

LUCIANA MENDES TEICHMANN

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE E FATORES ASSOCIADOS  
EM MULHERES ADULTAS EM SÃO LEOPOLDO, RS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Anselmo Olinto

São Leopoldo

2005

## SUMÁRIO

Projeto de Pesquisa .....	05
Relatório de Campo .....	34
Proposta para Artigo Científico.....	43
Anexo I - Questionário Padronizado.....	76
Anexo II - Manual de Instruções.....	93
Anexo III – Termo de Consentimento Informado.....	117

# **Projeto de Pesquisa**



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	05
1 Revisão bibliográfica .....	07
2 Justificativa.....	14
3 Objetivos .....	15
3.1 Objetivo geral .....	15
3.2 Objetivos específicos .....	15
4 Metodologia.....	16
4.1 Identificação do projeto .....	16
4.2 Delineamento .....	16
4.3 Amostra.....	16
4.4 Amostragem .....	17
4.5 Instrumentos.....	18
4.5.1 Variáveis.....	18
4.5.1.1 Desfecho .....	18
4.5.1.2 Variáveis explanatórias .....	19
4.6 Seleção e treinamento de entrevistadores .....	22
4.7 Estudo piloto.....	22
4.8 Controle de qualidade .....	23
4.9 Análise dos dados .....	23
5 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
6 CRONOGRAMA.....	26
7 ORÇAMENTO .....	27
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXOS	

## INTRODUÇÃO

A alimentação é, após a respiração e a ingestão de água, a mais básica das necessidades humanas. É através do alimento que obtemos a energia necessária para desenvolvimento de nossas atividades e manutenção de um estado adequado de saúde. Todas as situações que levem a um excesso ou escassez no consumo qualitativo e quantitativo de alimentos podem refletir no perfil nutricional do indivíduo

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, resultado de um desequilíbrio entre consumo alimentar e gasto energético, que traz prejuízos à saúde do indivíduo representando com isso enorme impacto sobre a qualidade de vida, morbidade e mortalidade e custos diretos e indiretos para a saúde pública e, portanto, suas causas e possíveis soluções, são objeto de estudos no mundo inteiro.

As conseqüências do excesso de peso têm sido analisadas em diversos trabalhos, os quais demonstram que a obesidade é fator de risco para a maioria das doenças crônicas como a Diabete Melittus, Hipertensão Arterial, Hipercolesterolemia, Doenças Cardiovasculares, certos tipos de Neoplasias e, ainda, Apnéia do Sono, distúrbios psicossociais e osteoartrites (WHO, 2000).

O aumento da prevalência de obesidade em nossa sociedade nas últimas décadas é certamente esperado pelo rápido desenvolvimento de fatores ambientais que favorecem a quantidade de energia consumida e limitam a energia gasta (HILL & PETERS, 1998)

Os países chamados em desenvolvimento, apresentam mudanças nos seus perfis demográficos e sanitários por conta de um novo contexto social, político, econômico e tecnológico, derivados de um mundo progressivamente

globalizado. Essas mudanças contribuem indiretamente para a transição nutricional observada nesses países, ou seja, um rápido declínio na prevalência das enfermidades carenciais e elevação, em ritmo mais acelerado, da prevalência de sobrepeso/obesidade. (MONTEIRO apud: SCHIERI, R; 1998).

A obesidade não é apenas uma doença de nações desenvolvidas e as evidências levam a considerá-la uma epidemia mundial, atingindo todos os níveis socioeconômicos com significativo aumento de sua prevalência nos países em desenvolvimento (POPKIN et al, 1998; INAN, 1991).

## 1 Revisão bibliográfica

A obesidade é uma enfermidade considerada fator de risco para inúmeras doenças que implica também em custos bastante representativos nos orçamentos governamentais em saúde (WHO,2000) sendo que diversos estudiosos no mundo inteiro têm dedicado suas pesquisas para identificar os determinantes desta situação.

A identificação da prevalência de obesidade e sobrepeso nas populações pode contribuir para: a) identificar as populações com risco para obesidade e sua associação com a saúde e conseqüências econômicas; b) auxiliar no planejamento público de saúde na mobilização e realocação de recursos para o controle da doença; c) subsidiar com informações e dados para monitoramento da efetividade dos programas nacionais de controle da obesidade (WHO,2000).

Para avaliação da obesidade em populações adultas, o indicador utilizado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é o Índice de Massa Corporal (IMC; kg/m<sup>2</sup>). Embora o IMC não meça diretamente a proporção de gordura no corpo, estudos realizados em grandes amostras populacionais têm revelado alta correlação entre IMC e gordura corporal e, mais importante, aumento intenso do risco de mortalidade associado a altos valores de IMC (WHO, 2000).

As prevalências estimadas de obesidade variam no mundo, com taxas alarmantes independente do nível de desenvolvimento das populações. Além disso, observa-se um rápido aumento de sua prevalência entre crianças e as conseqüências disso podem afetar a saúde das populações no futuro.

Utilizando o critério de classificação da obesidade recomendado pela OMS, estima-se que 13% dos homens e 14% das mulheres no Canadá são obesos. Nos países da Europa, a prevalência de obesidade classifica-se entre 10 e 20% para os homens e entre 10 e 25% para as mulheres; na Austrália, 9% de homens e 11% de mulheres são considerados obesos e nos Estados

Unidos, a obesidade afeta 20% dos homens e 25% das mulheres (TORRANCE e colaboradores, 2002).

Em estudo transversal realizado no Kuwait com adultos acima de 18 anos, foi observada uma prevalência de obesidade de 32,3% e 40,6% entre homens e mulheres, respectivamente. A obesidade mórbida (IMC maior que 40) foi significativamente maior entre as mulheres (4,2%) do que entre os homens (0,2%) (AL-ISA,NA; 1995).

No Brasil, entre 1974 e 1989, a proporção de pessoas com excesso de peso aumentou de 21% para 32%. Dentre as regiões do País, o Sul apresenta maiores prevalências de obesidade, sendo superior às encontradas em países desenvolvidos. A evolução da ocorrência de obesidade neste período em relação ao sexo dobrou entre os homens (2,4% para 4,8%), enquanto que entre a população feminina o aumento da obesidade também foi significativo (7% para 12%) (COITINHO e colaboradores, 1991).

A obesidade é claramente mais predominante em mulheres em todo o mundo. Vários são os estudos demonstrando que os determinantes da obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo com maior frequência entre as mulheres e com aumento da idade (POPKIN e colaboradores, 1998; GUTIERREZ e colaboradores, 2002; TORRANCE e colaboradores, 2002).

Em estudo transversal com tamanho amostral de 1035 pessoas com idade entre 20 e 69 anos residentes na zona urbana do município de Pelotas /RS foi determinada a prevalência de 21% de obesidade e os fatores associados. Os resultados indicaram que os determinantes da obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo com maior frequência entre as mulheres e com aumento da idade. A prevalência de obesidade encontrada entre as mulheres foi de 25% e entre os homens de 15% (GIGANTE e colaboradores, 1997).

Diversos estudos têm investigado os fatores associados com maior prevalência de sobrepeso e obesidade, entre eles o de Lipowicz e



colaboradores (2002) que examinaram a relação entre IMC e prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta da Polônia com idade entre 25 e 60 anos. Em geral, os homens e mulheres casados têm mais probabilidade para sobrepeso e obesidade do que os que nunca casaram. Os resultados indicam uma forte associação entre estado civil e IMC entre ambos os sexos. Entre as mulheres, a idade, o estado civil e o nível educacional são significativos na relação para o IMC.

Outros trabalhos mostram a associação da obesidade e raça como o realizado por McTigue e colaboradores (2002), com minorias étnicas nos Estados Unidos. O início da obesidade foi 2,1 vezes mais rápido para mulheres negras e 1,5 para mulheres hispânicas do que para as mulheres brancas, indicando que as mulheres negras tem maior risco para a obesidade.

A maioria dos estudos em países desenvolvidos tem mostrado que os grupos de menor renda e escolaridade têm maior risco de sobrepeso e obesidade. (TORRANCE e colaboradores, 2002).

O mais recente fenômeno observado em diversos países é o aumento das diferenças sociais na prevalência da obesidade. Por exemplo, estudos nos Estados Unidos mostram um grande aumento no IMC de grupos da população com baixo nível de escolaridade, especialmente nas mulheres; na Inglaterra e Escócia o aumento observado na prevalência de obesidade entre 1973 e 1982 foi maior nos trabalhadores braçais do que nos trabalhadores não braçais. Na Holanda, Finlândia e Espanha houve nítido aumento das diferenças sociais na prevalência da obesidade, especialmente entre as mulheres. Comparando dois períodos estudados com população adulta na Espanha, observa-se um aumento da prevalência de obesidade em mulheres com menor nível de escolaridade de 47,9% para 55,1% em 1987 e 1995, respectivamente (GUTIÉRREZ e colaboradores, 2002).

Estudos detalhados de diferentes países, incluindo, por exemplo, os Estados Unidos, Inglaterra, Brasil e Japão mostraram que há aumento progressivo da obesidade. Há também clara relação inversa em muitas

sociedades entre a escolaridade ou nível socioeconômico e prevalência de obesidade (Peña & Bacallao; 2000). Gigante e colaboradores (1997), também observaram esta correlação inversa entre obesidade e níveis socioeconômicos, ou seja, as pessoas com maior escolaridade apresentaram menor frequência de obesidade.

