hypertension + Food Intake	95	08	397	500
Hypertension + Primary Care	1636	33	761	2430
Hypertension +Feeding Patterns	02	03	151	156
Diabetes mellitus +Dietary	00	87	00	87
Total geral	2822	198	3193	6213

Foram identificadas 2822 referências no *Pub Med*, 198 na base *Lilacs* e 3193 na *Web of Science*, perfazendo um total de 6213 artigos dos quais restaram 4719, excluindo-se as duplicatas. Os arquivos foram exportados para o programa *End Note* onde foi realizada a leitura dos títulos (n=4719) e subsequentes resumos selecionados (n=523). Destes, 66 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, totalizando 17 artigos que compõem o quadro final da revisão (Anexo 1).

Dos 17 artigos selecionados para leitura na íntegra, nove tinham delineamento do tipo “transversal”, quatro “longitudinal”, dois “caso-controle” e dois “ensaios clínicos”. Os tamanhos de amostra variaram de 39 até 39.252 indivíduos, faixa etária de 18 a 75 anos e cerca de 80% dos estudos contemplaram ambos os sexos. Em relação aos instrumentos utilizados para avaliação do consumo alimentar, oito estudos utilizaram Questionários de Frequência Alimentar (QFA), quatro aplicaram Recordatório de 24 horas (R24h), dois estudos utilizaram questionários semi estruturados, criados pelo próprio autor, dois fizeram uso de exames laboratoriais para estimar a ingestão de nutrientes específicos da dieta, sendo que, em um destes foi realizada entrevista sobre consumo alimentar. Apenas um estudo não informou o tipo de instrumento utilizado. Os principais aspectos investigados foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, nível econômico, história familiar de doenças, Índice de Massa Corporal (IMC), tabagismo, consumo de bebida alcoólica e prática de atividade física.

Os principais resultados mostraram que o comportamento entre homens e mulheres em relação à alimentação e ao manejo da HAS e do DM é diferente. Indivíduos hipertensos e/ou diabéticos com história familiar da doença tinham maiores informações sobre a importância da alimentação no controle da HAS e do DM. Além disso, o consumo excessivo de carne vermelha, gordura, açúcar e sódio, parecem influenciar direta ou indiretamente no controle da HAS e do DM.

A revisão da literatura mostra ainda que o consumo excessivo de carboidratos simples e gorduras influencia negativamente no manejo do DM(Gutschall *et al.*, 2009). Por outro lado, o consumo de alimentos de baixo índice glicêmico e ricos em fibras melhora o controle do DM, bem como a alta ingestão de frutas e produtos lácteos tem influência positiva no controle da HAS(Oliveira *et al.*, 2012). A variedade da dieta assim como a redução do consumo de sódio são alguns dos principais fatores relacionados ao controle da HAS. O consumo de outros alimentos como peixes e aqueles que apresentam antocianinas mostraram um papel importante no controle do DM, enquanto que o alto consumo de carne vermelha foi associado ao aumento da pressão arterial. A ingestão de cálcio, potássio e magnésio parece ser inferior às recomendações preconizadas para prevenção e tratamento da HAS nesse grupo populacional.

4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O município de Nova Boa Vista-RS está localizado ao norte do estado e se configura em uma cidade de pequeno porte (população estimada em 2000 habitantes - segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE no ano de 2010), com características predominantemente rurais e etnia alemã. Nova Boa Vista apresenta cerca de 400 habitantes diagnosticados com HAS e/ou DM segundo dados obtidos junto ao Sistema de Atenção Básica (SIAB) do município, número bastante expressivo quando comparado à população total.

Sabendo-se que o consumo alimentar é um dos principais mecanismos de controle, tratamento e manejo da HAS e do DM, o presente estudo pretende descrever os marcadores de consumo alimentar dessa população, tendo em vista a peculiaridade da etnia alemã que é predominante na região. Este conhecimento possibilitará a inclusão de estratégias na unidade básica de saúde que enfatizem a promoção da alimentação saudável visando melhorias na qualidade de vida desta população.

5. OBJETIVOS

5.1. Geral

Descrever os marcadores de consumo alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista-RS e fatores associados.

5.2. Específicos

Identificar e descrever os marcadores de consumo alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos de acordo com:

- ✓ Sexo
- ✓ Escolaridade
- ✓ Idade
- ✓ Nível econômico
- ✓ Local de residência
- ✓ Auto percepção de saúde
- ✓ Tempo de enfermidade
- ✓ História familiar de HAS e DM
- ✓ Recebimento ou não de orientação sobre alimentação
- ✓ Recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira

6. HIPÓTESES

O consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável será maior entre os indivíduos com as seguintes características:

- ✓ Sexo feminino
- ✓ Maior escolaridade
- ✓ Maior idade
- ✓ Maior nível econômico
- ✓ Moradores da zona urbana
- ✓ Melhor auto percepção de saúde
- ✓ Maior tempo de enfermidade
- ✓ Com história familiar de HAS e DM
- ✓ Que receberam orientações sobre alimentação

O consumo de alimentos marcadores de práticas pouco recomendadas, bem como a adesão aos passos preconizados pelo Ministério da Saúde, será maior entre os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos com as características inversas às supracitadas.

7. METODOLOGIA

7.1. Delineamento do estudo

Estudo observacional do tipo transversal.

7.2. Justificativa da escolha do delineamento

Sendo o objetivo principal do projeto, conhecer os marcadores do consumo alimentar de uma população, este tipo de delineamento permite identificar o objeto em estudo, sem modificá-lo. Além disso, o delineamento transversal possui baixo custo e alto poder descritivo.

7.3. População em estudo

A população em estudo será composta por todos os indivíduos adultos hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados no SIAB do município, moradores da zona urbana e rural de Nova Boa Vista-RS.

7.4. Critérios de elegibilidade

7.4.1. Inclusão

- ✓ Indivíduos adultos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no SIAB do município, moradores da zona urbana e rural de Nova Boa Vista-RS

7.4.2. Exclusão

- ✓ Indivíduos com idade inferior a 18 anos
- ✓ Indivíduos acamados sem possibilidade de se comunicar e/ou cujo cuidador não saiba relatar o consumo alimentar

- ✓ Indivíduos em condições médicas agudas que tenham modificado a ingestão alimentar da última semana
- ✓ Indivíduos hospitalizados no momento da entrevista
- ✓ Indivíduos com alimentação por sonda

7.5. Instrumento

O instrumento que será utilizado no presente estudo é o questionário para marcadores de consumo alimentar proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esse questionário é composto por dez questões e tem o objetivo de identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias. Cada conjunto de alimentos pode estar relacionado tanto a uma alimentação saudável (exemplo: consumo diário de feijão, frutas, verduras), bem como a práticas pouco recomendadas (exemplo: consumo frequente de alimentos fritos e guloseimas)(Brasil, 2008). Além dessas questões sobre consumo alimentar, outras perguntas sobre características socioeconômicas, demográficas e de saúde também foram incluídas no instrumento (Anexo 2). Em virtude da característica predominantemente alemã dos entrevistados, o questionário poderá ser aplicado, quando necessário, no dialeto alemão que é frequentemente utilizado por esta população. Essa estratégia permitirá um melhor entendimento sobre as informações no momento da entrevista, evitando também possíveis perdas ou recusas devido ao idioma.

7.6. Principais variáveis coletadas

7.6.1. Definição operacional do desfecho

Os marcadores de consumo alimentar dos indivíduos hipertensos e/ou diabéticos serão avaliados através do questionário proposto pelo SISVAN, mencionado anteriormente. A descrição e a classificação do consumo alimentar serão realizadas através da frequência de

consumo dos últimos sete dias para cada alimento. Salada crua; legumes e verduras cozidos; frutas frescas ou salada de fruta; feijão e leite ou iogurte serão os alimentos marcadores de consumo alimentar saudável. Por outro lado, batata frita, batata de pacote e salgados fritos; hambúrguer e embutidos; bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates e refrigerante marcam o consumo de alimentos pouco recomendados.

Outra forma de avaliação será a adequação do consumo dos alimentos supracitados em relação às recomendações preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006). O Quadro 2 apresenta a lista de alimentos que compõe o questionário do SISVAN e a respectiva recomendação para o consumo de cada alimento avaliado.

Quadro 2. Descrição dos alimentos marcadores de consumo (saudável e não recomendado) e as respectivas recomendações de consumo preconizadas pelo Guia Alimentar propostas pelo Ministério da Saúde.

Marcador alimentar	Recomendação
Salada crua	Diário
Legumes e verduras cozidos	Diário
Frutas frescas ou salada de fruta	Diário
Feijão	≥ 5 vezes/semana
Leite ou iogurte	Diário
Batata frita batata de pacote e salgados fritos	Até 1x/semana
Hambúrguer e embutidos	Até 1x/semana
Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	Até 1x/semana
Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates	Até 1x/semana
Refrigerantes	Até 1x/semana

Dessa forma, os indivíduos serão classificados de acordo com o atendimento ou não a cada uma das recomendações propostas.

7.6.2. Definição das variáveis de exposição

Quadro 3. Descrição das variáveis independentes.

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Sexo	Observada	Masculino Feminino	Catagórica Binária
Idade	Informada	Anos completos	Numérica Discreta
Cor da pele	Observada	Branca Parda Preta Outras	Catagórica Nominal
Nível econômico	Classificação da ABEP*	A B C D E	Catagórica Ordinal
Escolaridade	Informada	Anos completos de estudo	Numérica Discreta
Tempo de enfermidade	Informada	Tempo em meses e/ou anos	Numérica Discreta
História familiar	Informada	Sim Não	Catagórica Binária
Local de residência	Observada	Zona urbana Zona rural	Catagórica Nominal
Auto percepção de saúde	Informada	Excelente Muito boa Boa Regular Ruim	Catagórica Ordinal

*ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas

7.7. Logística

7.7.1. Coleta Secundária

Será realizada a coleta de dados secundários através do registro no SIAB do município de Nova Boa Vista- RS, buscando identificar todos os indivíduos adultos com HAS e/ou DM. O SIAB é um dos sistemas de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde que possui dados referentes ao cadastro das famílias e sua situação de saúde e tem por finalidade principal, acompanhar ações e resultados das atividades realizadas pelo Programa Saúde da Família (PSF).

7.7.2. Coleta Primária

As visitas domiciliares serão realizadas por dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) treinados e supervisionados pela autora principal do projeto. Foi construído um manual de instruções para treinamento e apoio dos entrevistadores durante a coleta dos dados (Anexo 3). A previsão de duração do trabalho de campo é de aproximadamente três meses, onde os entrevistadores realizarão visitas semanais aos domicílios para aplicação do questionário (coleta primária). Além disso, serão realizadas reuniões periódicas com os entrevistadores, momento em que serão entregues novos questionários, recebidos aqueles já preenchidos e esclarecimentos de dúvidas sobre o trabalho de campo. Os questionários serão revisados semanalmente pelas supervisoras da pesquisa.

7.7.3. Recuperação de dados

Em caso de ausência do entrevistado na data da entrevista ou de modificação no consumo alimentar na última semana por motivos passageiros, o entrevistador retornará ao

domicílio até três vezes em horários e dias diferentes. O indivíduo será contabilizado como perda após essas três tentativas sem sucesso.

7.7.4. Digitação e análise dos dados

Os dados coletados serão revisados e duplamente digitados no programa *Epiinfo* 7.0. Em seguida, as análises serão conduzidas no programa *Stata* 12.1. Inicialmente será realizada uma descrição das variáveis de exposição e de desfecho. Posteriormente serão efetuadas análises bivariadas utilizando-se o teste qui-quadrado de heterogeneidade ou de tendência linear, de acordo com a natureza da variável em questão.

7.8. Estudo piloto

O estudo piloto teve como objetivo avaliar o instrumento de coleta de dados primário, bem como a capacidade de resposta dos entrevistados. O estudo piloto foi realizado no dia 04 de fevereiro de 2013, na cidade de Barra Funda - RS, cuja população é semelhante àquela que será estudada, perfazendo um total de 14 indivíduos (nove mulheres e cinco homens). Após esse teste, foram feitas alterações no questionário inicial a fim de se obter informações mais precisas e facilitar o entendimento dos entrevistados.

7.9. Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pela autora principal do projeto através da reaplicação de três perguntas (“*Qual é sua data de nascimento?*”; “*O (A) Sr.(a) sabe ler e escrever?*”; “*Qual a sua cor ou raça?*”). A cada semana, conforme os questionários vão sendo devolvidos, será feito um sorteio aleatório para revisita a 10% dos indivíduos entrevistados, garantindo assim a proximidade entre a data da entrevista e do controle de qualidade.

7.10. Aspectos éticos

O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da UFPel e aos entrevistados será solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). O estudo não apresenta nenhuma situação que confira riscos à integridade física ou mental dos entrevistados.

7.11. Orçamento e financiamento

Este estudo não possui financiamento de modo que os gastos estarão a cargo da autora principal do projeto.

7.12. Divulgação dos resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados através de dissertação obrigatória, como requisito para obtenção do título de Mestre, através de artigo científico, submetido à publicação em periódico indexado e na imprensa local.

7.13. Cronograma

ANO	2012						2013											
	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ATIVIDADES																		
Revisão da literatura																		
Elaboração do Projeto																		
Preparação do instrumento																		
Planejamento logístico																		
Estudo piloto																		
Seleção e treinamento dos entrevistadores																		
Coleta dos dados																		
Revisão dos questionários																		
Controle de qualidade																		
Digitação/limpeza dos dados																		
Análise dos dados																		
Redação do artigo																		
Entrega/defesa da dissertação																		

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35:88-95.

Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3755-68.

Brasil. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde; 2006. p. 210.

Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde; 2008. p. 61.

Brasil. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; 2012. p. 132.

Camoës M, Oliveira A, Pereira M, Severo M, Lopes C. Role of physical activity and diet in incidence of hypertension: a population-based study in Portuguese adults. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(12):1441-9.

Feskens EJ, Bowles CH, Kromhout D. Inverse association between fish intake and risk of glucose intolerance in normoglycemic elderly men and women. *Diabetes Care*. 1991 Nov;14(11):935-41.

Garcia RWD. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*. 2004;17(1):15-28.

Goto Y. Epidemiological problems in diabetes mellitus. *Tohoku J Exp Med*. 1983 Dec;141 Suppl:1-19.

Gutschall MD, Miller CK, Mitchell DC, Lawrence FR. A randomized behavioural trial targeting glycaemic index improves dietary, weight and metabolic outcomes in patients with type 2 diabetes. *Public Health Nutrition*. 2009;12(10):1846-54.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3689-96.

Lima e Costa MFF, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:18-26.

Oliveira EP, Camargo KF, Castanho GKF, Nicola M, Portero-McLellan KC, Burini RC. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012;98:338-43.

Ralston RA, Lee JH, Truby H, Palermo CE, Walker KZ. A systematic review and meta-analysis of elevated blood pressure and consumption of dairy foods. *J Hum Hypertens*. 2012 Jan;26(1):3-13.

Sanchez-Tainta A, Estruch R, Bullo M, Corella D, Gomez-Gracia E, Fiol M, *et al.* Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factors in a cohort of 3,204 high-risk patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5):589-93.

Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:74-82.

Modificações realizadas após a qualificação do Projeto

No decorrer do mestrado foram realizadas algumas modificações:

- ✓ As questões referentes à renda dos entrevistados inicialmente seriam coletadas através de questionário da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP). No entanto, ao consultar a bibliografia foi observado que essas recomendações se aplicam somente para pessoas que residem na zona urbana, fato que nos motivou a modificar a forma de coleta de dados tendo em vista que a população do estudo abrangia pessoas residentes na zona urbana e na zona rural. Dessa forma, o questionário foi modificado e a coleta de dados passou a ser referente à renda familiar no último mês (Anexo 5).
- ✓ Após a modificação do questionário, no que diz respeito à renda dos indivíduos entrevistados, foram realizadas modificações no manual de instruções utilizado pelos entrevistadores de maneira a orientá-los nos procedimentos de coleta dessa informação (Anexo 6).
- ✓ Para digitação dos dados foi utilizado o programa Epi Data3.1 ao invés do programa Epi info 7.0 que estava proposto no projeto de pesquisa. Esta modificação se deu devido ao entendimento de que o programa utilizado proporcionava maior facilidade de acesso e entendimento por parte dos digitadores.