As mudanças socioeconômicas e demográficas têm mudado o perfil epidemiológico no Chile. A prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares tem aumentado, com destaque para a obesidade que se mostra mais pronunciada em mulheres de nível socioeconômico mais baixo (ALBALA e colaboradores; 1998).

MONTEIRO e colaboradores (2002) descreveram a tendência de obesidade e baixo peso em diferentes regiões (norte e sul) e camadas sociais no Brasil em 1975, 1989 e 1996/7. Os resultados com relação aos adultos foram os seguintes: a prevalência de obesidade entre os homens aumentou de 2,1% para 4,1% (de 1975 para 1989) e para 6,4% em 1997. Aumento similar e contínuo de obesidade foi observado para a maioria das regiões e classes sociais da população masculina.

No período de 1975 para 1989, o aumento da obesidade foi de 6,0% para 10,9%. Houve aumento na obesidade (de 10,9% para 12,4%) no período de 1989 para 1997. A estratificação por regiões e classes sociais confirmou a tendência geral de incremento da obesidade em mulheres no primeiro período. Mas a tendência de obesidade feminina no período de 1989 para 1997 diferiu fortemente de acordo com a região e classe social. Nas regiões menos desenvolvidas, a obesidade apresentou um baixo crescimento entre as mulheres de menor renda (9,8% para 14,5%). Nas regiões de maior desenvolvimento, a obesidade tende a aumentar entre mulheres de menor renda (11,2% para 14,1%), mas declina significativamente (14,4% para 9,8%) entre mulheres de maior renda.

Recentemente, Monteiro e colaboradores (2004) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer a distribuição social da obesidade

feminina no mundo em desenvolvimento e, em particular, identificar o nível específico de desenvolvimento no qual a obesidade feminina começa a contribuir para a desigualdade na saúde. A obesidade feminina aparece como um impulsionador das desigualdades em saúde na maioria das economias com renda per capita classificada como média-alta e em parte das com renda per capita média-baixa. O número de países onde esta situação ocorre poderá crescer por conta da inexistência de ações preventivas e educativas para combater a obesidade e, também, pelo próprio crescimento econômico existente.

Para ilustrar o impacto do nível socioeconômico sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade, foi realizado um estudo em Washington DC entre dois grupos afro-americanos de características socioeconômicas diferentes. Nos dois casos houve diferença na distribuição do IMC, sendo que a prevalência de sobrepeso e obesidade é alta em ambos os grupos, evidenciando necessidade de maior aprofundamento em pesquisas que relacionem obesidade e nível socioeconômico, principalmente em mulheres (SHAVERS e colaboradores; 2002).

Outras pesquisas no mundo, como a de Gutiérrez e colaboradores (2001) realizada no México, mostram a influência das características socioeconômicas sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade, onde se observou uma prevalência importante de obesidade e sobrepeso em mulheres idosas da área urbana e particularmente mais acentuada nas áreas marginais. A proporção de sobrepeso e obesidade nas mulheres foi de 60,7% para o grupo da área urbana, 36,2% para o grupo da área rural e 76,5% para as mulheres da área marginal indicando que as áreas marginais podem ser marcadores de risco para obesidade em mulheres idosas no México.

Investigações conduzidas desde 1982 têm sido usadas para avaliar a obesidade de mães e crianças em países da América Latina e Caribe e de descendentes mexicanos residentes nos EUA. A obesidade em mulheres é de 3% no Haiti, 8-10% em 8 países da América Latina e 29% nos descendentes mexicanos que residem nos EUA. A prevalência de sobrepeso em crianças de

um a cinco anos de idade foi de 6% no Haiti e 24% no Peru. O sobrepeso ocorre em 24% das crianças mexicanas residentes nos EUA. Estas taxas são altas nas áreas urbanas e nas famílias de maior nível socioeconômico e o sobrepeso em crianças aumenta com o elevado nível de escolaridade da mãe, entretanto em alguns países, a prevalência da obesidade em mulheres diminui com o elevado nível de escolaridade (MARTORELL e colaboradores; 1998).

Medidas de prevenção e promoção de saúde relacionadas às questões de sobrepeso e obesidade se fazem necessárias desde a infância, uma vez que o incremento de sobrepeso e obesidade é particularmente pronunciado em crianças e do sexo feminino (TREMBLAY e colaboradores, 2002).

Em amostra de mulheres africanas, Kruger e colaboradores (2002), encontraram a prevalência de obesidade de 28,6%, mostrando a associação entre renda familiar e obesidade. Também observaram que mulheres de maior renda e baixa atividade física têm grande risco de aumento de obesidade sendo a inatividade física um fator de risco neste estudo.

Vários outros estudos sugerem que a diminuição da atividade física e /ou a adoção de um comportamento sedentário são importantes para o ganho de peso e desenvolvimento da obesidade. Nesta avaliação entende-se por atividade física qualquer movimento corpóreo produzido pela musculatura esquelética que resulte em substancial aumento de gasto energético acima daquele consumido em repouso (Bouchard et colaboradores, 1994). Da mesma forma, comportamento sedentário entende-se como um estado quando o movimento corpóreo é mínimo e a energia consumida aproxima-se da taxa de metabolismo basal (DIETZ, 1996).

Os fatores determinantes de um comportamento que leve ao sedentarismo podem estar associados com mudanças na estrutura social, modernização, utilização de tecnologia no trabalho, incremento da urbanização e ausência de espaços e ações públicas que incentivem a atividade física e o exercício como práticas de um estilo de vida mais saudável (DIETZ, 1996).



## 2 Justificativa

A obesidade é uma doença séria e seu desenvolvimento vem sendo acompanhado pela comunidade científica do mundo inteiro nesses últimos anos.

Todos os investimentos em pesquisas que busquem determinar as causas da obesidade justificam-se uma vez que o aumento de sua prevalência em nossa sociedade nas últimas décadas é crescente e reconhecido como uma epidemia mundial (POPKIN e colaboradores, 1998).

Várias são as investigações que abordam sua prevalência no mundo e os fatores a ela associados como: fatores socioeconômicos e demográficos, sedentarismo, fatores genéticos, entre outros.

É mais simples entendê-la como um desequilíbrio entre o consumo alimentar e gasto energético e, sempre que o consumo for maior que o gasto, ocorre depósito sob forma de gordura e conseqüente obesidade (Schieri, 1998). Esses são determinantes proximais e indiscutíveis. O grande desafio é investigar os determinantes intermediários e distais da obesidade e conseguir atuar precocemente com medidas de prevenção e promoção à saúde.

Sendo a obesidade uma doença que atinge ricos e pobres, com uma prevalência crescente em todo o mundo, atingindo predominantemente as mulheres e considerada fator de risco importante para outras patologias, esta investigação se faz pertinente, uma vez que se propõe a determinar a prevalência de obesidade e seus preditores em mulheres adultas residentes no município de São Leopoldo / RS.

A partir da divulgação dos resultados desse estudo, espera-se contribuir para ações efetivas de monitoramento e controle dessa enfermidade e ao mesmo tempo, embasar atividades de saúde coletiva que possam ser desenvolvidas por parte dos órgãos competentes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Estudar a prevalência de obesidade em mulheres adultas residentes no município de São Leopoldo, RS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estimar a prevalência de obesidade em uma amostra de mulheres de 20 a 60 anos residentes na zona urbana do município de São Leopoldo/ RS no ano de 2003;
- Estudar a associação das características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas das mulheres com a obesidade;
- Estudar a associação de hábitos comportamentais e co-morbidades com a obesidade;

### **4 METODOLOGIA**

#### **4.1 Identificação do projeto**

Esta investigação faz parte de um estudo sobre a saúde das mulheres da região do Vale do Rio dos Sinos, intitulado “Condições de Saúde das Mulheres da Região do Vale do Rio dos Sinos”, financiado pelo CNPq (edital Universal6; n.473478/200-0), FAPERGS (Proad2; n.02/0645-9) e com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. O projeto tem como objetivo estudar a prevalência e os fatores associados para obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias, sedentarismo, alcoolismo, distúrbios psiquiátricos menores, síndrome da fadiga crônica e anemia. Além dessas morbidades, o estudo também investigará o padrão alimentar, a saúde reprodutiva e a utilização e acesso de serviços de saúde.

#### **4.2 Delineamento**

Estudo transversal de base populacional com uma amostra representativa de mulheres de 20 a 60 anos de idade residentes na zona urbana de São Leopoldo, RS. A cidade de São Leopoldo é constituída por uma população de 193.547 habitantes, 52% são mulheres adultas e 99% vivem na zona urbana do município (Censo Demográfico, 2000).

#### **4.3 Amostra**

Vários tamanhos de amostras foram calculados considerando as diversas morbidades a serem estudadas no projeto de saúde das mulheres,



escolhendo-se aquela com maior tamanho. Calculou-se um tamanho de amostra que permitisse identificar uma razão de risco de 2,0 para um nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, mantida a razão de não expostos: expostos de 1:3 sendo consideradas expostas aquelas mulheres de classes sociais inferiores. O maior tamanho de amostra estimado foi para o estudo de diabetes mellitus, de 1086 mulheres. Esse tamanho da amostra foi aumentado em 10% para possíveis perdas e/ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão na análise multivariada, portanto sendo necessárias 1.358 mulheres.

#### **4.4 Amostragem**

Para localizar as 1358 mulheres calculou-se o número de domicílios a serem visitados, utilizando-se como base de cálculo as informações do censo IBGE (2000) de 3,35 pessoas/domicílios e a proporção de 28,2% na faixa etária de 20 a 60, em São Leopoldo. Foi estimada a necessidade de 1437 domicílios a serem visitados (BARROS E VICTORA, 1991).