As alterações realizadas após a qualificação do projeto ocorreram com o intuito de melhorar o trabalho sem que houvesse prejuízos na proposta inicial e nos resultados finais da pesquisa.

II. Relatório de Trabalho de Campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências



Relatório de Trabalho de Campo

**Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e
Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS**

Kelli Destri

Pelotas, 2014

1. INTRODUÇÃO

O estudo intitulado Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS foi realizado como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no ano de 2013.

O município de Nova Boa Vista é de micro porte, integra a Microrregião de Carazinho e Mesorregião Noroeste Rio-Grandense. A população estimada IBGE – 2010 é de 1.960 habitantes, sua densidade demográfica é de 20,8 hab/km² (IBGE, Censos e estimativas, 2010). O setor primário é à base da economia do município. Palmeira das Missões é o Polo econômico regional e está localizada a 55 km de Nova Boa Vista.

Por ser um município pequeno, a atenção à saúde se dá através de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB), com cobertura de 100% da população que se constituem como porta de entrada aos demais serviços, englobando um conjunto de ações individuais e coletivas, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

A ESF atua buscando, tratando e acompanhando as pessoas que se encontram em situação de sofrimento momentâneo ou que tenham doenças crônicas através de atendimento multiprofissional que ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS) bem como na forma de grupos, atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças fora do âmbito da unidade. Sabe-se que a Atenção Básica (AB) é referência para os usuários e que ela deve acompanhá-los no tempo. No entanto, ainda prevalece um modelo curativista mesmo havendo esforços para superá-lo.

O município possui uma equipe de ESF implantada, com 600 famílias cadastradas, sendo que essas famílias são divididas em seis micro áreas, para visitação, monitoração e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem como da equipe multiprofissional. Utilizam-se as micro áreas para organizar os prontuários por família, bem como, o atendimento da UBS.

Para a realização do estudo a mestranda, Kelli Destri, contou com uma equipe formada por dois agentes comunitários de saúde (ACS) e uma enfermeira, além da disponibilidade dos moradores locais que solicitados a contribuir com a pesquisa, o fizeram de livre e espontânea vontade.

Houve ainda, apoio da gestão local, contando com o aval do Prefeito em exercício Márcio Thums e do Secretário da Saúde Ivomar Thums que permitiram a utilização das dependências do posto de saúde e de materiais, como folhas para impressão e impressora.

Após o planejamento logístico, ocorrido no início do ano de 2013, período de construção do projeto de mestrado com definições do tipo de estudo, população e critérios de elegibilidade, deu-se início a escolha, construção e teste do instrumento de pesquisa utilizado.

O presente relatório de campo tem como objetivo descrever cada um dos processos acima mencionados a fim de contemplar todas as atividades desenvolvidas durante a execução deste projeto de pesquisa.

2. INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário composto por questões socioeconômicas, demográficas, de saúde e sobre alimentação. O questionário foi dividido em blocos para facilitar a aplicação e organizar a entrevista.

O bloco A continha perguntas referentes aos dados de identificação do indivíduo como nome, idade, data de nascimento, escolaridade história familiar de doença cor e situação conjugal. No bloco B as questões eram referentes à renda do entrevistado no último mês. Além disso, era questionado se haviam outras pessoas com renda residentes na mesma casa e se havia alguma renda complementar. Por fim o bloco C foi composto por dez questões e tinha o objetivo de identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias. Este bloco foi baseado no questionário criado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Em virtude da característica predominantemente alemã dos entrevistados, o questionário foi aplicado, quando necessário, no dialeto alemão que é frequentemente utilizado por esta população. Essa estratégia permitiu um melhor entendimento sobre as informações no momento da entrevista, evitando também possíveis perdas ou recusas devido ao idioma.

2.1. Estudo Piloto

O estudo piloto teve como objetivo avaliar o instrumento de coleta de dados, bem como a capacidade de resposta dos entrevistados. O estudo piloto foi realizado no dia 04 de fevereiro de 2013, na cidade de Barra Funda, cuja população possui características semelhantes àquela que foi objeto desse estudo, perfazendo um total de 14 indivíduos (nove

mulheres e cinco homens). Após esse teste, foram feitas alterações no questionário inicial a fim de se obter informações mais precisas e facilitar o entendimento dos entrevistados.

As principais alterações foram referentes ao bloco B nas questões referentes à renda do indivíduo. O estudo piloto foi realizado com perguntas sobre posse de bens da família, conforme Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Posteriormente o questionário foi modificado, em razão de a ABEP ser validada apenas para a área urbana e, sendo o município predominantemente rural, não foi possível usar tal instrumento. Foram então inseridas perguntas abertas referentes à renda familiar no último mês.

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções foi criado para auxiliar os entrevistadores no momento da entrevista, nele constavam todos os dados de relevância do projeto referente ao questionário. Continham instruções e simulações de respostas às possíveis dúvidas específicas de cada uma das questões. Além disso, traziam orientações gerais sobre material básico, rotina de trabalho, apresentação pessoal e postura, entre outras.

4. SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORES

Para a seleção dos entrevistadores foi realizada uma reunião com a enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) a fim de traçar o melhor perfil dos participantes. A UBS de Nova Boa Vista conta com a colaboração de seis agentes de saúde, que foram convidados a participar da pesquisa. No entanto, dos seis agentes comunitários de saúde (ACS) dois foram selecionados levando em conta a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Além disso, outros aspectos considerados na seleção foram a confiança e comprometimento com a equipe, tendo em vista que não houve incentivo financeiro e a participação na pesquisa seria

uma carga a mais de trabalho para os mesmos, o bom relacionamento com a comunidade e a capacidade de comunicação de cada um.

Ao definir a equipe, o treinamento foi realizado na própria UBS com duração de uma semana, em junho de 2013. Em um primeiro momento os ACS e a enfermeira receberam instruções sobre o projeto de pesquisa para se familiarizar com o tema, sendo após realizada a leitura do questionário e manual de instruções, documento que acompanhou os entrevistadores em todo o período do trabalho de campo.

Durante o treinamento foi realizada aplicação dos questionários em uma sub-amostra de 20 pessoas que não faziam parte da população em estudo. Esse processo foi acompanhado pela mestrande que permaneceu fazendo a observação da conduta dos entrevistadores no momento da entrevista sem interferir no comportamento de cada entrevistador.

Após essa etapa foi realizada nova reunião para fazer os ajustes necessários e corrigir possíveis dúvidas em relação ao questionário e comportamento dos entrevistadores no momento da pesquisa.



Figura 1. Treinamento da equipe para o trabalho de campo. Ao centro a enfermeira padrão Leidi Manoela Fardo e os agentes comunitários de saúde Marlise e Jhonny.

5. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

5.1. Coleta de dados

Para a realização do estudo foram utilizados dois tipos de coleta de dados. Inicialmente uma coleta de dados secundários foi realizada através do registro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Nova Boa Vista-RS buscando identificar todos os indivíduos adultos com HAS e/ou DM. Posteriormente foi realizada a busca ativa dos pacientes que não se encontravam cadastrados no sistema, mas que pertenciam à população de estudo.

A coleta primária diz respeito à aplicação dos questionários aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, foram realizadas visitas domiciliares para obtenção dos dados referentes em todas as comunidades pertencentes ao município, tanto na área urbana, quanto na área rural.

A fim de controlar o número de entrevistas e facilitar a logística do trabalho de campo, os questionários foram devidamente identificados pelo número da área de abrangência as quais pertenciam de um a seis sendo apenas a área seis pertencente à zona urbana e as demais pertencentes à zona rural, e separados por lotes, totalizando nove lotes ao final do processo.

As entrevistas tiveram início em 22 de junho de 2013 e foram finalizadas em 04 de setembro de 2013 mantendo a previsão inicial do trabalho de campo que era em torno de três meses. A cada semana os entrevistadores recebiam um lote que continha em torno de 50 questionários e somente após terminarem as entrevistas de cada lote, recebiam o seguinte. Em casos de ausência do entrevistado, o entrevistador deveria voltar até três vezes ao local para

garantir que a entrevista fosse realizada e, se ainda assim o mesmo não fosse encontrado, era considerado como perda.

Inicialmente os entrevistadores devidamente identificados se apresentavam e falavam sobre o motivo da visita. Em seguida, após entrarem no domicílio com a permissão do entrevistado, faziam a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e perguntavam se o mesmo aceitava participar da pesquisa. Sendo a resposta positiva, as perguntas eram lidas conforme instruções do manual. A entrevista durava cerca de 10 a 15 minutos.



Figura 2. Agente de saúde Marlise, realizando entrevista domiciliar.

5.2. Transporte e condições das entrevistas

Tendo em vista a distância entre as comunidades, durante os três meses em que o trabalho de campo foi realizado, a mestrande Kelli Destri levou com carro próprio os entrevistadores aos domicílios mais distantes, contando com a ajuda dos agentes de saúde na localização. A fim de aproveitar melhor o tempo devido à dificuldade de acesso aos domicílios e ao prazo do trabalho de campo eram realizadas em um único dia cerca de vinte entrevistas ou mais.

Durante esse período muitas adversidades foram encontradas, por se tratar de uma população estritamente rural, idosa e com hábitos e costumes interioranos. Algumas peculiaridades encontradas foram:

Trânsito de animais no meio do caminho, indivíduos sendo entrevistados em estrebarias enquanto tiravam leite ou na lavoura durante seu período de trabalho, pois muitos afirmavam que não poderiam parar com o mesmo, mas ainda assim estavam dispostos a participar da pesquisa.

Alguns indivíduos também estavam acamados, eram muito idosos e outros ainda tinham dificuldade de comunicação, nesses casos as respostas foram obtidas através do cuidador (a).

O frio e o horário também foram alguns dos entraves. As entrevistas tinham início normalmente às 8:00 horas e devido às condições climáticas em alguns dias muitos moradores ainda estavam dormindo, o que gerou a necessidade de voltar em algumas casas em horários alternativos, como à noite por exemplo.

A cada novo domicílio, uma descoberta ou curiosidade fazia com que a equipe conhecesse cada vez mais os seus munícipes e como de fato eles vivem, saindo da rotina na UBS e vivenciado a realidade de cada um.

Em algumas situações, os entrevistados com “medo” ou receio, mesmo após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos questionavam o porquê de algumas perguntas, como informações sobre a renda, pergunta que mais teve resistência. Em contrapartida sempre nos era oferecido um “lanchinho”, costume que a cada casa se firmava mostrando a relação de amizade e respeito que havia entre a equipe e os indivíduos que participaram da pesquisa.

Muitas foram às dificuldades encontradas. O frio intenso, a falta de recursos financeiros, a resistência de alguns participantes, o cansaço de repetir tantas vezes as mesmas perguntas, as revisões exaustivas, mas ao final do trabalho de campo todas as metas foram cumpridas, encerrando as entrevistas com sucesso.



Figura 3. Agente de saúde Jonnhy, auxiliando na locomoção da entrevistada em meio à colheita de cana de açúcar.



Figura 4. Entrevista realizada em uma estrebaria.



Figura 5. Dificuldade de acesso aos domicílios.



Figura 6. Frio intenso durante o trabalho de Campo. Da esquerda para direita, Kelli (mestranda) Jonnhy e Marlise (ACS)

5.3. Revisão dos questionários

A revisão dos questionários foi realizada pela mestranda Kelli Destri e pela enfermeira Leidi Manoela Fardo, para checar possíveis inconsistências nos dados e erros de preenchimento do questionário. À medida que esses eram entregues a cada semana. A revisão teve início em 12 de julho de 2013 e foi finalizada em 09 de setembro de 2013.

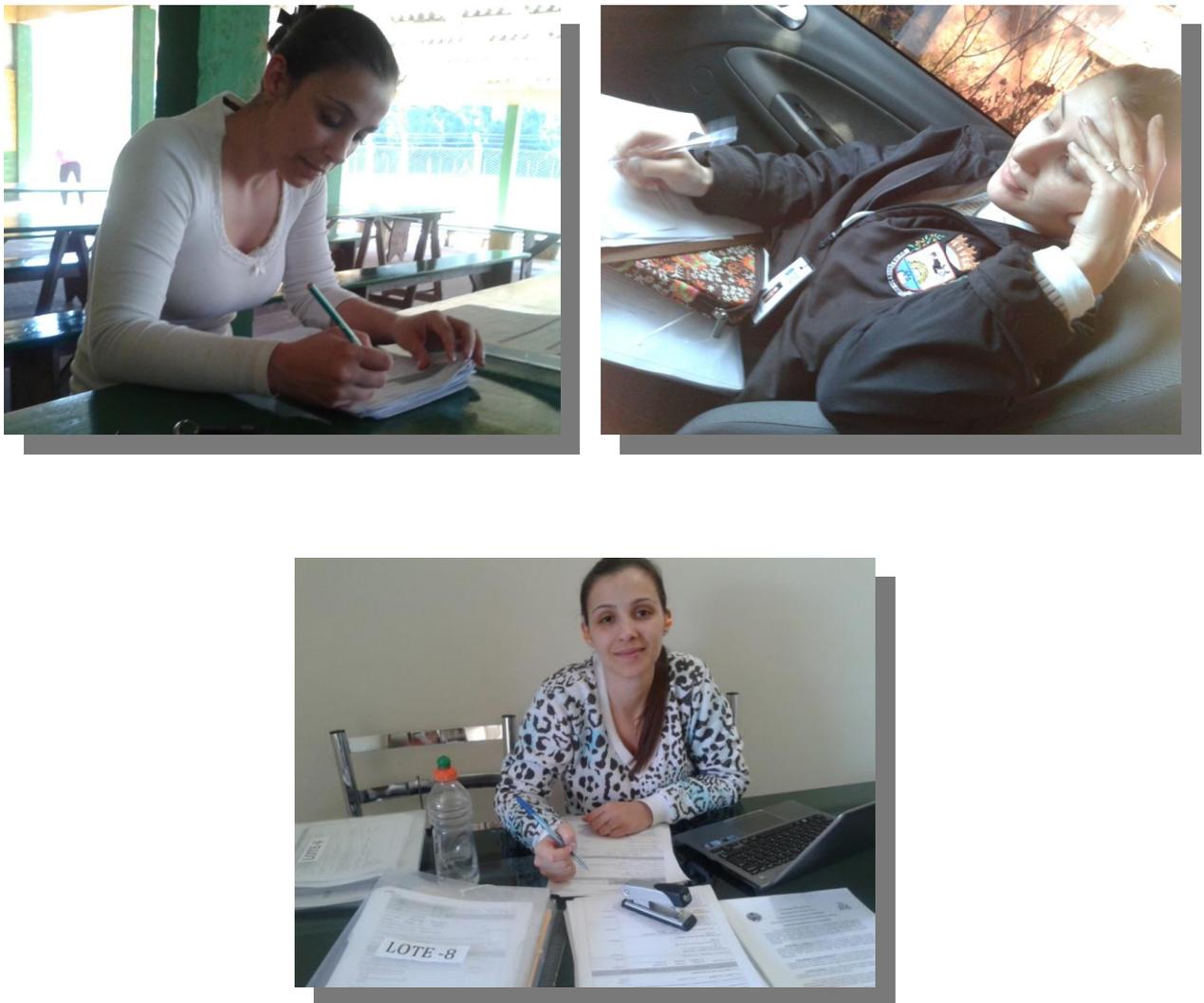


Figura 7. Mestranda Kelli e enfermeira Leidi realizando a revisão dos questionários.

5.4. Digitação e análises dos dados

Após a revisão dos questionários os dados foram duplamente digitados do programa Epi data 3.1 e após validação dos mesmos estes foram transferidos para o programa Stata 12.1 para análise estatística.

5.5. Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado pela autora principal do projeto na semana do dia 09 a 13 de setembro de 2013 através da reaplicação de três perguntas (Qual é sua data de nascimento?; O (A) Sr.(a) sabe ler e escrever?; Qual a sua cor ou raça?) em 10% da amostra, totalizando 45 entrevistas. O valor de *Kappa* foi de 0,88 referente à pergunta “qual a sua data de nascimento” mostrando uma concordância satisfatória.



Figura 8. Mestranda Kelli Destri realizando controle de qualidade.

5.6. Perdas e Recusas

Foram consideradas como perdas pessoas falecidas (n=4) e aquelas que não foram encontradas no domicílio (n=12). As recusas (n=3) foram os indivíduos que após varias tentativas se negaram a participar da pesquisa, especificamente pessoas que deixaram de usar medicação e não se consideravam mais hipertensas e ou diabéticas.

5.7. Despesas

Todas as despesas do projeto, desde o transporte, combustível, material didático entre outras, foram de responsabilidade da autora principal do projeto.

III. Artigo

Será submetido à Revista de Nutrição

Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos em uma cidade do sul do Brasil.

Markers of Dietary Intake and Hypertensive Diabetics in a city in southern Brazil.

Marcadores alimentares no sul do Brasil

Markers of Dietary Intake in southern Brazil

AUTORES

Mestre Kelli Destri¹ (Destri, K)

Doutora Roberta de Vargas Zanini² (Zanini, RV)

Doutora Maria Cecília Formoso Assunção¹ (Assunção, MCF)

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas.

² Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Kelli Destri

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas.

Marechal Deodoro 1160 (3º andar), Centro. Pelotas (RS) Brasil. CEP: 96020-220

Telefone: +55 (53) 3284-1302 Fax: +55 (53) 3284-1300

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

K Destri, RV Zanini e MCF Assunção planejaram e desenharam o estudo. K Destri coordenou o trabalho de campo e redigiu o manuscrito; RV Zanini realizou a análise dos dados; MCF Assunção orientou todas as etapas do trabalho. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de consumo dos marcadores de alimentação saudável e não saudável em indivíduos hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista, RS, Brasil.

Metodologia: estudo transversal que avaliou os indivíduos com hipertensão (HAS) ou diabetes (DM), moradores da zona urbana e rural que estavam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Nova Boa Vista–RS. Os marcadores foram avaliados conforme questionário proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A adequação do consumo foi baseada nas recomendações do Guia Alimentar para População Brasileira e avaliada em relação às variáveis sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, local de residência, renda familiar, autopercepção de saúde, morbidade presente, tempo de enfermidade, história familiar de HAS e/ou DM e recomendação sobre alimentação (sim/não).

Resultados: foram entrevistados 422 hipertensos e/ou diabéticos sendo 60,4% do sexo feminino. Mais da metade relatou consumir salada crua, frutas e lácteos diariamente. O consumo adequado de salada crua foi maior entre indivíduos que consideraram sua saúde “excelente ou boa” e entre aqueles com menor tempo de HAS. O consumo adequado de frutas foi mais frequente entre as mulheres, moradores da zona rural, com renda entre três e seis salários mínimos e que já tinham recebido alguma orientação sobre alimentação. As mulheres apresentaram menor frequência de consumo de frituras, embutidos e refrigerantes.

Conclusões: a frequência de consumo dos marcadores pode ser considerada adequada, sendo que as mulheres apresentaram maior frequência de consumo saudável.

Palavras-chave: Marcadores de consumo, Hipertensão, Diabetes.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of consumption of markers of healthy and unhealthy foods in hypertensive and diabetic individuals in the municipality of Nova Boa Vista, RS, Brazil.

Methods: Cross-sectional study in which hypertensive and / or diabetic residents of urban and rural areas who were registered in the Primary Care Information System in the city of Nova Boa Vista-RS. Os markers of were evaluated taking into account the weekly frequency of consumption questionnaire as proposed by the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). The adequacy of consumption was based on the recommendations of the Food Guide for the Brazilian Population and evaluated in terms of gender, age, ethnicity, education, marital status, place of residence, family income, self-rated health, this morbidity, length of illness , family history of hypertension and / or diabetes and recommendation about food (yes / no).

Results: 422 respondents were hypertensive and / or diabetic and 60.4% females. More than half reported eating raw fruits and milk daily salad. Adequate consumption of raw salad was higher among individuals who considered their health "excellent or good" and those with shorter SAH. Adequate consumption of fruit was more frequent among women, living in the countryside, earning between three and six times the minimum wage and who had received some guidance on feeding. Women had lower frequency of consumption of fried food, sausages and soft drinks.

Conclusions: The frequency of consumption of the markers can be considered adequate, whereas women had a higher frequency of healthy consumption.

Key words: Markers of Dietary Intake, Hypertension, Diabetes.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que está ocorrendo em diversas regiões do mundo, o qual, em conjunto com sedentarismo, alimentação inadequada e excesso de peso, configuram os principais fatores contribuintes para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).¹ O aumento da prevalência dessas doenças, principalmente em idosos, é apontado por diversos estudos.¹⁻³

Estudo realizado no Brasil demonstrou que mesmo após o diagnóstico de HAS, indivíduos idosos mantiveram comportamentos alimentares inadequados para a manutenção dos níveis pressóricos desejáveis, como consumo insuficiente de frutas e hortaliças, consumo excessivo de carnes gordurosas e adição de sal aos alimentos prontos.⁴ No entanto, outros estudos identificaram comportamentos alimentares favoráveis ao controle ou prevenção da HAS e do DM como a baixa ingestão de gordura, alto consumo de alimentos ricos em potássio, frutas, verduras e peixes.⁵⁻⁸

Assim, considerando a alimentação um dos fatores que englobam o controle e a prevenção da HAS e DM, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a frequência de consumo dos marcadores de alimentação saudável e não saudável em indivíduos hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista, RS, Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo teve delineamento transversal e foi conduzido no período de junho a setembro de 2013, no município de Nova Boa Vista-RS, que integra a Mesorregião Noroeste Rio-Grandense com uma população estimada em 1.960 habitantes (IBGE, 2010), cujo setor primário é à base da economia do município. A população em estudo foi composta por todos os indivíduos adultos e idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, moradores da zona urbana e rural. Indivíduos menores de dezoito anos de idade e aqueles com alimentação enteral foram excluídos do estudo.

O instrumento utilizado para caracterizar a frequência de consumo alimentar foi o questionário de identificação de marcadores de consumo alimentar proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).⁹ Este instrumento é composto por dez questões e avalia a frequência de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis nos últimos sete dias. Foi investigada a frequência de consumo dos seguintes alimentos ou preparações, através das seguintes perguntas: “Nos últimos sete dias quantas vezes o(a) Senhor(a) consumiu salada crua?; A mesma pergunta era feita para legumes cozidos; frutas frescas ou salada de frutas; feijão; leite ou iogurte; batata frita de pacote e salgados fritos;

hambúrguer e embutidos; bolachas, biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; bolachas, biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates; e, refrigerantes. Para todas as perguntas as opções de resposta em relação à frequência variava de zero a sete vezes na semana.

Para avaliar a adequação do consumo dos alimentos elencados no instrumento, foram utilizadas as recomendações do Guia Alimentar para População Brasileira.¹⁰ O consumo diário (7x/semana) de alimentos marcadores de uma alimentação saudável, como salada crua, legumes e verduras cozidas, frutas frescas ou salada de frutas e lácteos (leite ou iogurte), bem como o consumo maior ou igual a cinco vezes por semana de feijão, foi considerado adequado. Em contrapartida, o consumo de alimentos marcadores de uma alimentação não saudável, como frituras (batata frita, batata de pacote e salgados fritos), hambúrguer, embutidos, salgados (bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote), doces (bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates) e refrigerantes, foi considerado adequado quando a frequência de consumo foi igual ou menor a uma vez por semana.

Como variáveis de exposição, foram avaliadas as seguintes características: sexo, idade (anos completos), cor da pele coletada através da observação pelo entrevistador (branca, preta, amarela, parda, indígena, outra), escolaridade (anos completos de estudo), situação conjugal (com ou sem companheiro (a)), local de residência (urbana ou rural), renda familiar no último mês (salários mínimos), auto percepção de saúde (coletada como: excelente; muito boa; boa; regular; ruim e posteriormente agrupada em excelente, muito boa ou boa e regular ou ruim), morbidade presente (HAS apenas, DM apenas e HAS+DM), tempo de HAS (< 10 anos ou ≥ 10 anos), tempo de DM (< 8 anos ou ≥ 8 anos), história familiar de HAS (sim/não), história familiar de DM até a segunda geração (sim/não) e recebimento de qualquer informação sobre alimentação ofertada ao indivíduo por profissionais de saúde (médico, nutricionista, enfermeiro, dentista) além de agentes comunitário, familiares e outros.

A coleta de dados foi realizada por dois agentes comunitários de saúde previamente treinados, sendo realizadas reuniões semanais para entrega e revisão dos questionários. Os dados coletados foram duplamente digitados no programa EpiData 3.1 e as análises estatísticas foram realizadas no programa Stata 12.1. O teste qui-quadrado de heterogeneidade foi utilizado para avaliar a diferença entre os grupos em relação aos desfechos. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

O controle de qualidade foi realizado pela supervisora do estudo através de revisita a 10% dos entrevistados sorteados aleatoriamente, através da aplicação de um questionário

reduzido para avaliar a concordância das respostas. O resultado do teste *Kappa* para a pergunta “qual a sua data de nascimento” foi 0,88, considerado “satisfatório”.

Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) aprovou a realização do protocolo de pesquisa através do parecer nº 290.353.

RESULTADOS

Dos 441 portadores de HAS e/ou DM identificados no SIAB, 422 fizeram parte do estudo, ou seja, 95,7% dos indivíduos responderam o questionário. Dezesesseis pessoas tinham falecido ou não foram encontradas em seus domicílios após diversas tentativas. Três pessoas recusaram-se a participar do estudo.

Dos 422 entrevistados, a maioria (60,4%) era do sexo feminino, 98,1% eram brancos, quase a metade (49,1%) relatou ter até quatro anos de estudo e cerca de 70% referiu viver com companheiro (a) (Tabela 1). A média de idade foi de $64,0 \pm 12,9$ anos. A população estudada era predominantemente rural (75,8%), com renda entre um e três salários mínimos (45,3%) e cerca de metade dos participantes declarou-se como tendo boa saúde. A HAS foi mais frequente que o DM (85,1% vs 2,8%) e a história familiar de HAS foi relatada por 83,1% dos entrevistados. Cerca de 70% referiram já ter recebido alguma orientação sobre alimentação, sendo que destes, 36,7% citaram o médico como fonte da mesma (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta as frequências de consumo para cada marcador alimentar, referente à semana anterior a entrevista. Mais da metade dos entrevistados relatou consumir salada crua, frutas e lácteos diariamente. Cerca de um terço da população relatou ter consumido embutidos diariamente na última semana e 46,4% informaram não ter consumido refrigerantes nos últimos sete dias. Além disso, 30,3% dos entrevistados relataram não ter consumido fritura na última semana e 56,2% não consumiram nenhum alimento do grupo de salgados durante o mesmo período.

A Tabela 3 mostra a relação entre o consumo adequado de salada crua, frutas, legumes cozidos, feijão e lácteos, considerados marcadores de alimentação saudável, em relação às variáveis de exposição. O consumo adequado de salada crua foi maior entre indivíduos que consideraram sua saúde como “excelente ou boa” ($p=0,03$) e entre aqueles cujo tempo de HAS era inferior a dez anos ($p=0,007$). Verificou-se que a frequência de consumo adequado de frutas (78,0%) foi maior entre as mulheres ($p=0,004$) moradores da zona rural ($p<0,0001$), entre aqueles com renda entre três e seis salários mínimos

($p < 0,0001$) e entre os que já haviam recebido orientações sobre alimentação ($p = 0,019$) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a relação entre o consumo de frituras, embutidos, salgados, doces e refrigerantes, considerados alimentos não saudáveis, e as variáveis de exposição. Observa-se que o consumo adequado de frituras, embutidos e refrigerantes foi mais frequente entre as mulheres, sendo de 62,3%; 36,9% e 80,0%, respectivamente ($p = 0,010$; $p < 0,0001$ e $p = 0,027$).

O consumo adequado de alimentos salgados, que segundo a recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira é de menos de uma vez na semana foi maior entre indivíduos que referiram viver sem companheiro, em relação àqueles que viviam com companheiro (70,1% vs 57,3%, $p = 0,011$). O consumo adequado de frituras, salgados e doces foi mais frequente entre indivíduos que viviam na zona urbana em comparação aos moradores da zona rural (Tabela 4).

O consumo adequado de frituras e embutidos foi mais frequente entre indivíduos cuja renda familiar foi igual ou menor a três salários mínimos. Já o consumo adequado de doces, foi maior em indivíduos que têm concomitantemente HAS e DM (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Todos os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos do município foram identificados e desses, 95,7% participaram do estudo. Desta forma, os resultados deste estudo refletem o consumo alimentar dessa população de portadores de hipertensão e diabetes e poderão ser extrapolados para outras comunidades com características socioeconômicas e culturais semelhantes e predominantemente rurais.

Além disso, a escolha e a capacitação de agentes comunitários de saúde locais para realização das entrevistas possibilitou uma comunicação clara e precisa com a comunidade, tendo em vista o uso frequente do dialeto alemão por esta população. Os agentes de saúde tinham domínio sobre o dialeto utilizado, facilitando a comunicação com os entrevistados e a obtenção de respostas fidedignas, sendo este um dos aspectos positivos do estudo.

No presente estudo, a adequação do consumo de alimentos saudáveis (7x/semana), segundo as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira foi mais frequente em relação ao consumo de frutas, lácteos e salada crua. Dois estudos sobre consumo alimentar de hipertensos e diabéticos um estudo de coorte realizado com cento e oitenta adultos hipertensos da Pensilvânia e um estudo com noventa adultos diabéticos do Reino Unido verificaram um baixo consumo de frutas e verduras em ambos os grupos, diferindo dos resultados encontrados no presente estudo.^{11, 12}

No entanto, outro estudo realizado com 256 indivíduos diagnosticados com hiperglicemia no município de Viçosa, Minas Gerais, observou frequência de consumo diário de vegetais folhosos e leite semelhante ao encontrado nesse estudo.¹³ Ainda em relação à frequência de consumo de alimentos considerados saudáveis, estudo realizado por Olmos e colaboradores ao avaliar padrões dietéticos encontrados em dois grandes estudos, Intersalt e Dash, em populações hipertensas, mostrou que o consumo adequado de frutas e verduras influencia positivamente no controle dessa patologia. Da mesma forma, Oliveira e colaboradores mostram que o consumo de fibras está ligado a melhoria do controle do DM, assim como a alta ingestão de frutas e produtos lácteos tem influência positiva no controle da HAS.^{14,15}

No que diz respeito ao consumo de alimentos considerados não saudáveis e que, portanto, podem ser consumidos no máximo uma vez na semana, foram observadas maiores frequências de consumo adequado para os alimentos salgados (bolachas, biscoitos salgados ou salgadinho de pacote), refrigerantes e frituras. Estudos realizados com hipertensos e diabéticos no Japão, Reino Unido e Brasil demonstraram haver um consumo inadequado de gordura, caracterizado por uma dieta rica em gordura e pobre em fibras, discordando dos resultados obtidos no presente estudo.^{12, 16-18}

Em relação ao consumo de bebidas açucaradas, como os refrigerantes, Bleich e Wang avaliaram o comportamento alimentar da população diabética adulta dos Estados Unidos, utilizando o banco de dados do *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES), 2003–2006. Os resultados mostraram um alto consumo de bebidas açucaradas nessa população.¹⁹ Observa-se uma discordância com os dados apontados pelo presente estudo, que evidenciou uma frequência de consumo aceitável de refrigerantes, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Ao avaliar a adequação do consumo alimentar considerado saudável em relação a algumas exposições, os resultados mostraram que a frequência de consumo adequado de frutas foi maior entre as mulheres, moradores da zona rural, entre aqueles que já haviam recebido orientação sobre alimentação e que possuíam renda entre três e seis salários mínimos. Para o consumo de salada crua, observou-se que a adequação do consumo foi maior entre indivíduos com percepção de saúde boa e com tempo de HAS inferior a dez anos.