O processo de amostragem será através de multiestágios. Inicialmente realizou-se uma amostragem sistemática para a seleção de 40 setores censitários entre os 270 existentes na zona urbana do município. Estima-se que em cada setor será necessário visitar 36 domicílios para encontrar em média 34 mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, totalizando em 40 setores 1358 mulheres.

Para cada setor selecionado será sorteado aleatoriamente o quarteirão e a esquina (ponto inicial) onde deverá ser iniciada a coleta de dados naquele setor. A partir do ponto inicial, sempre no sentido da esquerda de quem está em frente da casa do ponto inicial, as casas serão alternadamente (pulo de uma casa) incluídas no estudo. Se ao completar a quadra não houver o número suficiente de casas, o entrevistador percorrerá a próxima quadra do setor, seguindo sorteio prévio, até completar os 36 domicílios. Todas as mulheres de 20 a 60 anos residentes nesses domicílios sorteados serão incluídas no estudo e as entrevistas serão realizadas no domicílio.

#### **4.5 Instrumentos**

Para a coleta de informações socioeconômicas, demográficas, comportamentais e reprodutivas será utilizado um questionário padronizado pré-codificado a ser aplicado pelas entrevistadoras diretamente às mulheres sorteadas (Anexo I).

As medidas antropométricas serão avaliadas com balanças Sunrise com precisão de 100 gramas, estadiômetro Seca Body Meter – precisão de 1 mm

##### **4.5.1 Variáveis**

###### **4.5.1.1 Desfecho**

A obesidade será definida pelo Índice de Massa Corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) com os pontos de corte recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): *baixo peso*  $< 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ; *normal* de 18.5 a 24.9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ; *sobrepeso* de 25.0-29.9 e *obeso*  $\geq 30.0 \text{ kg}/\text{m}^2$ .

#### **4.5.1.2. Variáveis explanatórias**

##### ***Variáveis socioeconômicas***

*Classe econômica:* será avaliada através da classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), que categoriza em classe A, B, C, D e E. Para essa classificação será necessária a coleta das seguintes informações: grau de instrução do chefe da família, posse de bens (televisores, automóvel, aspirador de pó, máquina de lavar, vídeo cassete, geladeira e freezer), número de banheiros no domicílio e ter empregada doméstica.

*Renda familiar:* a renda será coletada como uma variável contínua para cada um das pessoas residentes no domicílio. Também serão considerados outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Será utilizada como a renda total da família e renda per capita, ambas em salários mínimos, categorizadas por quartis. O valor do salário mínimo no período do estudo será de R\$240, 00.

*Escolaridade:* será coletada em anos completos de estudo da mulher selecionada para a amostra. Poderá ser analisada em quartis ou nas categorias propostas pela ANEP.

### ***Variáveis demográficas***

*Idade:* será coletada em anos completos e pela data de nascimento. Para análise será categorizada em grupos de 10 anos.

*Raça (cor da pele):* será avaliada através da cor da pele observada pelo entrevistador. Na análise será categorizada em branca e não branca.

*Estado civil:* será coletada como uma variável de cinco categorias (solteira, casada, em união, separada/divorciada e viúva). Na análise as categorias de casada e em união serão agregadas.

### ***Variáveis Reprodutivas***

*Número de gestações:* será coletada como contínua e na análise agrupada em nulípara, 1 a 3 filhos e 4 ou mais filhos.

*Idade da menarca:* será coletada como contínua e, posteriormente categorizadas em pontos de corte: 8-11 anos; 12-13 anos e 14 anos ou mais;

### ***Variável de hereditariedade***

*Obesidade dos pais:* será coletada em quatro categorias: não; somente pai obeso; somente mãe obesa; ambos (pai e mãe obesos).

### ***Variáveis de morbidades***

*Hipertensão referida:* obtida através do relato da entrevista e na análise foi categorizada como: sim e não.

*Diabete referida:* obtida através do relato da entrevista/ confirmada pelo médico como sim e não e analisada como dicotômica.

*Distúrbios psiquiátricos menores:* coletada através do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) com ponto de corte  $\geq 7$  e analisada como: sim e não.

### ***Variáveis Comportamentais***

*Sedentarismo:* será coletada como categórica e na análise agrupada em sedentária; insuficientemente ativa e ativa.

*Total de refeições/dia:* será coletada como medida quantitativa do total de refeições por dia e na análise será categorizada em: 1 a 2 refeições; 3 refeições; 4 refeições; 5 ou mais refeições.

*Tempo das refeições:* avaliação subjetiva obtida por relato quanto ao tempo gasto para fazer a refeição (devagar, normal e rápido) e como tal utilizada na análise.

#### **4.6 Seleção e treinamento dos entrevistadores**

Por ser um estudo sobre saúde das mulheres e haver necessidade da realização de medidas antropométricas, decidiu-se que todas as entrevistadoras seriam mulheres estudantes da UNISINOS. Estima-se que 15 entrevistadoras trabalhando um turno/dia (manhã ou tarde) possam realizar em média 2 entrevistas/dia, durante 5 dias da semana, atingindo ao final de no máximo 3 meses o total de entrevistas (1358 entrevistas).

O processo de seleção de entrevistadores será feito concomitantemente com a fase inicial do treinamento. As entrevistadoras serão submetidas a um programa de treinamento para aplicação dos questionários, leitura do manual de instruções (Anexo II), coleta de medidas antropométricas e técnicas de codificação. Serão selecionadas as 15 alunas que apresentarem melhor desempenho no treinamento.

#### **4.7 Estudo Piloto**

O estudo piloto será realizado em um dos setores censitários urbanos que não foi sorteado para o estudo. Todas as entrevistadoras participarão. Ao final do estudo piloto, toda a equipe deverá reunir-se para discutir as possíveis dificuldades e revisar os instrumentos.

#### **4.8 Controle de qualidade**

O controle de qualidade será realizado em 10% das pessoas entrevistadas. Nessa etapa serão conferidas a logística de campo e a qualidade das informações fornecidas no questionário. Será aplicado um questionário resumido contendo questões sobre informações perenes.

#### 4.9 Análise dos dados

A entrada dos dados será realizada através do Programa Epi-Info 6.0 (Centers for Disease Control, Atlanta,US), em dupla entrada e posterior comparação, visando corrigir erros de digitação. Posteriormente os dados serão transferidos para o Programa SPSS 11.0 for *Windows* e STATA 7.0 (Stata,Texas,US). A análise será constituída de freqüência simples de todas as variáveis de interesse do estudo e, posteriormente, através de análise bivariada será estudada a associação do desfecho ( sobrepeso e obesidade) com cada uma das variáveis explanatórias. Serão calculados as razões de risco e os intervalos de confiança.

As variáveis que na análise bivariada apresentarem associação estatisticamente significativa com sobrepeso e obesidade no nível de  $p < 0.20$  foram incluídas no modelo de análise multivariada. A análise multivariada será realizada a partir do modelo hierarquizado proposto na figura 1, sendo o modelo analisado separadamente para sobrepeso e obesidade.

Figura 1. Modelo Hierárquico de Análise para Sobrepeso e Obesidade

---

#### Bloco I

##### Socioeconômicas

Classe econômica Renda per capta Trabalhando Anos de estudo
--

##### Demográficas

Cor da pele Idade Estado civil
--------------------------------------

---

*Bloco II***Reprodutivas**

Número de gestações  
Idade da menarca

**Hereditárias**

História de obesidade dos pais

---

*Bloco III***Morbidade**

HAS  
DM  
Distúrbios psiquiátricos menores

---

*Bloco IV***Comportamentais**

Total de refeições ao dia  
Tempo das refeições

Atividade física

**5 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Salienta-se que todas as



informações obtidas serão sigilosas. Os questionários de coletas de dados serão destruídos após a elaboração dos relatórios. A única forma de armazenamento das informações será através de bancos computacionais de dados sem identificação pessoal.

Para coleta a domicílio os aspectos éticos estão sendo preservados através do Termo de Consentimento Informado (Anexo III), com explicação verbal e por escrito a cada mulher.

## **6 CRONOGRAMA**

<b>Atividade/ período</b>	<b>2002</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>		<b>2005</b>	
<b>Desenho do estudo</b>								
<b>Preparação instrumentos e pré testagem</b>								
<b>Seleção e treinamento equipe</b>								
<b>Coleta de dados</b>								
<b>Controle de campo</b>								
<b>Elaboração banco de dados</b>								
<b>Digitação dos dados</b>								
<b>Análise dos dados</b>								
<b>Redação dos resultados</b>								
<b>Defesa da dissertação</b>								

## 7 ORÇAMENTO

<b>Item</b>	<b>Total</b>
1. Material de escritório	1.673,00
2. Balanças (15)	750,00
3. Antropômetros (15)	1.500,00
4. Impressão de questionários	960,00
5. Passagens de ônibus	6.600,00
6. Seguro p/ entrevistador	250,00
<b>Total</b>	<b>11.773,00</b>

*1. Material de escritório:* prevê-se a necessidade de lápis, borracha, apontador, pasta polionda, arquivo morto, grampeador, grampos, etiquetas, envelope plástico, envelope pardo 18x25, envelope pardo 26x36, papel A4, papel ofício, disquetes, tesoura, pranchetas, clips de papel, furador, sacolas e pastas suspensas.

*2. Balanças Sunrise com precisão de 100 gramas*

*3. Antropômetros Seca Body Meter – precisão de 1 mm*

*4. Impressão de questionários:* será necessária a impressão de 1500 questionários de 8 páginas cada um, impressas frente-verso no valor de 0,04 centavos a cópia.

*5. Passagens de ônibus:* as passagens incluem o deslocamento das 15 entrevistadoras, deslocamento para o trabalho de supervisão de campo e para o controle de qualidade. Além disso, inclui as passagens para as mulheres se deslocarem até o laboratório para a realização da coleta de sangue.

6. *Seguro para entrevistador*: para cada entrevistador será necessário pagar a taxa de seguro de vida para saídas de campo de aluno, correspondendo a R\$15, 00.

## **REFERÊNCIAS**

- ALBALA, C; VIO,F; KAIN, J. . **Obesity an unresolved challenge in Chile.** Rev Med Chil 1998 Aug.; 126(8):1001-9.
- AL-ISA, AN. **Prevalence of obesity among adult Kuwaitis: a crosssectional study.** Int J. Obes. 1995; **19**: 431-3.
- BARROS, F; VICTORA,CG. **Epidemiologia da saúde infantil.**São Paulo, Ed Hucitec-Unicef, 1994.
- BOUCHARD, C; SHEPARD, RJ. **Physical activity, fitness and health: the model and key concepts.** In: Bouchard C et al., eds. Physical activity,fitness and health: international proceedings and consensus statement. Champaign, IL, Human Kinetic Publishers, 1994.
- COITINHO,DC; LEÃO,MM; RECINE,E; SICHIERI,R. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos.** Brasília, 1991. (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, **MS/INAN**).
- DIETZ,WH. **The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity.** Proceedings of Nutrition Society, 55:829-40, 1996.
- GIGANTE,DP; BARROS,FC; POST,CLA; OLINTO,MTA. **Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco.** Revista de Saúde Pública, v.31, n.3,1997.
- GUTIÉRREZ,LM; LLACA,MC; CERVANTES,L; VELÁSQUEZ ALVA,MC; IRIGOYEN,ME; ZEPEDA,M. **Overweight in elderly women of a marginal community.** J Nutr Health Aging 2001; 5(4):256-8.
- GUTIÉRREZ-FISAC,JL; REGIDOR,E; BANEGAS BANEGAS,JR; RODRIGUEZ ARTALEJO,F. **The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1997/97.** J Epidemiol Community Health. 2002 Jun; **56(6)**: 457-60.
- HILL,JO; PETERS,JC. **Environmental contributions to the obesity epidemic.** Science 1998; 280:1371-74.
- KRUGER,HS; VENTER,CS; VORSTER,HH; MARGARETTS,BM. **Physical inactivity is the major determinant of obesity in black women in the North West Province,South Africa: the THUSA study.** Transition and

Health During Urbanisation of South Africa. *Nutrition*; 18(5):422-7, 2002 May.

LIPOWICZ,A. GRONKIEWICZ,S; MALINA,RM. **Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland.** *Am J Human Biol*; 14(4):468-75, 2002 Jul-Aug.

MARI JJ, WILLIAMS P. **A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the city of São Paulo.** *Br J Psychiatric* 1986; 148:23-6.

MONTEIRO,CA; CONDE,LC; POPKIN,BM. **Is obesity replacing or adding to undernutrition?** Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition*; 5(1A):105-12, 2002.

MONTEIRO,CA; CONDE,WL; LU, B; POPIN,BM. **Obesity and inequities in health in the developing world.** *International Journal of Obesity*, 2004.

MARTORELL,R; KHAN,LK; HUGHES,ML; GRUMMER-STRAWN,LM. **Obesity in Latin American women and children.** *J Nutr* ; 128(9):1464-73, 1998.

MCTIGUE,KM; GARRET,JM; POPKIN, BM. **The natural history of the development of obesity in a cohort of young U.S. adults between 1981 and 1998.** *Ann Intern Med*; 136(12):857-64, 2002.

PENA,M; BACALLAO,J. **Obesity and poverty:** a new public health challenge. Washington D.C.: Pan American Health Organization;(PAHO Scientific Publication N° 576), 2000.

POPKIN,BM; COLLEEN, MD. **The obesity epidemic is a worldwide phenomenon.** *Nutrition Reviews*, v.56,n.4,:106-14.,1998 April.

POPKIN,BM. **The nutrition transition and obesity in the developing world.** *J Nutr.*; **131 (3):** 8715-35, 2001 Mar, Review.

SCHIERI,R. **Epidemiologia da Obesidade.** Rio de Janeiro, 1998.

SHAVERS,VL; SHANKAR,S. **Trend in the prevalence of overweight and obesity among urban African American hospital employees and public housing residents.***J Natl Med Assoc*; 94(7):566-76,2002 Jul.

TORRANCE,GM; HOOPER,MD; REEDER,BA. **Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992):** evidence from national surveys using measured height and weight. *Int J Obes Relat Metab Disord*; **26(6):** 797-804, 2002 Jun.

TREMBLAY,MS; KATZMARZYK,PT; WILLMS,JD. **Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996.** Int J Obes Relat Metab Disord; 26(4):538-43, 2002 Apr.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic:** report of a WHO consultation (WHO Technical Report Series 894). Geneva, 2000.

# **Relatório de Campo**





## SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO.....	34
2 PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	35
2.1 Seleção dos Setores (reconhecimento) .....	35
3 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	36
4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES .....	36
5 ESTUDO PILOTO. ....	37
6 AMOSTRAGEM. ....	37
6.1 Processo amostral para amostra de 1358 mulheres .....	37
7 REVISÃO DE CODIFICAÇÕES .....	40
8 CONTROLE DE QUALIDADE.....	40
9 ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO. ....	40
10 DIGITAÇÃO/BANCO DE DADOS .....	41

## 1 IDENTIFICAÇÃO

O trabalho: “Prevalência de Obesidade em Mulheres Adultas em São Leopoldo, RS”, faz parte de uma pesquisa mais ampla, realizada com objetivo de caracterizar a saúde das mulheres residentes na zona urbana de São Leopoldo, denominada “As Condições de Saúde das Mulheres da Região do Vale do Rio dos Sinos”. Esse projeto foi coordenado por um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de concentração: Saúde Coletiva (Universidade do Vale do Rio dos Sinos), financiado pela FAPERGS (Proad2; nº 02/0645-9) e pelo CNPq (Edital Universal6; nº 473478/200-0), com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Esta pesquisa foi realizada com uma amostra representativa de mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo, RS, e teve como objetivos principais estudar a prevalência e os fatores associados à obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias, sedentarismo, alcoolismo, distúrbios psiquiátricos menores, síndrome da fadiga crônica e anemia. A pesquisa também tinha como objetivos descrever as condições socioeconômicas e demográficas deste grupo populacional, descrever padrão alimentar, estudar características reprodutivas e a utilização de serviços de saúde.

## **2 PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO**

A preparação do trabalho de campo ocorreu no período de junho de 2002 a janeiro de 2003, incluído as seguintes atividades: 1) elaboração dos questionários e manual de instruções, 2) sorteio dos setores censitários, 3) aquisição de mapas dos setores através do IBGE; 4) reconhecimento dos setores sorteados, 5) aquisição do material necessário à pesquisa (balanças, adipômetro, estadiômetro, fitas métrica, esfignomônômetros, estetoscópios e material para escritório) e 6) elaboração de planilhas de trabalho de campo e cartões de identificação.

### **2.1 Seleção dos Setores (reconhecimento)**

O município de São Leopoldo/RS possui 272 setores censitários, sendo que destes, dois são classificados como rurais. Os dois setores censitários rurais foram excluídos da pesquisa, pois a população alvo estipulada foi mulheres adultas residentes na zona urbana de São Leopoldo.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi através de amostragem sistemática, conforme os seguintes passos:

1) Divisão do nº total de setores censitários urbanos (270) por nº total dos setores desejados (40); 2) o resultado desta equação (6,75 – com arredondamento = 7) indica o pulo que foi efetuado; 3) sorteou-se o número 3 (nº de 1 a 7) como ponto de partida para a seleção dos seguintes setores, sendo então, selecionados os setores (3, 10, 17, 24, 31,.....269). Foram sorteados, também, 10 setores sobressalentes, caso houvesse necessidade de substituição de algum setor anteriormente sorteado.

O reconhecimento dos setores sorteados foi realizado com auxílio da coordenadora da pesquisa, uma moradora do município e uma aluna de iniciação científica. Após o reconhecimento dos setores sorteados, houve necessidade das seguintes substituições:

- Setor 129 (loteamento sem habitantes): substituído pelo setor 13;
- Setor 66 (não possui domicílios suficientes): substituído pelo setor 27;
- Setor 241 (casas transferidas para outro local): substituído pelo setor 20;
- Setor 192 (orientação da Brigada Militar de ser um local bastante perigoso): substituído por um bairro com as mesmas condições socioeconômicas, classificado como setor 777 (Santa Marta).

### **3 INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Para coleta de dados foram utilizados questionários padronizados pré-codificados contendo questões socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, de morbidade e utilização de serviços da saúde. O questionário também continha instrumentos específicos para avaliar o padrão alimentar (*QFA – Questionário de Frequência Alimentar*). Distúrbios psiquiátricos menores (*SRQ – Self Report Questionnaire*) e prática de atividade física.