As mulheres em geral apresentam um maior controle sobre seus hábitos alimentares, principalmente no que se refere ao consumo de fibras. Estudo realizado com indivíduos de ambos os sexos no Japão, demonstrou que apesar de existir uma inadequação em relação à quantidade de fibras ingeridas durante o dia, as mulheres apresentaram maior consumo de verduras do que os homens.¹⁶ Além disso, outros estudos realizados no Brasil

demonstraram que o consumo de frutas e verduras costuma ser menor entre os homens, aumentando os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis ou contribuindo na evolução da doença já instalada.^{20, 21}

Quanto ao recebimento de orientação alimentar estudo realizado por Cotta e colaboradores, em 2009, avaliando hábitos e práticas alimentares de 150 hipertensos e 30 diabéticos na cidade de Teixeira, Minas Gerais, mostrou que mais de 50% dos indivíduos relataram ter recebido essa orientação. No entanto, por motivos como hábitos, crenças e fatores econômicos, tais recomendações não eram seguidas pela população. No presente estudo, o recebimento de orientação sobre a importância da alimentação apresentou relação direta e significativa com o consumo adequado de frutas.²²

No quesito consumo alimentar versus autopercepção de saúde, nossos resultados evidenciaram que indivíduos com excelente ou boa percepção de saúde apresentaram frequência de consumo adequada de verduras cruas. Entretanto, Lima-Costa e colaboradores em estudo realizado em Bambuí-Minas Gerais, observaram que indivíduos idosos com autopercepção de saúde ruim ou muito ruim consumiram mais frutas e verduras cruas do que aqueles com boa percepção de saúde.⁴

A frequência de consumo adequado de salada crua esteve associada com o tempo de diagnóstico de HAS menor do que dez anos. Estudo realizado em Guadalajara, no México, com 114 pacientes diabéticos, avaliou práticas de alimentação saudável e o controle da doença. Os resultados do estudo demonstraram que o maior tempo de enfermidade (maior que dez anos) refletiu em práticas alimentares menos saudáveis, corroborando com o resultado encontrado no presente estudo.²³

Em relação à adequação do consumo de alimentos considerados não saudáveis, os resultados mais relevantes mostraram que a frequência de consumo de frituras foi adequada entre mulheres, moradores da zona urbana e com renda menor ou igual a três salários mínimos. No que diz respeito aos embutidos, o consumo adequado foi mais frequente em mulheres e entre indivíduos com renda menor ou igual a três salários mínimos. O consumo adequado de salgados foi mais frequente entre indivíduos que relataram viver sem companheiro e que moravam na zona urbana, enquanto o consumo adequado de doces foi mais presente entre indivíduos que possuíam concomitantemente HAS e DM. Pode ser aqui apontado um possível viés de causalidade reversa, tendo em vista que ser portador das duas patologias requer maior cuidado em relação à saúde.

Estudo de intervenção realizado por Assunção e colaboradores em 2010, com objetivo de promover perda de peso, demonstrou boa adesão à recomendação de diminuir o consumo de doces e alimentos ricos em sódio após um período de seis meses de tratamento, sugerindo que o conhecimento sobre os prejuízos causados pelo consumo

destes dois tipos de alimentos é bastante difundido.²⁴ Indivíduos hipertensos, por exemplo, tendem a achar que apenas a restrição de sal já configura um controle alimentar, demonstrando que a falta de cuidado pode estar relacionada à falta de conhecimento.^{12, 17, 25}

O comportamento alimentar de acordo com a renda familiar mostrou que indivíduos com renda menor ou igual a três salários mínimos apresentam maior adequação de consumo para frituras e embutidos, ou seja, consumiram esses alimentos menos de uma vez na última semana. Levando em consideração a faixa etária da população estudada, predominantemente idosa, a aposentadoria pode significar um recurso a mais em relação à qualidade da alimentação. Estudos apontam que aposentar-se é um fator positivo referente à renda dos indivíduos, a qual permite melhorar sua qualidade de vida, conferindo maior independência ao idoso, inclusive, no que diz respeito ao acesso a uma alimentação adequada.^{26, 27}

Os resultados encontrados no presente estudo estão em sua maioria em discordância com a literatura. A maioria dos trabalhos demonstra existir uma inadequação do consumo alimentar entre esse grupo populacional, caracterizada principalmente por uma dieta pobre em fibras e rica em gordura.

No entanto, cabe salientar que os resultados podem não refletir o hábito alimentar dessa população, tendo em vista que o instrumento utilizado considera apenas o consumo alimentar da última semana. Por outro lado, este período recordatório minimiza o viés de memória.

Além disso, a sazonalidade deve ser considerada na avaliação dos resultados devido à coleta de dados ter sido realizada durante o inverno, período de grande oferta de frutas. Uma vez que a maioria dos entrevistados possuía árvores frutíferas em casa, isso pode ter influenciado o consumo deste grupo alimentar.

No entanto, os resultados apontados são animadores, podendo refletir um bom atendimento destes pacientes no que se refere à orientação nutricional que recebem via serviços de saúde locais. Sabendo-se que as práticas alimentares saudáveis são peças chave no controle e prevenção de complicações da HAS e do DM, o conhecimento sobre a maneira como indivíduos com essas patologias costumam se alimentar torna-se importante para que sejam avaliadas as ações públicas relativas ao incentivo de bons hábitos alimentares na atenção primária à saúde, visando melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional.

Por fim, pode-se concluir que os indivíduos hipertensos e/ou diabéticos do município de Nova Boa Vista- RS apresentaram comportamento alimentar adequado, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, no que tange a frequência adequada de

consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, contribuindo para a prevenção de complicações das doenças presentes.

Referências

1. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3689-96.
2. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3755-68.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:74-82.
4. Lima e Costa MFF, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:18-26.
5. Ralston RA, Lee JH, Truby H, Palermo CE, Walker KZ. A systematic review and meta-analysis of elevated blood pressure and consumption of dairy foods. *J Hum Hypertens*. 2012 Jan;26(1):3-13.
6. Camões M, Oliveira A, Pereira M, Severo M, Lopes C. Role of physical activity and diet in incidence of hypertension: a population-based study in Portuguese adults. *Eur J Clin Nutr*. 2010 Dec;64(12):1441-9.
7. Feskens EJ, Bowles CH, Kromhout D. Inverse association between fish intake and risk of glucose intolerance in normoglycemic elderly men and women. *Diabetes Care*. 1991 Nov;14(11):935-41.
8. Sanchez-Tainta A, Estruch R, Bullo M, Corella D, Gomez-Gracia E, Fiol M, *et al*. Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factors in a cohort of 3,204 high-risk patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008 Oct;15(5):589-93.
9. Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde; 2008. p. 61.
10. Brasil. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde; 2006. p. 210.
11. Lancaster KJ, Smiciklas-Wright H, Weitzel LB, Mitchell DC, Friedmann JM, Jensen GL. Hypertension-related dietary patterns of rural older adults. *Prev Med*. 2004;38(6):812-8.
12. McGeoch SC, Holtrop G, Fyfe C, Lobleby GE, Pearson DW, Abraham P, *et al*. Food intake and dietary glycaemic index in free-living adults with and without type 2 diabetes mellitus. *Nutrients*. 2011;3(6):683-93.

13. Batista MdCR, Priore SE, Rosado LEFPL, Tinôco ALA, Franceschini SCC. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na "Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes" no município de Viçosa, MG. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2006;50:1041-9.
14. Oliveira EPd, Camargo KFd, Castanho GKF, Nicola M, Portero-McLellan KC, Burini RC. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012;98:338-43.
15. Olmos RD, Benseñor IM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. *Rev Bras Hipertens*. 2001(8):221-4.
16. Kobayashi Y, Hattori M, Wada S, Iwase H, Kadono M, Tatsumi H, *et al*. Assessment of Daily Food and Nutrient Intake in Japanese Type 2 Diabetes Mellitus Patients Using Dietary Reference Intakes. *Nutrients*. 2013;5(7):2276-88.
17. Piati J, Felicetti CR, Lopes AC. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(2):123-9.
18. Molena-Fernandes CA, Junior NN, Tasca RS, Pelloso SM, Cuman RKN. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. *Acta Sci Health Sci*. 2005;27(2):195-205.
19. Bleich SN, Wang YC. Consumption of sugar-sweetened beverages among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34(3):551-5.
20. Monteiro CA, Moura ECd, 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.
21. Malta DC, Silva SAd, Oliveira PPVd, Iser BPM, Bernal RTI, Sardinha LMV, *et al*. Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012;15:639-50.
22. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RdCG, Castro FAFd. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Revista de Nutrição*. 2009;22:823-35.
23. Cabrera Pivaral CE, Martínez Ramírez A, Vega López MG, González Pérez G, Muñoz de la Torre A. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. *Cadernos de Saúde Pública*. 1996;12:525-30.

24. Assunção MCF, Gigante DP, Cardoso MA, Sartorelli DS, Santos IS. Randomized, controlled trial promotes physical activity and reduces consumption of sweets and sodium among overweight and obese adults. *Nutrition research (New York, NY)*. 2010;30(8):541-9.
25. Kim HI, Song Y, Kim W-Y, Lee JE. Association of adherence to the seventh report of the Joint National Committee guidelines with hypertension in Korean men and women. *Nutrition research (New York, NY)*. 2013;33(10):789-95.
26. Morais EPd, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2008;17:374-83.
27. Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMdS. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013;22:79-88.

Tabela 1. Descrição da população estudada. Nova Boa Vista, RS. 2013. (N=422)

Características	N	%
Sexo		
Masculino	167	39,6
Feminino	255	60,4
Cor		
Branca	414	98,1
Não branca	08	1,9
Idade (anos)		
20-59	149	35,3
≥ 60	273	64,7
Escolaridade (anos)		
0-4	206	49,3
5-8	175	41,9
≥ 9	37	8,8
Situação conjugal		
Com companheiro (a)	298	70,6
Sem companheiro(a)	124	29,4
Zona de residência		
Urbana	102	24,2
Rural	320	75,8
Renda familiar (SM)		
≤ 1,0	13	3,1
1,1-3,0	191	45,3
3,1- 6,0	130	30,8
6,1-10,0	54	12,8
> 10,0	34	8,0
Auto-percepção de saúde		
Excelente	06	1,4
Muito boa	09	2,1
Boa	198	46,9
Regular	181	42,9
Ruim	28	6,6
Morbidade presente		
HAS apenas	359	85,1
DM apenas	12	2,8
HAS + DM	51	12,1
Tempo de HAS (anos)		
< 10	170	43,3
≥ 10	223	56,7

Continuação. Tabela 1. Descrição da população estudada. Nova Boa Vista, RS. 2013.
(N=422)

Tempo de DM (anos)		
< 8	26	43,3
≥ 8	34	56,7
Histórico familiar de HAS		
Não	69	16,9
Sim	340	83,1
Histórico familiar de DM		
Não	235	57,6
Sim	173	42,4
Recomendação sobre alimentação		
Não recebeu	130	30,8
Médico	155	36,7
Nutricionista	92	21,8
Enfermeiro	04	1,0
Familiar	16	3,8
Outro	25	5,9

SM: salários mínimos; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus
O número máximo de informações perdidas foi 14 (3,4%) para a variável “histórico familiar de DM”.

Houve 17 perdas para o variável tempo de HAS

Tabela 2. Frequência de consumo dos marcadores alimentares na última semana, pela população estudada. Nova Boa Vista, RS. 2013(N=422).

Marcadores	Nenhuma	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
	%	%	%	%	%	%	%	%
Salada crua	7,3	2,8	5,0	10,0	5,9	4,3	4,0	60,7
Legumes cozidos	16,6	12,8	19,4	17,3	8,3	4,5	4,0	17,5
Frutas	3,3	4,5	2,8	5,9	3,1	4,0	3,3	73,0
Feijão	9,2	6,4	15,4	16,8	11,4	24,4	11,4	5,0
Lácteos	27,0	1,0	2,6	2,1	1,2	1,2	3,5	61,4
Frituras	30,3	27,0	19,2	11,4	5,7	1,4	0,5	4,5
Embutidos	19,2	9,9	9,7	9,5	6,6	4,7	5,6	34,8
Salgados	56,2	10,2	12,1	7,8	2,8	1,2	0,9	8,8
Doces	21,6	16,6	14,0	10,9	5,4	3,8	3,8	23,9
Refrigerante	46,4	29,9	14,0	5,7	1,7	0,9	0,2	1,2

Tabela 3. Consumo adequado dos marcadores de alimentação saudável, de acordo com variáveis de exposição. Nova Boa Vista, RS. 2013 (N=422).

	Salada crua[#]	Legumes cozidos[#]	Frutas[#]	Feijão*	Lácteos[#]
Sexo	<i>p=0,500</i>	<i>p=0,851</i>	<i>p=0,004</i>	<i>p=0,426</i>	<i>p=0,052</i>
Masculino	58,7	18,0	65,3	43,1	55,7
Feminino	62,0	17,2	78,0	39,2	65,1
Idade (anos)	<i>p=0,261</i>	<i>p=0,973</i>	<i>p=0,096</i>	<i>p=0,439</i>	<i>p=0,471</i>
20-59	57,0	17,4	77,8	38,3	59,0
≥ 60	62,6	17,6	70,3	40,8	62,6
Escolaridade (anos)	<i>p=0,665</i>	<i>p=0,287</i>	<i>p=0,911</i>	<i>p=0,331</i>	<i>p=0,910</i>
0-4	59,7	17,5	73,3	44,7	60,2
5-8	60,6	16,0	73,7	37,2	62,3
≥ 9	67,6	27,0	70,3	40,5	62,2
Situação conjugal	<i>p=0,627</i>	<i>p=0,724</i>	<i>p=0,905</i>	<i>p=0,063</i>	<i>p=0,496</i>
Com companheiro (a)	58,9	18,5	73,4	33,9	58,8
Sem companheiro (a)	61,4	17,1	72,8	43,6	62,4
Zona de residência	<i>p=0,367</i>	<i>p=0,144</i>	<i><0,0001</i>	<i>p=0,574</i>	<i>p=0,283</i>
Urbana	56,9	12,7	53,9	43,1	56,9
Rural	61,9	19,0	79,0	40,0	62,8
Renda familiar (SM)	<i>p=0,134</i>	<i>p=0,557</i>	<i><0,0001</i>	<i>p=0,334</i>	<i>p=0,470</i>
≤ 3,0	56,9	18,6	64,2	44,1	59,8
3,1-6,0	67,7	18,5	82,3	39,2	60,0
>6,0	59,0	13,6	73,0	35,2	67,0
Autopercepção de saúde	<i>p=0,032</i>	<i>p=0,350</i>	<i>p=0,061</i>	<i>p=0,719</i>	<i>p=0,344</i>
Excelente-Boa	65,7	19,2	77,0	39,1	59,1
Regular-Ruim	55,5	15,8	68,9	41,6	63,6
Morbidade presente	<i>p=0,415</i>	<i>p=0,741</i>	<i>p=0,911</i>	<i>p=0,342</i>	<i>p=0,896</i>
HAS apenas	61,0	18,1	73,3	39,5	61,8
DM apenas	75,0	16,7	75,0	58,3	58,3
HAS + DM	54,9	13,7	70,6	45,1	58,8
Tempo de HAS (anos)	<i>p=0,007</i>	<i>p=0,850</i>	<i>p=0,578</i>	<i>p=0,712</i>	<i>p=0,191</i>
< 10	68,2	17,6	74,7	39,4	57,6
≥ 10	54,7	18,4	72,2	41,3	64,1
Tempo de DM (anos)	<i>p=0,930</i>	<i>p=0,511</i>	<i>p=0,969</i>	<i>p=0,602</i>	<i>p=0,832</i>
< 8	57,7	11,5	73,1	46,1	61,5
≥ 8	58,8	17,6	73,5	52,9	58,8
Recomendação	<i>p=0,294</i>	<i>p=0,825</i>	<i>p=0,019</i>	<i>p=0,522</i>	<i>p=0,412</i>
Não	56,9	16,9	65,4	38,5	58,4
Sim	62,3	17,5	76,4	41,8	62,7

[#]Consumo diário.

*Consumo igual ou maior que cinco vezes na semana.

SM: salários mínimos; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus

Valor p = Teste qui-quadrado de heterogeneidade

Tabela 4. Consumo adequado* dos marcadores de alimentação não saudável, de acordo com variáveis de exposição. Nova Boa Vista, RS. 2013 (N=422).