A antropometria foi realizada com balanças (Sunrise - precisão 100g), estadiômetro (Seca Body Meter - precisão 1 mm), fita métrica para cintura (Sanny – precisão 1 mm) e plicômetro (Sanny – precisão 1 mm). A tensão arterial foi medida com estetoscópio e esfignomanômetro.

### **4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES**

Foram recrutados inicialmente 15 estudantes da UNISINOS. Este grupo recebeu treinamento conforme cronograma abaixo:

18/02/03 – Treinamento de medida de pressão arterial e cintura, entrega de material para as entrevistadoras.

20/02/03 – Primeira padronização das medidas e dramatização do questionário.

25/02/03 – Segunda padronização das medidas, dramatização do questionário e leitura do manual de instruções.

12/03/03 – Discussão de dúvidas do manual de instrução.

18/03/03 – Avaliação de conhecimentos específicos sobre a pesquisa (individual e escrita).

Os entrevistadores receberam treinamento para uso e entendimento do manual de instruções, questionário e medidas. Foi selecionado um grupo de entrevistadores especialmente para realização de mutirões, os quais receberam treinamento apenas do manual de instruções e aplicação dos questionários. O pessoal dos mutirões não tinha atribuição de realizar medidas antropométricas – essas somente eram realizadas pela equipe inicial treinada especificamente para essa tarefa.

## **5 ESTUDO PILOTO**

No dia 11 de março de 2003, nos turnos da manhã e tarde foi realizado o estudo piloto num setor distinto dos selecionados para a pesquisa (setor 34). Todos os entrevistadores participaram aplicando os questionários em duplas.

Ao final, toda equipe se reuniu para discutir dificuldades e falhas do instrumento, inclusive algumas questões do questionário foram alteradas a partir de dificuldades encontradas no estudo piloto.

## **6 AMOSTRAGEM**

O processo de amostragem foi planejado a partir do tamanho de amostra para o estudo de 1358 mulheres de 20 a 60 anos de idade. Na definição do número de domicílios a serem visitados para localizar esse número de mulheres considerou-se uma proporção de mulheres na faixa etária de interesse de 28,2% e um número médio de pessoas por domicílios de 3,35 (IBGE, 2001). Com essas estimativas o número total de domicílios estimados foram 1437. A partir da escolha a priori de 40 setores censitários foi definida a necessidade de 35,9 domicílios por setor para serem localizadas as 1358

mulheres de 20 a 60 anos. Portanto, para cada um dos setores foram visitados 36 domicílios.

Para cada um dos 40 setores censitários foi sorteado aleatoriamente o quarteirão e a esquina (ponto inicial) onde deveria iniciar a coleta de dados. A partir deste ponto inicial, sempre no sentido da esquerda de quem estava de frente para casa do ponto inicial, as casas foram alternadamente (pulo de uma casa) incluídas no estudo. Quando se completava a quadra e não havia o número suficiente de casas, o entrevistador percorria a próxima quadra do setor, seguindo sorteio prévio, até completar os 36 domicílios. Todas as mulheres de 20 a 60 anos residentes nestes domicílios sorteados foram incluídas no estudo

Para alguns setores houve necessidade de trabalho de campo na forma de mutirões de final de semana, especialmente, em setores considerando perigosos e com dificuldade em encontrar as mulheres no domicílio durante a semana. Os mutirões foram realizados nos setores 38, 52, 122, 136, 143, 150, 164, 185, 164, 185, 213, 262, 269, 777.

Ao final do trabalho de campo o número total de mulheres localizadas foi de 1084, moradoras nos domicílios sorteados. Dessas 1026 foram entrevistadas e 58 mulheres foram consideradas como perdas ou recusaram-se a participar da pesquisa, totalizando um percentual de perdas/recusas de 5,35%. A distribuição dos setores sorteados, número de mulheres encontradas e perdas por setor da pesquisa encontram-se no quadro abaixo (quadro 1):

**Quadro 1** - Distribuição dos setores sorteados, número de mulheres localizadas e perdas por setor da pesquisa:

SETOR	BAIRRO	Nº DE mulheres	Nº DE PERDAS %
3	Centro	19	3
6	São Miguel	20	3
10	São Miguel	20	6
13	Centro	18	1
17	Centro	6	0
20	Centro	9	1
24	Centro	14	6
27	Centro	28	1
31	São Miguel	27	2
38	Vicentina	26	0
45	Vicentina	19	2
52	Vicentina	39	3
59	Cristo Rei	30	1
73	Padre Reus	24	3
80	Duque De Caxias	37	0
87	Santa Tereza	28	0
94	Santa Tereza	29	0
101	São José	29	2
108	Rio Branco	23	0
115	Jardim América	28	1
122	Jardim América	22	0
136	Santo André	31	0
143	Pinheiro	28	1
150	Feitoria	36	0
157	Feitoria	35	0
164	Feitoria	36	0
171	Feitoria	36	0
178	Feitoria	33	0
185	Santos Dumont	32	0
199	Rio Dos Sinos	29	3
206	Santos Dumont	35	2
213	Scharlau	36	0
220	Scharlau	19	0
227	Campina	25	5
234	Campina	22	0
248	Campina	29	3
255	Arroio Da Manteiga	29	0
262	Arroio Da Manteiga	32	0
269	São José	30	5
777	Santa Marta	31	1

## **7 REVISÃO DE CODIFICAÇÃO**

A revisão da codificação foi realizada por um coordenador da pesquisa e dois alunos do Mestrado de Ciências da Saúde previamente treinados. Assim desde do início do estudo os questionários foram sendo revisados.

## **8 CONTROLE DE QUALIDADE**

Elaborou-se, para o controle de qualidade, um questionário simplificado contendo perguntas de respostas perenes no período.

Para coleta destes dados foram sorteados 10% das pessoas incluídas no estudo por setor. As entrevistas foram realizadas por telefone, exceto para aquelas sem telefone informado, neste caso a entrevista foi realizada no domicílio.

O Controle de qualidade foi realizado nos meses finais do trabalho de campo, por dois entrevistadores especialmente treinados para a tarefa.

## **9 ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO**

As entrevistas foram concluídas no dia 08 de novembro de 2003, totalizando 1026 questionários.



## **10 DIGITAÇÃO/ BANCO DE DADOS**

A base de dados para a digitação foi criada no programa Epi-info 6.0. A digitação foi realizada em dupla entrada e posterior comparação, para eliminar a probabilidade de erros.

- Primeira entrada de digitação dos questionários: início 27/10/03, término 13/01/04,
- Segunda entrada de digitação dos questionários: início 01/12/03, término. 18/01/04.

Após a conferência dos bancos de dados, estes foram transferidos para o programa SPSS 11.0 for windows e Stata 7.0 para análise estatística.

**Artigo Científico** *escrito segundo as normas para publicação da Revista Panamericana de Salud Pública*



Fatores associados ao sobrepeso e a obesidade em  
mulheres no sul do Brasil

**Associated Factors to Overweight and Obesity in Women in the South of  
Brazil**

**Autores:**

Luciana TEICHMANN<sup>1</sup>

Maria Teresa Anselmo OLINTO<sup>1</sup>

Juvenal Soares DIAS DA COSTA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UNISINOS)

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

**Correspondência para/ correspondence to:**

Maria Teresa Anselmo Olinto

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Unisinos, 950 - Bairro Cristo Rei

93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil

E-mail: mtolinto@unisinos.br

Fone: (51) 590-87-52

FAX: (51) 590-84-79

Financiado pela FAPERGS via Proad2 (nº02/0645,9) e Edital Universal 6 do CNPQ (nº 473478/200-0), com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Parte de dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, 2005.

## Resumo

**Objetivo:** Identificar a prevalência e os fatores de risco para sobrepeso e obesidade nas mulheres de São Leopoldo, RS, Brasil.

**Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com base populacional incluindo 981 mulheres de 20 a 60 anos de idade. Sobrepeso foi definido pelo índice de massa corporal entre 25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup> e obesidade foi considerada como IMC  $\geq$ 30 Kg/m<sup>2</sup>. As medidas de efeito brutas e ajustadas foram calculadas pela Regressão de Poisson.

**Resultados:** A prevalência de sobrepeso foi de 31,7% (IC<sub>95%</sub> 28,9 – 34,7) e 18% (IC<sub>95%</sub> 15,8 – 20,6) das mulheres estavam obesas. Após o ajuste no modelo multivariado, o risco de obesidade era maior nas mulheres de 50 a 60 anos, inseridas nas classes econômicas mais baixas (D e E), com 5 ou mais filhos, com história familiar de obesidade, com hipertensão arterial e que relataram fazer as refeições de forma rápida. Idade da menarca mostrou-se inversamente associada com obesidade.

O risco de sobrepeso aumentou com a idade, com o número de filhos, com estado civil e história familiar de obesidade. A única variável socioeconômica associada com sobrepeso foi escolaridade.

**Discussão:** Foram percebidos diferenciais entre a determinação de obesidade e de sobrepeso. O estudo comprovou que o direcionamento das ações no sentido do aumento da escolaridade pode influir positivamente nos indicadores de sobrepeso e, conseqüentemente, de obesidade.

**Descritores:** Sobrepeso, obesidade, mulheres, prevalência, fatores de risco.

**Abstract**

**Objective:** To know the prevalence and associated risk factors of overweight and obesity in women living in São Leopoldo, RS, Brazil.

**Methods:** A Cross-Sectional population-based study in 981 women from 20 to 60 years old was carried out. Overweight was defined as Body Mass Index (BMI) between 25 and 29.9 Kg/m<sup>2</sup> and obesity as BMI  $\geq$ 30 Kg/m<sup>2</sup>. Adjusted and crude measures of association were calculated using Poisson Regression.