	Frituras	Embutidos	Salgados	Doces	Refrigerante
Sexo	<i>p=0,010</i>	<i>p<0,0001</i>	<i>p=0,032</i>	<i>p=0,135</i>	<i>p=0,027</i>
Masculino	49,7	17,4	72,5	42,5	70,7
Feminino	62,3	36,9	62,3	35,3	80,0
Idade (anos)	<i>p=0,920</i>	<i>p=0,898</i>	<i>p=0,688</i>	<i>p=0,280</i>	<i>p=0,261</i>
20-59	57,0	29,5	65,1	41,6	73,1
≥ 60	57,3	28,9	67,0	36,3	78,0
Escolaridade (anos)	<i>p=0,394</i>	<i>p=0,902</i>	<i>p=0,451</i>	<i>p=0,920</i>	<i>p=0,827</i>
0-4	56,8	30,1	68,9	37,9	77,2
5-8	55,4	28,9	62,3	37,1	74,9
≥ 9	67,8	29,7	67,6	40,5	78,4
Situação conjugal	<i>p=0,847</i>	<i>p=0,364</i>	<i>p=0,011</i>	<i>p=0,165</i>	<i>p=0,363</i>
Com companheiro (a)	58,0	32,3	57,3	33,1	73,4
Sem companheiro (a)	57,0	27,8	70,1	40,3	77,5
Zona de residência	<i>p=0,008</i>	<i>p=0,069</i>	<i>p=0,045</i>	<i>p=0,009</i>	<i>p=0,397</i>
Urbana	68,6	36,3	74,5	49,0	79,4
Rural	53,7	26,9	63,7	34,7	75,3
Renda familiar (SM)	<i>p=0,055</i>	<i>p=0,002</i>	<i>p=0,635</i>	<i>p=0,373</i>	<i>p=0,451</i>
≤ 3,0	61,8	36,8	67,6	39,2	78,4
3,1-6,0	57,7	19,3	63,1	40,8	76,1
>6,0	46,6	29,1	68,2	31,8	71,6
Autopercepção de saúde	<i>p=0,177</i>	<i>p=0,292</i>	<i>p=0,336</i>	<i>p=0,800</i>	<i>p=0,914</i>
Excelente-Boa	60,6	31,5	68,5	37,6	76,5
Regular-Ruim	54,0	26,8	64,1	38,8	76,1
Morbidade presente	<i>p=0,352</i>	<i>p=0,466</i>	<i>p=0,384</i>	<i>p=0,041</i>	<i>p=0,320</i>
HAS apenas	56,0	29,0	67,4	35,6	72,2
DM apenas	58,3	16,7	50,0	50,0	91,7
HAS + DM	66,7	33,3	62,7	52,9	80,4
Tempo de HAS (anos)	<i>p=0,373</i>	<i>p=0,466</i>	<i>p=0,160</i>	<i>p=0,295</i>	<i>p=0,426</i>
< 10	54,7	31,2	70,0	40,6	74,1
≥ 10	70,6	27,8	63,2	35,4	77,6
Tempo de DM (anos)	<i>p=0,299</i>	<i>p=0,495</i>	<i>p=0,832</i>	<i>p=0,714</i>	<i>p=0,641</i>
< 8	57,7	34,6	61,5	57,7	80,8
≥ 8	70,6	26,5	58,8	52,9	85,3
Recomendação	<i>p=0,587</i>	<i>p=0,502</i>	<i>p=0,779</i>	<i>p=0,930</i>	<i>p=0,586</i>
Não	55,4	26,9	65,4	38,5	74,6
Sim	58,2	29,1	66,8	38,0	77,0

*Consumo inferior a uma vez na semana

SM: salários mínimos; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus

Valor p = Teste qui-quadrado de heterogeneidade

IV. Nota para imprensa

Comportamento alimentar de Hipertensos e Diabéticos de Nova Boa Vista–RS

Estudo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) avaliou o comportamento alimentar de indivíduos hipertensos e/ou diabéticos de Nova Boa Vista, município situado na região norte do RS com aproximadamente 2000 mil habitantes. A pesquisadora principal do estudo foi a Nutricionista Kelli Destri sob a supervisão da Prof.^aDr.^a Maria Cecília Formoso Assunção.

Das 441 pessoas identificadas como hipertensas e/ou diabéticas no município, 422 foram entrevistadas. Destas, 359 tinham hipertensão, 12 diabetes e 51 pessoas apresentavam as duas doenças.

Os principais resultados mostraram que mais da metade dos entrevistados consumiu salada crua, frutas e lácteos diariamente. Cerca de um terço da população consumiu embutido diariamente. Além disso, mulheres, moradores da área rural, indivíduos que já receberam algum tipo de orientação alimentar e que tinham renda familiar entre três e seis salários mínimos consumiram frutas mais frequentemente do que os demais entrevistados.

A frequência de consumo de alimentos pouco recomendados como frituras, embutidos, salgados, doces e refrigerantes foi menor entre as mulheres.

O presente estudo concluiu que em relação aos alimentos questionados e sua frequência de consumo, os indivíduos hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista possuem uma alimentação adequada e condizente com as recomendações do guia alimentar para a população brasileira, com destaque para as mulheres que apresentaram maior frequência de consumo adequado tanto de alimentos saudáveis quanto dos não saudáveis.

Os autores recomendam que a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis como o aumento do consumo de frutas e verduras e a diminuição de produtos ricos em sódio e gordura seja uma prática diária na população para melhorar a sua qualidade de vida e diminuir as complicações geradas pelas doenças pré-existentes.

V.Anexos

Anexo 1

(Quadro de artigos selecionados na revisão da literatura)

Quadro. Descrição dos artigos selecionados por revisão da literatura após leitura na íntegra. (n=18)

Descrição	Amostra	População	Instrumentos	Exposições	Desfecho	Principais resultados
<p>Autor: Korhonen, MH Ano: 1999 Local: University of Kuopio Revista: <i>European Journal of Clinical Nutrition</i> Tipo de estudo: Caso-Controle</p> <p><i>“Adherence to the salt restriction diet among people with mildly elevated blood pressure”</i></p>	39	Adultos de ambos os sexos entre 28 e 65 anos de idade, selecionados através de estudo prévio do Kuopio Research Institute of Exercise Medicine	Excreção de sódio na urina em 24 horas por 4 dias e aferição da pressão arterial. Registro alimentar de 4 dias em 3 momentos diferentes.	Pressão sanguínea 90 ± 105 mmHg 95 ± 115 mmHg	A redução de ingestão de sódio diário e sua influência na Hipertensão Arterial	Houve uma redução significativa da pressão sistólica e diastólica durante a diminuição do sal na dieta.
<p>Autor: Svetkey, L Ano: 1999 Local: USA Revista: <i>Journal Of The American Dietetic Association</i> Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado</p> <p><i>“The DASH diet, sodium intake and blood pressure trial (DASH-sodium): Rationale and design”</i></p>	400	Adultos homens e mulheres com 22 anos de idade ou mais e pressão arterial 120/59 mmHg, sem uso de anti-hipertensivo	Foi realizada análise laboratorial de urina antes e após a intervenção, a pressão arterial foi medida da mesma maneira.	Sexo, idade, peso	Uso de 3 diferentes níveis de sódio na dieta e seus efeitos na pressão sanguínea.	Diminuição significativamente maior nos níveis de pressão arterial no grupo com dieta DASH que pode embasar importantes modificações para o controle da HAS.
<p>Autor: Lancaster, K Ano: 2004 Local: Pennsylvania Revista: <i>Preventive Medicine</i> Tipo de estudo: Longitudinal</p> <p><i>“Hypertension-related dietary patterns of rural older adults”</i></p>	180	Adultos com média de idade de 65 anos	Recordatório de 24 horas	Peso, altura, IMC, dados demográficos	Comportamento alimentar e HAS.	O consumo médio de cálcio, magnésio foi inferior às recomendações para o tratamento da HAS. Pacientes que tinham HAS consumiam menos sódio do que aqueles que não tinham a doença estabelecida, no entanto ambos os grupos comiam menos frutas e verduras do que o recomendado, mas atingiram às recomendações de consumo para produtos lácteos.
<p>Autor: Joffres, M Ano: 2007 Local: Canadá Revista: <i>Canadian Journal Of Cardiology</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p><i>“Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada”</i></p>	23129	Indivíduos pertencentes ao estudo The Canadian Heart Health Surveys (CHHS)	A coleta dos dados se deu através dos bancos de dados do The Canadian Heart Health Surveys (CHHS)	HAS definida com valores maior ou igual a 140/90 mmHg. O valor e referencia de redução de sódio foi definido através de revisão tipo meta-análise sendo este valor de 1840 mg/dia	A redução de ingestão de sódio diário e sua influencia na Hipertensão Arterial	A redução de aditivos de sódio tem influencia sobre o controle da HAS bem como reduzem em longo prazo os custos em saúde com esta doença.

*HAS =Hipertensão Arterial Sistêmica; *DM= Diabetes Mellitus*IMC =Índice de Massa Corporal; *VCT= Valor Calórico Total *DCNT= Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

<p>Autor: Tzoulaki, I Ano: 2008 Local: Japão, China, Estados Unidos e Reino Unido Revista: <i>British Medical Journal</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Relation of iron and red meat intake to blood pressure: cross sectional epidemiological study”</p>	4680	<p>Adultos de ambos os sexos entre 40 e 59 anos de idade de 3 localidades diferentes China, Japão Estados Unidos e Reino Unido</p>	<p>Recordatório de 24 horas Questionário sobre consumo de álcool Excreção urinária de 24 horas</p>	<p>Sexo, idade, peso, altura, pressão arterial (Korotkoff)</p>	<p>Ingestão de ferro heme e não heme, suplementos com ferro e carne vermelha e sua influência na pressão sanguínea.</p>	<p>No Japão e na China a maior parte da ingestão de ferro foi proveniente da ingestão de peixe, enquanto no Reino Unido e Estados Unidos foi de carne vermelha. A ingestão de ferro total na subcoorte foi semelhante entre os diferentes países Tanto o ferro heme quanto o não heme tiveram associação com a pressão arterial. A ingestão de ferro não heme superior a 4,13mg/dia foi associada a diminuição da pressão sistólica. O consumo de carne vermelha foi associado ao aumento da pressão arterial e a ingestão de ferro na dieta associada com suplementos produziu um efeito melhor na pressão arterial do que a ingestão de ferro sozinho.</p>
<p>Autor: Villegas, R Ano: 2008 Local: China Revista: <i>The American Journal Clinical Nutrition</i> Tipo de estudo: Longitudinal</p> <p>“Legume and soy food intake and the incidence of type 2 diabetes in the Shanghai Women’s Health Study”</p>	64227	<p>Mulheres entre 40 e 70 anos de idade residentes em comunidades urbanas de Shanghai, China</p>	<p>QFA Questionário de Atividade física Dados demográficos e sociais coletados no estudo de base.</p>	<p>Idade, escolaridade, profissão, fumo e álcool, história familiar de doenças crônicas, peso, altura, circunferência do quadril e cintura, IMC e atividade física</p>	<p>Ingestão de leguminosas e alimentos a base de soja e sua influência no Diabetes tipo 2</p>	<p>A ingestão de legumes totais foi associada com maior atividade física, maior nível educacional e nunca ter fumado. A alta ingestão de proteína de soja foi associada com idades mais avançadas. O consumo total de leguminosas, sojas e nozes e leite de soja foi associado com maior controle de diabetes tipo 2. Não foram encontradas associações significativas entre o consumo de outros produtos de soja e proteína de soja total e risco de DM tipo 2</p>
<p>Autor: Cotta, R Ano: 2009 Local: Teixeira - MG Revista: <i>Revista de Nutrição</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária”</p>	170	<p>Usuários da ESF diagnosticados com hipertensão ou diabetes. Média de idade 63,6 anos</p>	<p>Questionário semi estruturado. Hábitos alimentares avaliados através de perguntas sobre o número de refeições diárias, uso de adoçante, adição de sal, tipo de gordura, entre outros. Quantidades per capita relatadas a partir da disponibilidade da lista de compras mensal.</p>	<p>Idade, sexo, renda, número de refeições diárias, uso de adoçantes artificiais, Adição de sal nas preparações ou alimentos já prontos, tipo de gordura, quantidade de água ingerida diariamente.</p>	<p>Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos usuários da Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>74,4 % sexo feminino. Média de idade 64 anos, renda média de 5 salários mínimos. A maioria dos entrevistados tinha horta em casa, porém fazia menos de 3 refeições diárias. Tanto hipertensos como diabéticos relataram evitar algum tipo de alimento em razão da prevenção ou tratamento das doenças mencionadas. Houve um elevado consumo de sal, açúcar, óleo e banha de porco. 90% dos diabéticos usavam adoçantes.</p>
<p>Autor: Gutschall, M Ano: 2009 Local: USA Revista: <i>Public Health Nutrition</i> Tipo de estudo: Caso-Controlle</p> <p>“A randomized behavioral trial targeting glycemic index improves dietary, weight and metabolic outcomes in patients with type 2 diabetes”</p>	109	<p>Adultos com diabetes tipo 2 do norte dos Estados Unidos com média de idade entre 44 e 70 anos que não faziam uso de insulina</p>	<p>Coleta sanguínea, Peso, altura e circunferência da cintura Questionário sobre atividade física, Recordatório de 24 horas</p>	<p>Sexo, idade, etnia, situação conjugal, escolaridade, emprego fixo</p>	<p>A ingestão de alimentos com baixo índice glicêmico e o controle de diabetes tipo 2 em adultos .</p>	<p>No grupo intervenção o percentual de gordura e de fibras bem como o melhor consumo de alimentos com baixo índice glicêmico melhorou em relação ao grupo controle. A média da circunferência da cintura e do peso entre homens e mulheres foi diferente (p<0,01) entre os grupos. De modo geral houve um bom resultado no controle do diabetes com uso de carboidratos de baixo índice glicêmico.</p>

*HAS =Hipertensão Arterial Sistêmica; *DM= Diabetes Mellitus*IMC =Índice de Massa Corporal; *VCT= Valor Calórico Total *DCNT= Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

<p>Autor: Piati, J Ano: 2009 Local: Céu Azul - PR Revista: <i>Revista Brasileira de Hipertensão</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde decidada paranaense”</p>	52	<p>Adultos e idosos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma UBS da cidade de Céu Azul, PR.</p>	<p>Questionário criado pela autora do estudo. Foram coletados dados sobre controle alimentar devido a HAS. Número de refeições realizadas diariamente, frequência de consumo de alimentos ricos em sódio e gorduras, alimentos glicídicos e protéicos.</p>	<p>Sexo, idade, estado civil, uso de medicação, antecedentes familiares de HAS, atividade física, hábitos alimentares, peso, altura circunferência da cintura</p>	<p>Avaliar o estado nutricional de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia</p>	<p>71 % eram mulheres, a maioria possuía antecedentes familiares de HAS e quase todos usavam medicação (95%). Mais da metade realizava algum tipo de cuidado com relação à alimentação. Houve um controle maior de sal e consumo moderado de gordura, o excesso de peso foi um dos fatores de risco predominantes, menos da metade da população relatou praticar algum tipo de atividade física.</p>
<p>Autor: Plotnikoff, R Ano: 2009 Local: Canadá Revista: <i>Canadian Journal of Diabetes</i> Tipo de estudo: Longitudinal</p> <p>“An Examination of the Relationship Between Dietary Behaviors and Physical Activity and Obesity in Adults with Type 2 Diabetes”</p>	1614	<p>Pacientes com diabetes tipo 2 com 18 anos ou mais. Média de idade de 62,9 anos</p>	<p>Questões incluídas no censo de 2001, informações demográficas auto referidas e QFA com questões sobre o consumo de frutas, verduras, gorduras e alimentos processados.</p>	<p>Idade, gênero, etnia, situação conjugal, escolaridade, situação de emprego, peso, altura, IMC.</p>	<p>Comportamento alimentar e seus resultados sobre IMC e atividade física em 3 momentos diferentes</p>	<p>O efeito do consumo de frutas e verduras 5 ou mais vezes por semana no grupo controle teve significância estatística com relação ao IMC e à atividade física. O consumo de gordura também teve relação significativa com o IMC, no período de 6 meses os resultados foram semelhantes, mas em 18 meses não foram observados os mesmos resultados.</p>
<p>Autor: Jalal, D Ano: 2010 Local: USA Revista: <i>Clinical Epidemiology (Journal of the American Society of Nephrology)</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Increased Fructose Associates with Elevated Blood Pressure”</p>	4528	<p>Adultos participantes do The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 2003-2006)</p>	<p>Questionário de frequência alimentar auto-administrado</p>	<p>Idade, gênero, etnia, fumante ou não fumante,</p>	<p>Influência do aumento da ingestão de frutas no risco de HAS</p>	<p>O aumento de 74 gramas na ingestão de frutose foi independentemente e significativamente associado com o aumento dos níveis de pressão arterial</p>
<p>Autor: Carvalho, E Ano: 2011 Local: Ibatiba - ES Revista: <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil)”</p>	150	<p>Adultos, faixa etária entre 20 e 59 anos, residentes na zona rural na cidade de Ibatiba, estado do Espírito Santo.</p>	<p>Questionário de frequência alimentar (QFA)</p>	<p>Sexo, cor da pele, idade, Plantio de insumos alimentares</p>	<p>Hábitos alimentares de adultos de Ibatiba- ES</p>	<p>Os principais hábitos alimentares (consumo habitual de arroz, pães, folhosos, feijão, leite de vaca, gordura animal, margarina, açúcar e café, e um consumo não habitual de bolo, batata, biscoitos, aipim, batata-doce, chuchu, cenoura, beterraba, abóbora, suco de frutas, banana, laranja, goiaba, manga e tangerina) estão relacionados com a facilidade ao acesso o que influencia no consumo excessivo de alguns alimentos como carboidratos simples e gorduras Existe um baixo consumo de produtos lácteos principalmente pelas mulheres e somente 6% da população faz cinco refeições por dia. Os hábitos alimentares desta população podem aumentar a prevalência e/ou ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as relacionadas à alimentação, como hipertensão, diabetes, obesidade e doenças coronárias. Esses resultados são para a população em geral. Tem algum resultado específico para diabéticos e hipertensos?</p>