**Results:** A total of 31.7% (CI<sub>95%</sub> 28.9 - 34.7) of the women were overweight and 18% (CI<sub>95%</sub> 15.8 – 20.6) were obese. After adjustments in the multivariate model, risk of obesity was higher in women aged 50 to 60 years, belonging to lower economic classes (D and E), having offspring equal or more than 5, with parental history of obesity, with hypertension and in those who reported eating fast. Menarche age has shown an inverse association with obesity. The risk of overweight increased with age, with the number of offspring, with marital status and parental history of obesity. The only socioeconomic variable associated with overweight was referring to years of schooling.

**Discuss:** There were differences in obesity and overweight determinants. Results confirmed that actions directed to increase education levels could have a positive effect on the overweight indicators, and indirectly in obesity indicators.

**Keywords:** overweight, obesity, women, prevalence, risk factors

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença que afeta as nações desenvolvidas e em desenvolvimento, sendo considerada uma epidemia mundial que atinge indivíduos em todos os níveis socioeconômicos <sup>1, 2, 3</sup>.

As conseqüências do excesso de peso têm sido analisadas em diversos trabalhos, os quais demonstram que a obesidade é fator de risco para a maioria das doenças crônicas como diabetes melittus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, certos tipos de neoplasias e, ainda, apnéia do sono, distúrbios psicossociais e osteoartrites <sup>4</sup>.

A obesidade é claramente mais predominante em mulheres em todo o mundo. Vários são os estudos demonstrando que os determinantes da obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo com maior freqüência entre as mulheres e com aumento da idade <sup>1, 5, 6</sup>.

O mais recente fenômeno observado em diversos países é a influência das diferenças sociais na prevalência da obesidade <sup>7</sup>. A maioria dos estudos em países desenvolvidos tem mostrado que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores risco de sobrepeso e obesidade <sup>5,6</sup>.

No Brasil, entre 1975 e 1997, a proporção de pessoas apresentando excesso de peso aumentou em todas as regiões e camadas sociais. No que se referem à situação socioeconômica, os resultados de um estudo envolvendo todo o território nacional no período mostrou que nas regiões com menor desenvolvimento a obesidade apresentou um crescimento maior e mais significativo entre mulheres de renda mais elevada (9,8% para 14,5%) quando

comparadas às de menor renda. Já nas regiões mais desenvolvidas, a obesidade aumentou entre mulheres de menor renda (11,2% para 14,1%), e declinou entre as mulheres de maior renda (14,4% para 9,8%)<sup>8</sup>.

Em relação ao sobrepeso, o mesmo estudo mostrou, que entre as mulheres no período de 1975-1989, houve um declínio importante na prevalência de sobrepeso (13,4% para 7,5%), diminuindo ainda no período de 1989-1997 (7,5% para 6,5%).

Este trabalho teve o objetivo de estimar a atual situação de sobrepeso e obesidade em mulheres adultas no sul do Brasil. Foram investigados os fatores associados para cada um dos desfechos. Assim, espera-se que as estimativas de obesidade e sobrepeso e suas respectivas associações possam contribuir na formulação de políticas, programas e ações de saúde direcionadas para o problema.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com uma amostra representativa de mulheres de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo, RS. Este projeto fez parte do estudo “Condições de saúde de mulheres adultas residentes na região do Vale do Rio dos Sinos, RS”.

O tamanho da amostra foi calculado para a investigação de diversos desfechos em saúde, escolhendo-se o maior tamanho de amostra – no caso o estudo da prevalência de diabetes mellitus. Assim, essa amostra permitiu identificar uma razão de risco de 2,0, com um nível de confiança de 95%, com um poder estatístico de 80% e mantida uma razão de não expostos:expostos de 1:3 para a variável classe econômica. Ao se considerar possíveis



perdas/recusas durante o trabalho de campo e o controle de fatores de confusão na análise dos dados, a amostra foi acrescida em 25%, sendo necessárias 1.358 mulheres.

Para localizar as 1.358 mulheres, estimou-se, em média, 3,35 pessoas/domicílio no município e 28,2% da população constituída de mulheres na faixa etária de interesse <sup>9</sup>. Assim, foi necessário visitar um total de 1.437 domicílios <sup>10</sup> selecionados através de uma amostra sistemática de 40 setores censitários sorteados entre os 270 existentes na zona urbana da cidade. O processo de amostragem foi por múltiplos estágios incluindo amostragem sistemática dos setores, seguida de amostragem aleatória simples de quadras e domicílios em cada setor. As casas foram alternadamente (pulo de uma casa) selecionadas para o estudo até completar os 36 domicílios/setor. Todas as mulheres de 20 a 60 anos residentes nestes domicílios foram convidadas a participar do estudo.

Para investigar as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, de morbidade e comportamentais da amostra foram aplicados questionários padronizados, pré-codificados e pré-testados, por entrevistadores submetidos a um programa de treinamento.

As seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas foram utilizadas para descrever a amostra: idade em anos completos no momento da entrevista e categorizada em faixas etárias de 10 anos; classe econômica, segundo classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) <sup>11</sup>, renda familiar *per capita*, pela informação da renda de cada componente da família no último mês e categorizada em salários mínimos *per capita*; escolaridade, coletada em anos completos de estudo e categorizada de acordo

com quartis; cor da pele, observada pelo entrevistador; estado civil informado pela entrevistada; e, situação de emprego, informação sobre atividade remunerada e categorizada em trabalhando ou não no momento.

As variáveis reprodutivas investigadas foram número de gestações (nulíparas, de 1 a 2 filhos, 3 a 4 filhos e 5 filhos ou mais) e idade da menarca (8 a 11 anos, 12 a 13 anos e 14 anos ou mais). As variáveis foram coletadas como contínuas e, posteriormente, categorizadas em pontos de cortes que permitissem a comparabilidade com outros estudos <sup>12</sup>.

As informações sobre história de obesidade paterna e/ou materna, hipertensão arterial e diabetes melittus diagnosticado por médico nas mulheres foram obtidas através do relato. Para a avaliação de distúrbios psiquiátricos menores utilizou-se o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) <sup>13</sup>. A prática de atividade física avaliada através de instrumento adaptado do Programa Agita Brasil <sup>14</sup>. Sendo que, foram classificadas como sedentárias, ou seja, sem prática de atividade física aquelas mulheres que referiam não realizar nenhuma atividade física no lazer ou informaram fazer alguma atividade apenas uma vez por semana e de forma leve <sup>14</sup>.

As informações referentes aos hábitos alimentares incluíram: medida quantitativa do total de refeições por dia e medida subjetiva quanto ao tempo gasto para fazer as refeições - na qual a própria entrevistada classificava-se como devagar, normal ou rápido.

A coleta das medidas antropométricas seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde <sup>4</sup> - peso (kg) com precisão de 100 g e altura (cm) com precisão de 0,1 cm. As duas medidas foram coletadas duas vezes. Durante o treinamento foi realizada a padronização da tomada das medidas

antropométricas. As mulheres do estudo foram classificadas conforme o índice de massa corporal (IMC) em: normal para  $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ , sobrepeso para  $IMC \geq 25$  e  $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$  e obeso para  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ .

Para assegurar o controle de qualidade das informações, foram refeitas 10% das entrevistas, utilizando-se um questionário simplificado. A codificação das informações foi realizada pelos entrevistadores e supervisionada pela coordenação da pesquisa. A digitação dos dados seguiu o procedimento de dupla entrada no programa EPI-INFO 6.0 (CDC, Atlanta, US) e comparação das digitações. A limpeza dos dados foi realizada através da verificação de consistência entre as variáveis. As análises bivariada e multivariada foram realizadas nos Programas SPSS versão 11.0 e STATA 7.0 (Stata, Texas, US), de acordo com um plano de análise pré-estabelecido.

A análise bivariada incluiu o teste de qui-quadrado e o cálculo das razões de prevalências com seus intervalos de confiança de 95%, separadamente para os desfechos sobrepeso e obesidade. Em ambos os casos a categoria básica de comparação foram as mulheres com  $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ . As mulheres com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) foram excluídas da análise quando o desfecho considerado era sobrepeso. As razões de prevalência para sobrepeso e obesidade que apresentaram significância de  $p < 0,20$  foram consideradas com diferenciais de risco e foram incluídas no modelo multivariado. A análise multivariada seguiu um modelo conceitual definido a '*priori*'<sup>15</sup> (Figura 1). Neste modelo, a decisão das variáveis a serem incluídas na análise seguiu a hierarquia na relação entre elas. As variáveis que pertencem ao Bloco I na determinação foram as primeiras a serem incluídas no modelo, uma vez que atuavam sobre o desfecho, mas não seriam

determinadas pelas variáveis proximais ao desfecho. Neste primeiro bloco (Bloco I) foram incluídas as variáveis demográficas e as socioeconômicas. No bloco seguinte (Bloco II), foram incluídas as variáveis reprodutivas e hereditárias que poderiam ser determinadas pelas variáveis do bloco superior (i.e. distal). No Bloco III foram incluídas as variáveis de morbidade que podem ser determinadas também por fatores genéticos e, ao mesmo tempo, determinar hábitos alimentares e de atividade física presentes no Bloco IV, considerados fatores proximais ao desfecho, ou seja, de determinação mais direta do sobrepeso e obesidade. Para qualquer variável permanecer no modelo final deveria no teste *Wald* apresentar pelo menos uma categoria com significância estatística de p-valor  $<0,05$ , sendo assim, considerada um potencial fator de confusão para o próximo bloco de análise. Os modelos multivariados foram realizados separadamente para cada um dos dois desfechos, sobrepeso e obesidade. Por se tratarem de desfechos frequentes na população, utilizou-se Regressão de *Poisson* no programa *Stata*. O efeito do desenho neste estudo foi de 1,03, portanto, não houve necessidade de considerá-lo na análise estatística.