*HAS =Hipertensão Arterial Sistêmica; *DM= Diabetes Mellitus*IMC =Índice de Massa Corporal; *VCT= Valor Calórico Total *DCNT= Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

<p>Autor: Goode, A Ano: 2011 Local: Austrália Revista: <i>American Journal of Health Promotion</i> Tipo de estudo: Ensaio Clínico</p> <p>“A Telephone-Delivered Physical Activity and Dietary Intervention for Type 2 Diabetes and Hypertension: Does Intervention Dose Influence Outcomes?”</p>	434	Homens e mulheres adultos com média de idade de 58,2 anos com DM ou HAS	QFA	Sexo, idade, escolaridade, nível econômico, etnia, situação de emprego, estado civil, atividade física.	Influência do aconselhamento em saúde para diabéticos ou hipertensos através de chamada telefônica e suas repercussões	Do estudo de linha de base e depois da intervenção com chamadas telefônicas em 12 meses foram observadas mudanças significativas com relação ao consumo de frutas e ao nível de atividade física. Nenhuma outra associação significativa foi observada. Os resultados mostram que de uma maneira geral houve uma melhoria na saúde como um todo após a intervenção.
<p>Autor: Lee, S-A Ano: 2011 Local: Shanghai Revista: <i>British Journal Nutrition</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Dietary patterns and blood pressure among middle-aged and elderly Chinese men in Shanghai”</p>	39.252	Homens com idade entre 40 e 74 anos que participaram do estudo de coorte Shanghai Men's Health Study (SMHS)	Entrevista com Questionário estruturado (QFA) Pré hipertensão foi definida como sistólica ≥ 120 a < 140 mm Hg ou diastólica ≥ 80 a < 90 mm Hg. HAS foi definida como sistólica $BP \geq 140$ ou diastólica $BP \geq 90$	Idade, escolaridade, fumo, álcool e atividade física.	Comportamento alimentar e pressão sanguínea	Dieta com frutas e leite foi inversamente associada com a pressão sistólica e diastólica. A pressão arterial diminuiu em homens que consomem frutas e leite. O comportamento alimentar de consumir frutas e verduras diminuiu a prevalência de pré hipertensão, bem como de hipertensão.
<p>Autor: Imuro, S Ano: 2012 Local: Japão Revista: <i>Geriatrics Gerontology International</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“Dietary pattern and mortality in Japanese elderly patients with type 2 diabetes mellitus: Does a vegetable- and fish-rich diet improve mortality? An explanatory study”</p>	912	Idosos Japoneses com diabetes tipo 2 pertencentes ao J-EDIT estudo	Questionário de frequência alimentar	História da doença, peso, altura circunferência da cintura e do quadril. Análise bioquímica do sangue	Efeito dos padrões alimentares sobre a mortalidade geral por diabetes em japoneses.	Os indivíduos foram estratificados em três grupos de acordo com o comportamento alimentar Grupo. A maioria dos diabéticos estudados apresentou o comportamento alimentar considerado “saúdavel”, com grande consumo de vegetais verdes e amarelos, cogumelos, em ordem decrescente os diabéticos foram classificados ainda como grupo com alta ingestão de gordura e menor número os que consumiam doces em excesso, baixa ingestão de grão e alto consumo “lanches”.
<p>Autor: Oliveira, E Ano: 2012 Local: Botucatu-SP Revista: <i>Arquivo Brasileiro de Cardiologia</i> Tipo de estudo: Transversal</p> <p>“A Variedade da Dieta é Fator Protetor para a Pressão Arterial Sistólica Elevada”</p>	335	Adultos entre 44 e 65 anos de ambos os sexos, com ou sem HAS, participantes de um programa de mudança de estilo de vida	Coleta de sangue, peso, altura, IMC, Bioimpedância, recordatório de 24 horas, pressão arterial	Sexo, idade, IMC, VCT	Dieta como fator protetor para HAS Protetor para desenvolvimento da doença e para controle?	A variedade da dieta, consumir mais que 8 tipos diferentes de alimentos, produziu um efeito protetor sobre a Pressão arterial, houve associação positiva com resultados estatisticamente significativos para dieta com ingestão de hortaliças, frutas, fibras e laticínios e uma correlação negativa com leguminosas, carnes e cereais .
<p>Autor: Wedick, N Ano: 2012 Local: USA Revista: <i>The American Journal Clinical Nutrition</i> Tipo de estudo: Longitudinal</p> <p>“Dietary flavonoid intakes and risk of type 2 diabetes in US men and women”</p>	79.359	Homens e mulheres com média de idade de 30 a 55 anos, pertencentes a um estudo de Coorte NHS, NHS II e HPFS	Questionário de frequência alimentar	Peso, tabagismo, historia familiar de DM, atividade física	Ingestão de flavonóides e risco de diabetes tipo 2	Nas 3 coortes o maior consumo de antocianinas foi associado a um menor risco de desenvolvimento de DM tipo 2. Não foram encontradas associações significativas para outros flavonóides ou subclasses dos mesmos.

*HAS =Hipertensão Arterial Sistêmica; *DM= Diabetes Mellitus*IMC =Índice de Massa Corporal; *VCT= Valor Calórico Total *DCNT= Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Anexo 2

(Questionário: primeira versão)

BLOCO A

Número de identificação ____
Nome completo: _____
Endereço: _____
Data da entrevista: __/__/____
Entrevistador: (1) Jhonny Schmidt (2) Marlise Pellenz

AID ____
ADE
____/____/____
AENT __

Doença presente: (1) Hipertensão apenas (2) Diabetes apenas (3) Hipertensão e Diabetes

ADOEN __

A01)Qual é a sua idade? ____ anos completos
A02)Qual é sua data de nascimento? __/__/____

AIDADE ____
ANASC
____/____/____

As perguntas A03 e A04 devem ser apenas observadas pelo entrevistador

A03) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela
(4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____

ACORPEL __

A04) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino

ASEXO __

A05)O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?
(0) Não →Pule para a questão A07
(1) Sim
(2) Só assina →Pule para a questão A07
(9) IGN

ASABLER __

A06)Até que série o(a) Sr.(a) estudou?
Anotação: _____
(codificar após encerrar o questionário)
Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA

AESCOLA ____

A07)Qual a sua situação conjugal?
(1) Casado(a) ou mora com companheiro(a)
(2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a)
(3) Separado(a)
(4) Viúvo(a)

ASITCONJ __

A08)Qual a sua cor ou raça?
(1) Branca (2) Preta (3) Amarela
(4) Indígena (5) Parda

ACORPELE __

A09)Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?
(1) Excelente
(2) Muito boa
(3) Boa
(4) Regular
(5) Ruim
(9) IGN

AUTOSAU __

<p>A10) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta)? ___ __ anos ___ __ meses (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATHASA ___ __ ATHASM ___ __</p>
<p>A11) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue)? ___ __ anos ___ __ meses (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATDMA ___ __ ATDMM ___ __</p>
<p>A12) Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>AFHAS __</p>
<p>A13) Alguém na sua família tem diabetes (açúcar no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>AFDM __</p>
BLOCO B	
AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUILO (A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.	
<p>Sobre aparelhos que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem:</p>	
<p>B01) Aspirador de pó?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BASP</i> ___</p>
<p>B02) Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BLAV</i> ___</p>
<p>B03) Videocassete ou DVD?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BDVD</i> ___</p>
<p>B04) Geladeira?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BGELA</i> ___</p>
<p>B05) Freezer ou geladeira duplex?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BFREE</i> ___</p>
<p>B06) Forno de microondas?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BMOND</i> ___</p>
<p>B07) Microcomputador?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BCPU</i> ___</p>
<p>B08) Telefone fixo? (convencional)</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN <i>BTELSN</i> ___</p>
<p>Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos?</p>	
<p>B09) Rádio</p>	<p>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>BRAD</i> ___</p>
<p>B10) Televisão preto e branco</p>	<p>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>BTVPB</i> ___</p>
<p>B11) Televisão colorida</p>	<p>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>BTVCOL</i> ___</p>
<p>B12) Automóvel (somente de uso particular)</p>	<p>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>BAUTO</i> ___</p>
<p>B13) Aparelho de ar condicionado <i>(se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)</i></p>	<p>(0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>BARCON</i> ___</p>

B14)Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) Um (2) Dois ou mais (9) IGN	BEMPR __
B15)O(A) Sr.(a) é o chefe da família? (0) Não (1) Sim →Pule para o próximo bloco (9) IGN	BCHEF __
B16)Quem é o chefe da família? _____ (colocar o parentesco com o entrevistado)	BCHEFE __
B17)Até que série o <chefe da família> estudou? Anotação: _____ (codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA	BESCHEFE __

BLOCO C

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.

C01)Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre? (0) Não (1) Sim →Pule para a próxima orientação	CALIMS __
C02)Qual foi o motivo? _____ (Se responder essa pergunta, encerre o questionário aqui)	CMOT __

PENSE DESDE <dia da semana> DA SEMANA PASSADA.

Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu ou tomou <alimentos>?		
Alimentos	Dias	
C03)Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	CSCRUA __
C04)Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc., <u>menos</u> batata e mandioca)	01 2 3 4 5 6 7	CLVC __
C05) Frutas frescas ou salada de frutas	01 2 3 4 5 6 7	CFFSF __
C06)Feijão	01 2 3 4 5 6 7	CF __
C07)Leite ou iogurte	01 2 3 4 5 6 7	CLD __
C08)Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	CFRIT __
C09)Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	CEMB __
C10)Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	01 2 3 4 5 6 7	CBOLS __
C11)Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)	01 2 3 4 5 6 7	CBOLD __
C12)Refrigerante <u>normal</u>	01 2 3 4 5 6 7	CREF __

<p>C13)O(A) Sr.(a) já recebeu recomendação de alguém para sua alimentação?</p> <p>(0) Não (1) Sim → De quem? (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Dentista (5) Familiar (6) Outro: _____</p>	<p><i>CREC</i> __</p> <p><i>CRECPROF</i> __</p>
<p>C14)O(A) Sr.(a) costuma colocar sal no alimento pronto na hora de comer?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p><i>CSAL</i> ____</p>
<p>C15)Que tipo de gordura o(a) Sr.(a) usa para cozinhar?</p> <p>(1) Óleo vegetal (2) Banha (3) Óleo vegetal e banha (4) Outro: _____ (5) IGN</p>	<p><i>CGOR</i> __</p>

Anexo 3

(Manual de Instruções: primeira versão)

Universidade Federal de Pelotas

Departamento de Medicina Social

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseado em Evidências



MANUAL DE INSTRUÇÕES

Pelotas, 2013

MESTRANDA

Kelli Destri

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Mestranda em Saúde Pública Baseada em Evidências (UFPel)

CONTATOS

Telefone (54) 9179-2251

E-mail: kellidestri@yahoo.com.br

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1.Introdução

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá e carteira de identidade;
- ✓ Termo de consentimento informado;
- ✓ Manual de instruções;
- ✓ Lápis, borracha e apontador;
- ✓ Bloco de anotações.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

1.2. Critérios de inclusão no estudo

- ✓ Indivíduos adultos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no SIAB do município, moradores da zona urbana e rural de Nova Boa Vista-RS

1.3. Critérios de exclusão do estudo

- ✓ Indivíduos com idade inferior a 18 anos
- ✓ Indivíduos acamados sem possibilidade de se comunicar e/ou cujo cuidador não saiba relatar o consumo alimentar
- ✓ Indivíduos em condições médicas agudas que tenham influenciado na ingestão alimentar da última semana
- ✓ Hospitalização no momento da entrevista
- ✓ Alimentação por sonda

OBSERVAÇÃO: Quando não for possível realizar a entrevista colete todas as informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc.) no BLOCO A e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Em relação a pessoas mudas e surdas, leia as questões com as alternativas de frente para a pessoa para que ela possa ler os seus lábios e, depois, peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

1.4. Definições

1.4.1. Chefe da família

Aquela pessoa que se auto intitula chefe da família ou a pessoa que a dona de casa indicar como sendo o chefe da família.

2. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

2.1. Entrevista

A seguir, serão dadas recomendações que se referem ao **Código de Conduta do Entrevistador**.

- ✓ Procure apresentar-se de forma simples. Não use roupas inadequadas, como saias curtas, blusas decotadas, roupas muito justas ou transparentes. Se usar óculos escuros, retire-os quando bater no domicílio.
- ✓ Não masque chicletes, nem coma ou beba durante a entrevista. Não fume enquanto estiver em contato com o participante do estudo, mesmo que ele ofereça.
- ✓ Sempre esteja usando o seu crachá de identificação.
- ✓ Seja educado e gentil, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. É muito importante causar uma boa impressão para estas pessoas.
- ✓ Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- ✓ Não se esqueça de levar o material para o trabalho a ser realizado no dia. Sempre tenha um pouco mais de material para prevenir possíveis eventos desfavoráveis
- ✓ Tenha à mão o seu Manual de Instruções e consulte, sempre que necessário, no momento da entrevista. Não deixe para olhar o manual depois de terminar a entrevista!

Quando o entrevistador chegar ao domicílio. O que fazer?

1. Quando chegar em frente à casa, deverá bater e aguardar até que alguém apareça para recebê-lo;
2. Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa;
3. Caso não tenha ninguém em casa, pergunte pelo menos a dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário para encontrá-lo em casa. A entrevista poderá ser agendada por telefone ou o entrevistador deverá retornar outro dia no horário fornecido pelo vizinho;
4. Se não tiver nenhuma informação do morador, voltar em horário diferente da primeira visita;

5. Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade Federal de Pelotas e que apenas gostaria de conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada;
6. Mostre a sua identificação, apresente-se;
7. Trate todos os participantes adultos por Sr. ou Sra., sempre demonstrando respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratado de outra forma.
8. Sempre chame o (a) entrevistado (a) pelo nome. Por exemplo: “Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora”. Nunca chame de tio, tia, vô ou vó, pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.
9. Em alguns momentos da entrevista, chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. É uma forma de ganhar a atenção dele e demonstrar simpatia da sua parte.
10. Leia as perguntas para o (a) entrevistado (a) tal como está escrito. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se ele ainda não entender, recorra à instrução específica da pergunta no manual de instruções.

IMPORTANTE: não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas.

2.2. Recusas

- ✓ Em caso de recusa, anotar no questionário e no bloco de anotações. Porém, **NÃO desistir antes de três tentativas em dias e horários diferentes**, pois a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra pessoa.
- ✓ Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado e não perca a paciência com o participante.
- ✓ **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o participante. Possivelmente, em outro momento a pessoa poderá responder ao questionário.

- ✓ Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc.) com algum familiar.
- ✓ Em caso de recusa, anote no questionário e no bloco de anotações. Passe a informação para seu supervisor.

IMPORTANTE: Quando o(a) entrevistado(a) não responder um questionário por qualquer outro motivo que não seja recusa, este participante não será considerado perda.

2.3. Preenchimento dos questionários

- ✓ Cuide bem de seu material.
- ✓ Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- ✓ Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente segura de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado (a).
- ✓ Ao final do questionário não se deve voltar à questões anteriores, portanto, preste muita atenção para não pular nenhuma questão e não passe para questões seguintes se permanecer qualquer tipo de dúvida com relação à resposta do(a) entrevistado(a).
- ✓ Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com o respondente e, se necessário, anote o número do questionário e a resposta por extenso no diário de campo e apresente o problema ao supervisor.
- ✓ Use o bloco de anotações para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- ✓ As instruções escritas em letras *minúsculas e itálico* servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o (a) entrevistado(a).
- ✓ Todas as frases em letras **minúsculas e negrito** devem ser lidas ao(a) entrevistado(a) e as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas.
- ✓ Quando houver algo escrito entre aspas (“-”), é necessário ênfase durante a leitura.

- ✓ Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica obtida no manual de instruções), com o cuidado de não induzir a resposta.

LEMBRE-SE:

- ✓ **NÃO SE APLICA (NSA):** Este código (alternativa) deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso.
- ✓ **IGNORADA (IGN):** Quando houver a alternativa IGN, esta deve ser usada quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso no diário e discutir com o supervisor. Use a resposta “ignorada” somente em último caso.

3. QUESTIONÁRIO

3.1. Bloco A → Identificação, dados gerais e de saúde

Neste primeiro bloco as questões de identificação que antecedem a questão A01 devem ser preenchidas antes da entrevista, com base nos dados fornecidos pelo registro do SIAB. Não preencher o número de identificação!

PERGUNTA A01. Qual é a sua idade?__ __

Preencher a idade em anos completos até o momento da entrevista

PERGUNTA A02. Qual é a sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __ __ __

Colocar a idade em dia/mês/ano. Quando houver data diferente entre o documento e a data real, completar com a data real informada pela pessoa. Caso a pessoa não saiba informar a data corretamente dia, mês ou ano, pedir algum documento de identificação e anotar conforme o documento.

PERGUNTAS A03 E A04. Referentes à cor da pele e sexo. Devem ser apenas observadas pelo entrevistador e anotadas no questionário.

PERGUNTA A05. O (A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

0-Não

1-Sim

2-Só assina

9-IGN

Nesta questão a pessoa tem que saber ler e também escrever. Caso saiba somente escrever ou somente ler deve ser selecionado a alternativa “0-Não”. No caso da resposta ser “0-Não” ou “2-Só assina” pular para questão A07.

PERGUNTA A06. Até que série o (a) Sr.(a) estudou?

Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida sobre até que série estudou (por exemplo: acho que foi 3ª ou 4ª série), peça que ele(a) pense bem e escolha uma resposta entre essas duas e marque no questionário. Quando o entrevistado ficar muito em dúvida e a resposta parecer pouco confiável, anote em seu bloco de anotações e converse com o supervisor.

PERGUNTA A07. Qual a sua situação conjugal?

1-Casado (a)/com companheiro(a)

2-Solteiro (a)/sem companheiro(a)

3-Separado (a)

4-Viúvo (a)

Aguarde a resposta do (a) entrevistado(a) e selecione a alternativa adequada. Caso o entrevistado não saiba responder, por exemplo, judicialmente é viúvo ou separado, mas mora com companheiro anotar a situação conjugal atual, ou seja, como ele se considera.

PERGUNTA A08. Qual a sua cor ou raça?

- 1-**Branca**
- 2-**Preta**
- 3-**Amarela**
- 4-**Indígena**
- 5-**Parda**

Leia todas as opções para o (a) entrevistado (a) e assinale a alternativa correspondente.

PERGUNTA A09. Como o (a) Sr.(a) considera sua saúde?

- 1-**Excelente**
- 2-**Muito boa**
- 3-**Boa**
- 4-**Regular**
- 5-**Ruim**
- 9-IGN

As opções de resposta devem ser lidas para o (a) entrevistado(a) (palavras em negrito).

Caso o (a) entrevistado (a) pergunte **COMPARADO COM QUEM?** Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

Se o (a) entrevistado(a) responder **DEPENDE**, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente da seguinte forma:

Na maior parte do tempo, o (a) Sr.(a) considera sua saúde:

- 1-**Excelente**
- 2-**Muito boa**
- 3-**Boa**
- 4-**Regular**
- 5-**Ruim**

PERGUNTA A10. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta)?

Esperar que o entrevistado responda em meses ou em anos. Caso o entrevistado fique em dúvida entre duas respostas, por exemplo, “uns dois ou três anos” repetir a pergunta com mais ênfase, se ainda assim o entrevistado não souber responder insistir na pergunta: “Então quanto tempo o (a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta), dois ou três anos?”

Se o entrevistado responder, por exemplo, “dois anos” e não referir tempo em meses, preencher com zeros (00) na opção meses. Não deixe nenhuma resposta em branco!

PERGUNTA A11. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?

Esperar que o entrevistado responda em meses ou em anos. Caso o entrevistado fique em dúvida entre duas respostas, por exemplo, “uns dois ou três anos” repetir a pergunta com mais ênfase, se ainda assim o entrevistado não souber responder insistir na pergunta: “Então quanto tempo o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue), dois ou três anos?”

Se o entrevistado responder, por exemplo, “dois anos” e não referir tempo em meses, preencher com zeros (00) na opção meses. Não deixe nenhuma resposta em branco!

PERGUNTA A12. Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Após a leitura da pergunta você pode fornecer algum exemplo de quem seriam pessoas da família (pai, mãe, primos, tios, avós, etc.)

PERGUNTA A13. Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Após a leitura da pergunta você pode fornecer algum exemplo de quem seriam pessoas da família (pai, mãe, primos, tios, avós, etc.)

3.2. Bloco B: características socioeconômicas

INSTRUÇÃO: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUILO (A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

Considerar os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente;
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses;
- Bem quebrado há menos de 6 meses.

Não considerar os seguintes casos:

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses;
- Bem quebrado há mais de 6 meses;
- Bem alugado em caráter eventual;
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

PERGUNTA B01. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem aspirador de pó?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

PERGUNTA B02. Na sua casa o (a) Sr. (a) tem máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

Após o entrevistado fornecer a resposta, questione-o sobre o tipo de máquina de lavar, se for tanquinho não considere.

PERGUNTA B03. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem videocassete ou dvd?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

PERGUNTA B04. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem geladeira?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

PERGUNTA B05. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem freezer ou geladeira duplex?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do(a) entrevistado(a) e selecione a alternativa.

Lembre que geladeira duplex é aquela que tem duas portas, com o freezer na parte de cima (não é congelador) e a geladeira na parte de baixo. Se for necessário, questione melhor o entrevistado sobre o tipo de geladeira.

PERGUNTA B06. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem forno de microondas?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

PERGUNTA B07. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem microcomputador?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

PERGUNTA B08. Na sua casa o (a) Sr.(a) tem telefone fixo? (convencional)

0-Não

1-Sim

9-IGN

Aguarde a resposta do (a) entrevistado (a) e selecione a alternativa.

Nas perguntas a seguir (**B09 a B13**), se o(a) entrevistado(a) responder que não possui o bem especificado você deve marcar a opção “0-zero. Se o(a) entrevistado(a) não souber informar a resposta, marque “9-IGN”.

PERGUNTA B09. Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem rádio? Quantos?

0-Zero

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro ou mais

9-IGN

PERGUNTA B10. Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem televisão preto e branco? Quantos?

0-Zero

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro ou mais

9-IGN

PERGUNTA B11. Na sua casa, o (a) Sr.(a) tem televisão colorida? Quantos?

0-Zero

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro ou mais

9-IGN

PERGUNTA B12. Na sua casa, o (a) Sr.(a) tem automóvel? Quantos? (Somente de uso particular)

0-Zero

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro ou mais

9-IGN

PERGUNTA B13. Na sua casa, o (a) Sr.(a) tem aparelho de ar condicionado? Quantos? *(Se ar condicionado central selecione o número de cômodos servidos)*

0-Zero

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro ou mais

9-IGN

PERGUNTA B14. Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos?

0-Não

1-Um

2-Dois ou mais

9-IGN

Será considerado empregado (a) mensalista aquele/aquela que trabalha pelo menos 5 dias na semana.

PERGUNTA B15. O (a) Sr.(a) é o chefe da família?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Se o entrevistado perguntar qual é a definição de chefe de família, responder que é quem a pessoa acha que é o chefe, ou seja, quem ela define como chefe da família.

PERGUNTA B16. Quem é chefe da família?

Colocar o nome e o parentesco com o entrevistado

PERGUNTA B17. Até que série o <chefe da família> estudou?

Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida sobre até que série estudou (por exemplo: acho que foi 3ª ou 4ª série), peça que ele(a) pense bem e escolha uma resposta entre essas duas e marque no questionário. Quando o entrevistado ficar muito em dúvida e a resposta parecer pouco confiável, anote em seu bloco de anotações e converse com o supervisor.

3.3. Bloco C: Alimentação

INSTRUÇÃO. AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.

PERGUNTA C01. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre?

0-Não

1-Sim →Pule para questão C03

Onde está escrito <dia da semana> você deve substituir pelo dia da semana em que a entrevista está sendo realizada. Exemplo: Se a entrevista está sendo realizada na quarta-feira, pergunte: “Desde quarta-feira da semana passada até hoje o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre?”

PERGUNTA C02. Qual o motivo?

O objetivo das perguntas C01 e C02 é saber se na última semana o entrevistado teve uma alimentação normal, como de costume. Se na última semana o entrevistado esteve viajando, por exemplo, é provável que a alimentação não tenha sido como sempre. Nesse caso, encerre o questionário aqui e registre no seu bloco de anotações essas informações. Em seguida repasse para seu supervisor. Esse indivíduo será procurado em um segundo momento para responder as perguntas sobre alimentação.

Se o entrevistado referir que na última semana sua alimentação não foi como de costume por algum motivo de doença aguda como diarreia, vômito, problemas estomacais ou alguma doença gastrointestinal crônica que faça com que a alimentação do indivíduo seja diferenciada, encerre o questionário aqui, anote no bloco de anotações e repasse para seu supervisor.

PERGUNTA C02. Qual o motivo? _____

INSTRUÇÃO: PENSE DESDE <dia da semana> DA SEMANA PASSADA.

Onde está escrito <dia da semana> você deve substituir pelo dia da semana em que a entrevista está sendo realizada. Exemplo: Se a entrevista está sendo realizada na quarta-feira, diga: “PENSE DESDE QUARTA-FEIRA DA SEMANA PASSADA”.

INSTRUÇÃO: Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias(a) Sr.(a) comeu<alimento>?

Para cada item alimentar você deve fazer a pergunta acima, substituindo o que está em <itálico> pelo alimento equivalente.

PERGUNTA C03.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias(a) Sr.(a) comeusalada crua como alface, tomate, cenoura, pepino, repolho?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C04.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias(a) Sr.(a) comeulegumes e verduras cozidos como couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, menos batata e mandioca?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C05.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias(a) Sr.(a) comeufrutas frescas ou salada de frutas?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C06. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **feijão**?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C07. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) **tomou leite ou iogurte**?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C08. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **batata frita, batata de pacote ou salgados fritos como coxinha, quibe, pastel**?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C09. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **hambúrguer ou embutidos como salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça**?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C10. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote**?

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C11. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas ou chocolates**?

01 2 3 4 5 6 7

Considere chocolate em barra ou bombom.

PERGUNTA C12. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) **tomou refrigerante normal**?

01 2 3 4 5 6 7

Não considere refrigerante diet ou light.

Todas as opções de resposta variam de ZERO (nenhum dia na última semana) até SETE (todos os dias da última semana). Muitas vezes os indivíduos referem a expressão “todos os dias”, mesmo sendo questionados sobre o NÚMERO DE DIAS (em números) na última semana. Nesses casos, quando o entrevistado disser que comeu ou bebeu algum dos alimentos acima “todos os dias” perguntar em seguida: Inclusive no sábado e no domingo?

PERGUNTA C13. O(a) Sr.(a) já recebeu recomendação de alguém para sua alimentação?

0-Não → *Pule para a pergunta C14*

1-Sim → De quem?

1-Médico

2-Nutricionista

3-Enfermeiro

4-Dentista

5-Familiar

6-Outro: _____

PERGUNTA C14. O(A) Sr.(a) costuma colocar sal no alimento pronto na hora de comer?

0-Não

1-Sim

PERGUNTA C15. Que tipo de gordura o(a) Sr.(a) usa para cozinhar?

1-Óleo vegetal

2-Banha

3-Óleo vegetal e banha

4-Outro: _____

5-IGN

Anexo 4

(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)



Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós Graduação em Epidemiologia



Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um estudo sobre marcadores de consumo alimentar em hipertensos e diabéticos de Nova Boa Vista-RS.

Justificativa e objetivos: Sabendo-se que o consumo alimentar é um dos principais mecanismos de controle, tratamento e manejo da HAS e do DM, o presente estudo pretende descrever os marcadores de consumo alimentar dessa população.

Procedimentos a serem realizados: Você será abordado sobre o seu consumo alimentar através de perguntas cujo questionário é composto por dez questões e tem o objetivo de identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias.

Confidencialidade: Todas as informações deste trabalho serão utilizadas somente para a pesquisa e os dados de identificação não serão divulgados. Somente o pesquisador e os entrevistadores terão conhecimento dos dados.

Você poderá desistir de participar do trabalho a qualquer momento, sem precisar de justificativa. Também terá a garantia de serem esclarecidas quaisquer dúvidas sobre o trabalho. Sua participação é voluntária, porém de grande importância para nós. Deste modo, se você está esclarecido sobre a pesquisa e se concordar, solicitamos que assine ao final deste documento.

Se necessitar maiores informações entre em contato com a mestrande KelliDestri pelo fone: (54) 9179-2251

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Entrevistado _____ Nova Boa Vista ____/____/____

ASS: _____

Anexo 5

(Questionário: versão final)

BLOCO A

Número de identificação _____

AID _____

Nome completo: _____

Endereço: _____

ADE

Data da entrevista: ___/___/_____

___/___/_____

Entrevistador: (1) Jhonny Schmidt (2) MarlisePellenz

AENT ___

Doença presente: (1) Hipertensão apenas (2) Diabetes apenas (3) Hipertensão e Diabetes

ADOEN ___

A01)Qual é a sua idade? ___ anos completos

AIDADE _____

ANASC

A02)Qual é sua data de nascimento? ___/___/_____

___/___/_____

As perguntas A03 e A04 devem ser apenas observadas pelo entrevistador

A03) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela
(4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____

ACORPEL ___

A04) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

ASEXO ___

A05)O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

ASABLER ___

(0) Não →Pule para a questão A07

(1) Sim

(2) Só assina →Pule para a questão A07

(9) IGN

A06)Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

AESCOLA ___

Anotação: _____

(codificar após encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: ___ anos (88) NSA

A07)Qual a sua situação conjugal?

ASITCONJ ___

(1) Casado(a) ou mora com companheiro(a)

(2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a)

(3) Separado(a)

(4) Viúvo(a)

A08)Qual a sua cor ou raça?

ACORPELE ___

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela(4) Indígena (5) Parda

A09)Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?