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, RS. Na coleta de dados os aspectos éticos foram preservados através do Termo de Consentimento Informado.

## RESULTADOS

Do total de 1084 mulheres de 20 a 60 anos residentes nos domicílios sorteados houve 5,4% de perdas/recusas, sendo 1.026 mulheres entrevistadas.

O presente artigo refere-se às 981 mulheres que não estavam grávidas no momento da entrevista ou que tiveram incompletas as medições de peso ou a altura. A maioria dessas mulheres tinha idade entre 20 a 49 anos (81,9%), 64% eram casadas ou viviam em união estável e 84% tinham a cor da pele avaliada como branca. As mulheres, predominantemente, pertenciam à classe econômica C (39,7%) e tinham renda *per capita* igual ou inferior a três salários mínimos (79,1%).

Do total da amostra, 31,7% (IC<sub>95%</sub>: 28,9 – 34,7) apresentava sobrepeso e 18% (IC<sub>95%</sub>:15,8 – 20,6) apresentava obesidade. Salienta-se que, menos de 2% das mulheres tinham peso abaixo do normal (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>).

A análise mostrou que as prevalências de sobrepeso foram maiores nas mulheres de baixa escolaridade e a partir dos 40 anos. A prevalência de sobrepeso apresentou um aumento de 60% nas mulheres de 50 a 60 anos comparadas com as mais jovens (20 a 29 anos). Chamam atenção, as elevadas prevalências de sobrepeso em mulheres casadas (44,5%) e com baixa escolaridade (51,9%) (Tabela 1).

Também foi verificou que 50% das mulheres com pai obeso apresentavam sobrepeso. Paridade e hipertensão arterial sistêmica também estavam associadas à presença de sobrepeso (Tabela 1).

Observa-se, na Tabela 2, que a obesidade foi diretamente associada com a idade, mas, inversamente associada com escolaridade, renda *per capita*

e classe social, ou seja, a obesidade foi maior nas mulheres com piores condições socioeconômicas. Nas análises, observa-se que as condições socioeconômicas apresentaram maior magnitude de efeito sobre a obesidade. Mulheres pertencentes ao menor quartil de escolaridade apresentaram probabilidade 2,5 vezes maior de obesidade comparado com aquelas de maior escolaridade. Classes econômicas menos favorecidas (D e E) e renda *per capita* menor ou igual a um salário mínimo, respectivamente, tiveram aumento de obesidade de 3,1 e 2,4 vezes quando comparadas com as categorias de base (Tabela 2).

Em relação à idade, as mulheres com mais de 50 anos apresentavam 3,4 vezes mais probabilidade de apresentar obesidade do que aquelas na faixa entre 20 e 29 anos. A análise mostrou que estar trabalhando foi um fator de proteção para obesidade. A obesidade foi mais prevalente em nas mulheres viúvas e casadas (Tabela 2).

A Tabela 2 evidencia a associação entre idade precoce da menarca e aumento da prevalência de obesidade. História de obesidade na mãe (RP=1,70; IC 95% 1,21 – 2,37) e em ambos (RP=1,80; IC 95% 1,11 – 2,90) também estavam associados à obesidade nas mulheres estudadas.

Esta tabela, também, evidencia as co-morbidades associadas, isto é, cerca de 40% das mulheres com diabetes ou com hipertensão, apresentavam obesidade. Observa-se maior prevalência de obesidade nas mulheres que realizam refeições de forma rápida.

A variável paridade estava associada com aumento da prevalência obesidade e quanto maior a idade da menarca maior a proteção para obesidade na vida adulta (Tabela 2).

As figuras 2 e 3 apresentam os modelos multivariados finais para obesidade e sobrepeso. Após o ajuste permaneceram nos modelos diferentes fatores na determinação dos desfechos. Idade superior a 40 anos estava associada ao aumento da prevalência de obesidade, entretanto, para sobrepeso observou-se o aumento após os 50 anos de idade, mas esse efeito é limítrofe (RP=1,33; IC<sub>95%</sub>:1,00-1,78). Observa-se, também, que na análise multivariada houve redução na magnitude do efeito da idade, tanto para sobrepeso como obesidade. As associações de obesidade observadas entre as mulheres casadas e entre as viúvas desapareceram. Em relação ao sobrepeso, foram observadas diferenças apenas para as casadas, embora, com o intervalo de confiança limítrofe (RP=1,42; IC<sub>95%</sub>:1,08-1,57). Para as características socioeconômicas, a magnitude do efeito de cada categoria de classe econômica sobre a obesidade aumentou e manteve mesma tendência, entretanto, com redução da precisão. Após o ajuste, o efeito da escolaridade perdeu a significância sobre obesidade, mas, manteve-se inversamente associado com sobrepeso. Mulheres com até 4 anos de escolaridade apresentaram um aumento de 33% na prevalência de sobrepeso quando comparadas com as mulheres do maior quartil de escolaridade (11 a 23 anos de estudo).

Nos dois modelos (figura 2 e 3), o maior número de gestações estava associado ao aumento da prevalência. Mulheres com cinco ou mais gestações tiveram freqüência de obesidade três vezes maior comparada com as nulíparas. Observa-se na figura 2 que quanto maior a idade da menarca, maior a proteção para obesidade na vida adulta. Idade da menarca igual ou superior a 14 anos, após o ajuste no modelo, conferiu proteção para obesidade de 58%.

Esse efeito não foi observado para o sobrepeso. Hipertensão arterial manteve-se como co-morbidade associada, significativamente, apenas para obesidade (RP=2,35; IC<sub>95%</sub>: 1,75-3,17). História de obesidade no pai estava associada aos dois desfechos, destacando-se o maior efeito da obesidade paterna no sobrepeso das mulheres, representando aumento da prevalência de 52%. História de obesidade da mãe associou-se positivamente tanto com o sobrepeso, ainda que limítrofe (RP=1,28; IC<sub>95%</sub> 1,05-1,57) quanto com a obesidade (RP=1,49; IC<sub>95%</sub> 1,12-1,99). Dentre as variáveis de comportamento alimentar, fazer as refeições de forma rápida foi a única que manteve seu efeito associado à presença de obesidade, após o ajuste no modelo para as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hereditárias e de co-morbidade, (RP=1,72; IC<sub>95%</sub>:1,21-2,44).



## DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo de base populacional, no qual a distribuição percentual de mulheres na faixa etária analisada foi semelhante àquela encontrada para o Censo Demográfico de 2000 na cidade de São Leopoldo, conferindo representatividade para a população amostrada, afastando o viés de seleção. A análise multivariada foi realizada com o intuito de se controlar os fatores de confusão e as comparações com outros estudos atenuaram a possibilidade de achados ao acaso.

As prevalências de sobrepeso e obesidade reveladas nesta investigação comprovaram os níveis epidêmicos que este problema tem assumido em todo o mundo <sup>3</sup>. Mais de um terço das mulheres de São Leopoldo apresentavam sobrepeso, enquanto quase 20% da população feminina já apresentava obesidade, dois reconhecidos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis <sup>16</sup>.

As prevalências neste estudo assemelham-se aos resultados obtidos em outras investigações. Estudo transversal realizado em Pelotas, RS, mostrou que a prevalência de obesidade em mulheres adultas foi de 25% (IC<sub>95%</sub>;22 a 29) <sup>17</sup>. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN, no Brasil urbano em 1989, a prevalência de sobrepeso entre mulheres adultas foi de 34,7% e 19,9% das mulheres eram obesas <sup>2</sup>. O estudo de Monteiro e colaboradores <sup>7</sup>, a partir de análise de estudos conduzidos em trinta e sete países entre 1992 e 2000, indicou que a prevalência de obesidade em

mulheres adultas no Brasil era de 13,2%. Resultados descritos na literatura de outros países têm comprovado a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. A prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres no Canadá em 1992 foi de 25,2% e 15,4% respectivamente <sup>18</sup>. Na Austrália 11% das mulheres são obesas considerando dados de 1997 <sup>19</sup> e a obesidade em 1994 nos EUA, teve prevalência de 25% entre mulheres <sup>20</sup>.

Os resultados do presente estudo são consistentes com a literatura no que se refere ao efeito da idade na obesidade. No modelo final, para determinantes de obesidade, observou-se que, comparadas às mulheres com idade entre 20 e 29 anos, a probabilidade para obesidade para aquelas da faixa etária entre 40-49 anos foi duas vezes maior, passando a ser três vezes maior quando elas atingem 50 a 60 anos de idade. O efeito da idade sobre a obesidade também foi verificado em outros estudos <sup>5,17</sup>.

Em relação às características socioeconômicas, a obesidade entre as mulheres mostrou uma associação inversa, ou seja, à medida que as mulheres apresentavam piores condições de vida, aumentava a prevalência de obesidade. O risco de obesidade chegou a ser três vezes maior entre as mulheres inseridas nas classes D e E. Estes resultados vêm sendo demonstrados também em outras investigações, mesmo em regiões mais desenvolvidas <sup>1, 5, 6, 7, 8</sup>.