AUTOSAU ___

(1) Excelente

(2) Muito boa

(3) Boa

(4) Regular

(5) Ruim

(9) IGN

<p>A10) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta)? ___ __ anos ___ __ meses (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATHASA ___ __ ATHASM ___ __</p>
<p>A11) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue)? ___ __ anos ___ __ meses (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATDMA ___ __ ATDMM ___ __</p>
<p>A12) Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>AFHAS __</p>
<p>A13) Alguém na sua família tem diabetes (açúcar no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>AFDM __</p>
BLOCO B	
AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA DA FAMÍLIA.	
<p>B01) No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? <i>(se houver mais pessoas recebendo, acrescentar o salário destas ao da PESSOA 4)</i> <i>(Não anotar centavos. 9-----9 = IGN)</i> PESSOA 1R\$ _____ POR MÊS PESSOA 2R\$ _____ POR MÊS PESSOA 3R\$ _____ POR MÊS PESSOA 4R\$ _____ POR MÊS B02) A família tem outra fonte de renda? FONTE 1 R\$ _____ POR MÊS FONTE 2 R\$ _____ POR MÊS</p>	<p>BREND1 _____ BREND2 _____ BREND3 _____ BREND4 _____ BOUTR1 _____ BOUTR2 _____</p>
BLOCO C	
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.	
<p>C01) Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre? (0) Não (1) Sim → <i>Pule para a próxima orientação</i></p>	<p>CALIMS __</p>
<p>C02) Qual foi o motivo? _____ <i>(Se responder essa pergunta, encerre o questionário aqui)</i></p>	<p>CMOT __</p>

PENSE DESDE <dia da semana> DA SEMANA PASSADA.

Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o (a) Sr.(a) comeu ou tomou <alimentos>?

Alimentos	Dias	
C03)Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	<i>CSCRUA</i> __
C04)Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc., <u>menos</u> batata e mandioca)	01 2 3 4 5 6 7	<i>CLVC</i> __
C05) Frutas frescas ou salada de frutas	01 2 3 4 5 6 7	<i>CFFSF</i> __
C06)Feijão	01 2 3 4 5 6 7	<i>CF</i> __
C07)Leite ou iogurte	01 2 3 4 5 6 7	<i>CLD</i> __
C08)Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	<i>CFRIT</i> __
C09)Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)	01 2 3 4 5 6 7	<i>CEMB</i> __
C10)Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	01 2 3 4 5 6 7	<i>CBOLS</i> __
C11)Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)	01 2 3 4 5 6 7	<i>CBOLD</i> __
C12)Refrigerante <u>normal</u>	01 2 3 4 5 6 7	<i>CREF</i> __
C13)O(A) Sr.(a) já recebeu recomendação de alguém para sua alimentação? (0) Não (1) Sim → De quem? (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Dentista (5) Familiar (6) Outro: _____		<i>CREC</i> __ <i>CRECPROF</i> __

Anexo 6

(Manual de Instruções: versão final)

Universidade Federal de Pelotas

Departamento de Medicina Social

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseado em Evidência



MANUAL DE INSTRUÇÕES

Pelotas, 2013

MESTRANDA

KelliDestri

Nutricionista formada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Mestranda em Saúde Pública Baseada em Evidências (UFPel)

CONTATOS

Telefone (54) 9179-2251

E-mail: kellidestri@yahoo.com.br

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1.Introdução

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá e carteira de identidade;
- ✓ Termo de consentimento informado;
- ✓ Manual de instruções;
- ✓ Lápis, borracha e apontador;
- ✓ Bloco de anotações.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

1.2. Critérios de inclusão no estudo

- ✓ Indivíduos adultos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no SIAB do município, moradores da zona urbana e rural de Nova Boa Vista-RS

1.3. Critérios de exclusão do estudo

- ✓ Indivíduos com idade inferior a 18 anos
- ✓ Indivíduos acamados sem possibilidade de se comunicar e/ou cujo cuidador não saiba relatar o consumo alimentar
- ✓ Indivíduos em condições médicas agudas que tenham influenciado na ingestão alimentar da última semana
- ✓ Hospitalização no momento da entrevista
- ✓ Alimentação por sonda

OBSERVAÇÃO: Quando não for possível realizar a entrevista colete todas as informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc.) no BLOCO A e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Em relação a pessoas mudas e surdas, leia as questões com as alternativas de frente para a pessoa para que ela possa ler os seus lábios e, depois, peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

2. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

2.1. Entrevista

A seguir, serão dadas recomendações que se referem ao **Código de Conduta do Entrevistador**.

- ✓ Procure apresentar-se de forma simples. Não use roupas inadequadas, como saias curtas, blusas decotadas, roupas muito justas ou transparentes. Se usar óculos escuros, retire-os quando bater no domicílio.
- ✓ Não masque chicletes, nem coma ou beba durante a entrevista. Não fume enquanto estiver em contato com o participante do estudo, mesmo que ele ofereça.
- ✓ Sempre esteja usando o seu crachá de identificação.

- ✓ Seja educado e gentil, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. É muito importante causar uma boa impressão para estas pessoas.
- ✓ Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- ✓ Não se esqueça de levar o material para o trabalho a ser realizado no dia. Sempre tenha um pouco mais de material para prevenir possíveis eventos desfavoráveis
- ✓ Tenha à mão o seu Manual de Instruções e consulte, sempre que necessário, no momento da entrevista. Não deixe para olhar o manual depois de terminar a entrevista!

Quando o entrevistador chegar ao domicílio... O que fazer?

1. Quando chegar em frente à casa, deverá bater e aguardar até que alguém apareça para recebê-lo;
2. Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa;
3. Caso não tenha ninguém em casa, pergunte pelo menos a dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário para encontrá-lo em casa. A entrevista poderá ser agendada por telefone ou o entrevistador deverá retornar outro dia no horário fornecido pelo vizinho;
4. Se não tiver nenhuma informação do morador, voltar em horário diferente da primeira visita;
5. Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade Federal de Pelotas e que apenas gostaria de conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada;
6. Mostre a sua identificação, apresente-se;
7. Trate todos os participantes adultos por Sr. ou Sra., sempre demonstrando respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratado de outra forma.
8. Sempre chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. Por exemplo: “Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora”. Nunca chame de tio, tia, vô ou vó, pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.
9. Em alguns momentos da entrevista, chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. É uma forma de ganhar a atenção dele e demonstrar simpatia da sua parte.

10. Leia as perguntas para o(a) entrevistado(a) tal como está escrito. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se ele ainda não entender, recorra à instrução específica da pergunta no manual de instruções.

IMPORTANTE: não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas.

2.2. Recusas

- ✓ Em caso de recusa, anotar no questionário e no bloco de anotações. Porém, **não desistir antes de três tentativas em dias e horários diferentes**, pois a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra pessoa.
- ✓ Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado e não perca a paciência com o participante.
- ✓ **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o participante. Possivelmente, em outro momento a pessoa poderá responder ao questionário.
- ✓ Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc.) com algum familiar.
- ✓ Em caso de recusa, anote no questionário e no bloco de anotações. Passe a informação para seu supervisor.

IMPORTANTE: Quando o(a) entrevistado(a) não responder um questionário por qualquer outro motivo que não seja recusa, este participante não será considerado perda.

2.3. Preenchimento dos questionários

- ✓ Cuide bem de seu material.
- ✓ Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.

- ✓ Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente segura de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado(a).
- ✓ Ao final do questionário não se deve voltar às questões anteriores, portanto, preste muita atenção para não pular nenhuma questão e não passe para questões seguintes se permanecer qualquer tipo de dúvida com relação à resposta do(a) entrevistado(a).
- ✓ Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com o respondente e, se necessário, anote o número do questionário e a resposta por extenso no diário de campo e apresente o problema ao supervisor.
- ✓ Use o bloco de anotações para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.
- ✓ As instruções escritas em letras *minúsculas e itálico* servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o (a) entrevistado(a).
- ✓ Todas as frases em letras **minúsculas e negrito** devem ser lidas ao(a) entrevistado(a) e as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas.
- ✓ Quando houver algo escrito entre aspas (“-”), é necessário ênfase durante a leitura.
- ✓ Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica obtida no manual de instruções), com o cuidado de não induzir a resposta.

LEMBRE-SE:

- ✓ **NÃO SE APLICA (NSA):** Este código (alternativa) deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso.
- ✓ **IGNORADA (IGN):** Quando houver a alternativa IGN, esta deve ser usada quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso no diário e discutir com o supervisor. Use a resposta “ignorada” somente em último caso.

3. QUESTIONÁRIO

3.1. Bloco A → Identificação, dados gerais e de saúde

Neste primeiro bloco as questões de identificação que antecedem a questão A01 devem ser preenchidas antes da entrevista, com base nos dados fornecidos pelo registro do SIAB. Não preencher o número de identificação!

PERGUNTA A01. Qual é a sua idade?__ __

Preencher a idade em anos completos até o momento da entrevista

PERGUNTA A02. Qual é a sua data de nascimento? __ __ / __ __ / __ __ __ __

Colocar a idade em dia/mês/ano. Quando houver data diferente entre o documento e a data real, completar com a data real informada pela pessoa. Caso a pessoa não saiba informar a data corretamente dia, mês ou ano, pedir algum documento de identificação e anotar conforme o documento.

PERGUNTAS A03 E A04.Referentes à cor da pele e sexo.Devem ser apenas *observadas* pelo entrevistador e anotadas no questionário.

PERGUNTA A05. O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

0-Não

1-Sim

2-Só assina

9-IGN

Nesta questão a pessoa tem que saber ler e também escrever. Caso saiba somente escrever ou somente ler deve ser selecionado a alternativa “0-Não”. No caso da resposta ser “0-Não” ou “2-Só assina” pular para questão A07.

PERGUNTA A06. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida sobre até que série estudou (por exemplo: acho que foi 3ª ou 4ª série), peça que ele(a) pense bem e escolha uma resposta entre essas duas e marque no questionário. Quando o entrevistado ficar muito em dúvida e a resposta parecer pouco confiável, anote em seu bloco de anotações e converse com o supervisor.

PERGUNTA A07. Qual a sua situação conjugal?

- 1-Casado(a)/com companheiro(a)
- 2-Solteiro(a)/sem companheiro(a)
- 3-Separado(a)
- 4-Viúvo(a)

Aguarde a resposta do(a) entrevistado(a) e selecione a alternativa adequada. Caso o entrevistado não saiba responder, por exemplo, judicialmente é viúvo ou separado, mas mora com companheiro anotar a situação conjugal atual, ou seja, como ele se considera.

PERGUNTA A08. Qual a sua cor ou raça?

- 1-Branca
- 2-Preta
- 3-Amarela
- 4-Indígena
- 5-Parda

Leia todas as opções para o(a) entrevistado(a) e assinale a alternativa correspondente.

PERGUNTA A09. Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?

- 1-Excelente
- 2-Muito boa
- 3-Boa
- 4-Regular
- 5-Ruim
- 9-IGN

As opções de resposta devem ser lidas para o(a) entrevistado(a) (palavras em negrito).

Caso o(a) entrevistado(a) pergunte **COMPARADO COM QUEM?** Peça para ele se comparar com alguém de mesma idade.

Se o(a) entrevistado(a) responder **DEPENDE**, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente da seguinte forma:

Na maior parte do tempo, o(a) Sr.(a) considera sua saúde:

1-Excelente

2-Muito boa

3-Boa

4-Regular

5-Ruim

PERGUNTA A10. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta)?

Esperar que o entrevistado responda em meses ou em anos. Caso o entrevistado fique em dúvida entre duas respostas, por exemplo, “uns dois ou três anos” repetir a pergunta com mais ênfase, se ainda assim o entrevistado não souber responder insistir na pergunta: “Então, há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem hipertensão (pressão alta), dois ou três anos?”

Se o entrevistado responder, por exemplo, “dois anos” e não referir tempo em meses, preencher com zeros (00) na opção meses. Não deixe nenhuma resposta em branco!

PERGUNTA A11. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?

Esperar que o entrevistado responda em meses ou em anos. Caso o entrevistado fique em dúvida entre duas respostas, por exemplo, “uns dois ou três anos” repetir a pergunta com mais ênfase, se ainda assim o entrevistado não souber responder insistir na pergunta: “Então, há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar no sangue), dois ou três anos?”

Se o entrevistado responder, por exemplo, “dois anos” e não referir tempo em meses, preencher com zeros (00) na opção meses. Não deixe nenhuma resposta em branco!

PERGUNTA A12. Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Após a leitura da pergunta você pode fornecer algum exemplo de quem seriam pessoas da família (pai, mãe, primos, tios, avós, etc.)

PERGUNTA A13. Alguém na sua família tem hipertensão (pressão alta)?

0-Não

1-Sim

9-IGN

Após a leitura da pergunta você pode fornecer algum exemplo de quem seriam pessoas da família (pai, mãe, primos, tios, avós, etc.)

3.2. Bloco B: Renda Familiar

AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA DA FAMÍLIA:

PERGUNTA B01. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

Anotar a renda recebida por cada pessoa da casa que trabalhou. Anotar os valores em reais e referentes ao ganho do **mês civil anterior** (não dos últimos 30 dias).

PERGUNTA B02. A família tem outra fonte de renda

Anotar algum outro rendimento que a entrevistada possa ter esquecido de mencionar da primeira vez. Em especial, bolsa-escola, pensões, aluguéis, auxílios, aposentadoria. Não anote os centavos. Se não têm outra renda, complete com “0”.

3.3. Bloco C: Alimentação

INSTRUÇÃO. AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.

PERGUNTA C01. Desde <dia da semana> da semana passada ate hoje o (a) Sr.(a) se alimentou como sempre?

0-Não

1-Sim →*Pule para questão C03*

Onde está escrito <dia da semana> você deve substituir pelo dia da semana em que a entrevista está sendo realizada. Exemplo: Se a entrevista está sendo realizada na quarta-feira, pergunte: “Desde quarta-feira da semana passada até hoje o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre?”

PERGUNTA C02. Qual o motivo?

O objetivo das perguntas C01 e C02 é saber se na última semana o entrevistado teve uma alimentação normal, como de costume. Se na última semana o entrevistado esteve viajando, por exemplo, é provável que a alimentação não tenha sido como sempre. Nesse caso, encerre o questionário aqui e registre no seu bloco de anotações essas informações. Em seguida repasse para seu supervisor. Esse indivíduo será procurado em um segundo momento para responder as perguntas sobre alimentação.

Se o entrevistado referir que na última semana sua alimentação não foi como de costume por algum motivo de doença aguda como diarreia, vômito, problemas estomacais ou alguma doença gastrintestinal crônica que faça com que a alimentação do indivíduo seja diferenciada, encerre o questionário aqui, anote no bloco de anotações e repasse para seu supervisor.

PERGUNTA C02. Qual o motivo? _____

INSTRUÇÃO: PENSE DESDE <dia da semana> DA SEMANA PASSADA.

Onde está escrito <dia da semana> você deve substituir pelo dia da semana em que a entrevista está sendo realizada. Exemplo: Se a entrevista está sendo realizada na quarta-feira, diga: “PENSE DESDE QUARTA-FEIRA DA SEMANA PASSADA”.

INSTRUÇÃO: Desde <dia da semana>da semana passada até hoje, em quantos dias o (a) Sr.(a) comeu<alimento>?

Para cada item alimentar você deve fazer a pergunta acima, substituindo o que está em <itálico> pelo alimento equivalente.

PERGUNTA C03.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **salada crua como alface, tomate, cenoura, pepino, repolho?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C04.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **legumes e verduras cozidos como couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, menos batata e mandioca?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C05.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **frutas frescas ou salada de frutas?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C06.Desde <dia da semana>da semanapassada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **feijão?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C07.Desde <dia da semana>da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) **tomou leite ou iogurte?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C08. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **batata frita, batata de pacote ou salgados fritos como coxinha, quibe, pastel?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C09. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **hambúrguer ou embutidos como salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C10. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote?**

01 2 3 4 5 6 7

PERGUNTA C11. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu **bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas ou chocolates?**

01 2 3 4 5 6 7

Considere chocolate em barra ou bombom.

PERGUNTA C12. Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) **tomou refrigerante normal?**

01 2 3 4 5 6 7

Não considere refrigerante diet ou light.

Todas as opções de resposta variam de ZERO (nenhum dia na última semana) até SETE (todos os dias da última semana). Muitas vezes os indivíduos referem à expressão “todos os dias”, mesmo sendo questionados sobre o NÚMERO DE DIAS (em números) na última semana.

Nesses casos, quando o entrevistado disser que comeu ou bebeu algum dos alimentos acima “todos os dias” perguntar em seguida: Inclusive no sábado e no domingo?

PERGUNTA C13. O(a) Sr.(a) já recebeu recomendação de alguém para sua alimentação?

0-Não

1-Sim → De quem?

1-Médico

2-Nutricionista

3-Enfermeiro

4-Dentista

5-Familiar

6-Outro: _____