Observou-se que houve aumento nas prevalências de sobrepeso e de obesidade nas mulheres com menor escolaridade. As mulheres pertencentes ao menor quartil apresentaram uma probabilidade 33% maior de sobrepeso do que as mulheres com 11 anos ou mais de estudo, o que poderia ser em parte, efeito de piores condições de vida, informação, orientação para redução de

peso, menor adesão a um estilo de vida mais saudável, consumo de alimentos de baixo custo, porém com elevada densidade energética <sup>3, 5, 21</sup>.

Alguns fatores sociais e culturais têm sido incluídos nos modelos explanatórios das diferenças na frequência de obesidade. Na investigação de Monteiro e colaboradores<sup>8</sup>, observou-se que a prática de exercício físico regular entre as mulheres, mostrou-se mais freqüente nas regiões de maior desenvolvimento do que nas regiões menos favorecidas economicamente (9,8% e 5,5% respectivamente) e, que foi muito mais freqüente entre as mulheres de maior renda quando comparadas com as de menor renda (18,05% e 1,3% respectivamente). No presente estudo, atividade física não mostrou associação com os desfechos. A falta de associação entre atividade física e os desfechos pode ser explicada pelo viés de causalidade reversa.

Na análise bivariada houve tendência de maior sobrepeso nas mulheres brancas e maior obesidade nas mulheres negras ou pardas (não brancas). Entretanto, este estudo não teve poder estatístico ( $1-\beta$ ) suficiente para encontrar associação significativa, principalmente, pelo pequeno número de mulheres não brancas. Além disto, entre as não brancas, as negras eram apenas 33 mulheres e apresentavam 23,3% de obesidade e as pardas 20,4% de obesidade - prevalência mais próxima das brancas. Este resultado apresenta a mesma tendência de outro estudo realizado no sul do Brasil <sup>17</sup>.

Dentre as variáveis reprodutivas analisadas em nosso estudo, a paridade mostrou-se um importante fator associado, tanto para sobrepeso como para obesidade (RP=1,82 e RP=3,19, respectivamente), depois de ajustada no modelo multivariado. Similar resultado foi apontado no estudo de mulheres de Belo Horizonte <sup>12</sup>.

De acordo com a literatura, a menarca se dá por volta dos 12 e 13 anos de idade <sup>22</sup>. Picanço em sua investigação encontrou a idade média da menarca no Brasil de 13,02 anos ( $\pm 0,09$ ) <sup>23</sup>. Em nosso estudo, a idade tardia de menarca mostrou-se fator protetor para a obesidade. Na investigação de Kac e colaboradores<sup>12</sup>, a prevalência de obesidade global foi de 52% em mulheres com idade de menarca < 12 anos, com uma chance de três vezes maior de obesidade entre essas mulheres comparadas àquelas que tiveram a primeira menstruação com idade  $\geq 12$  anos. Artigos recentes sugerem que pode existir a relação entre a massa de gordura corporal e o início da puberdade: a síntese de leptina pelos adipócitos aceleraria a maturação do tecido <sup>24</sup> e a função reprodutiva <sup>25</sup>.

O estudo apontou para um efeito da obesidade de pai/mãe associada ao sobrepeso das mulheres. Assim, a presença de pais obesos está associada a ocorrência de obesidade nos filhos, tanto por fatores genéticos como ambientais e culturais. Sugere-se a necessidade de mais estudos com abordagem antropológica e comportamental para melhor compreensão desta associação.

Entre as morbidades estudadas, Hipertensão Arterial manteve-se, fortemente, associada com obesidade, mesmo após o ajuste no modelo. A relação causal entre obesidade e Hipertensão é reconhecida, tanto que a perda de peso é considerada de fundamental importância para o tratamento não medicamentoso da condição <sup>26</sup>.

Maior número de refeições não se mostrou significativamente associado à obesidade ou ao sobrepeso, discordando de outro estudo trabalho realizado com adultos no sul do Brasil <sup>27</sup>. Entretanto, o ato de realizar as refeições de

forma rápida apresentou-se como fator de risco para obesidade. Este achado pode ser interpretado de várias formas, desde àquelas associadas ao estilo de vida, ao estresse, a pouca atividade física, às condições impostas na cultura ocidental, até aquelas diretamente ligadas ao metabolismo e aos fenômenos biológicos e bioquímicos do comportamento alimentar que relacionam inúmeros componentes reguladores da sofisticada relação fome, saciedade e gasto energético<sup>28</sup>. Sabe-se hoje, por exemplo, que as bases neurais da saciedade estão diretamente relacionadas ao tempo dedicado ao ato de se alimentar, pois existe comunicação estreita entre ingestão, esvaziamento gástrico, absorção e estoque de nutrientes através da produção de moléculas sinalizadoras e norteadoras (Insulina, Ácidos Graxos, Colecistoquinina, Neuropeptídeo Y, Leptina, Orexina e tantas outras) dos diferentes circuitos fisiológicos que regulam o processo da nutrição de forma integrada <sup>29 30</sup>.

Enfim, os achados do presente estudo indicaram diferenciais entre a determinação de obesidade e de sobrepeso. Enfatiza-se que o direcionamento das ações no sentido do aumento da escolaridade pode influir positivamente nos indicadores de sobrepeso e, conseqüentemente, de obesidade.

## REFERÊNCIAS

1. Popkin BM, Doack MD. The obesity Epidemic Is a Worldwide Phenomenon. *Nutrition Reviews*. 1998; 56(6):106-14.
2. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições Nutricionais da População Brasileira: adultos e idosos. Brasília: Ministério da Saúde/INAN (Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição), 1991.
3. Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(4):278-84.
4. World Health Organization. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. Gutierrez- Fisac JL, Regidor E, Banegas JRB, Artalejo FR. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987-1995/97. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(6):457-60.
6. Torrance GM, Hooper MD, Reeder BA. Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992): evidence from national surveys using measured height and weight. *International Journal of Obesity*. 2002; 26:797-804.
7. Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity* 2004; 1-6.
8. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Part I. What has happened in terms of some of the unique elements of shift in diet, activity, obesity, and other measures of morbidity and mortality within different regions of the world? Is

obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition*. 2002; 5(1A):105-112.

9. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE- Censo Demográfico, 2000. site:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000> acessado em 20/10/2003.

10. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil. Um Manual para Diagnósticos Comunitários*. 2<sup>nd</sup> ed. Editora HUCITEC-UNICEF: São Paulo; 1998.

11. ANEP. Site:<http://www.anep.org.br/codigosquias/CCEB.pdf>>. acesso em 12/03/2004.

12. Kac G, Velásquez-Meléndez G, Valente J. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl.1):S111-S118.

13. Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatric*.1986; 148:23-6.

14. Ministério da Saúde. *Agita Brasil: Guia para agentes multiplicadores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

15. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. *Int J Epidemiol*, 1997; 26:224-7.

16. Solomon CG & Manson JE Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *Am J Clin Nutr*, 1997; 66(Suppl 1), 1044s-1050S.

17. Gigante DP, Barros FC, Post CLA, Olinto MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31(3):236-46.
18. MacDonald SM, Reeder BA, Chen Y, Deprés J-P. Canadian Health Surveys Research Group. Obesity in Canada: a descriptive analysis. *Can Med Assoc J*. 1997; 157 (Suppl 1); S3 – S9.
19. National Health and Medical Research Council. Acting on Australia's weight: a strategic plan for the prevention of overweight and obesity. Commonwealth of Australia: Canberra; 1997
20. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22:39- 47.
21. Sichieri R. *Epidemiologia da Obesidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
22. Crespim J. Estatura e idade à menarca e estatura definitiva. Estudo retrospectivo de 120 adolescentes. *Pediatria Mod* 1999;35:403-10.
23. Picanço MRA. A idade da menarca da menina brasileira: os fatores socioeconômicos e as diferenças regionais. Análise dos dados da PNSN, 1989 [tese] Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro
24. Ahima RS, Dushay J, Flier SN, Prabakarma D, Flier JS. Leptin accelerates the onset of puberty in normal female mice. *J Clin Invest*.1997; 99:391-5.
25. Chehab FF, Mouzih K, Lu R, Lim ME. Early onset of reproductive function in normal female mice treated with leptin. *Science*. 1997; 257:88-90
26. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – The JCN 7 Report, *JAMA* 2003; 289:2560-72.



27. Olinto MTA, Gigante D, Costa JSD, Menezes AMB, Macedo S. Prevalence and characteristics of morbidities associated with nutritional conditions in women living in southern Brazil In: 17TH INTERNATIONAL CONGRESS OF NUTRITION, 2001, Viena. *Annals of Nutrition & Metabolism* 2001.v.45,p.411  
1995.
28. Hinton EC, Holland AJ, Gellatly MS, Soni S, Patterson M, Ghatei MA, Owen AM. Neural representations of hunger and satiety in Prader-Willi syndrome. *Int J Obes* , 2006; 30(2):313-21.
29. Levine AS & Billington CJ. Why do we eat? A neural systems approach. *Annu Rev Nutr.* 1997;17:597-619.
30. Williams G, Bing C, Cai XJ, Harrold JA, King PJ, Liu XH. The hypothalamus and the control of energy homeostasis: different circuits, different purposes. *Physiol Behav.* 2001 Nov-Dec;74(4-5):683-701.

Figura 1. Modelo Hierárquico de Análise para Sobrepeso e Obesidade  
 Figure 1. Hierarchical Model for Analyzing Overweight and Obesity

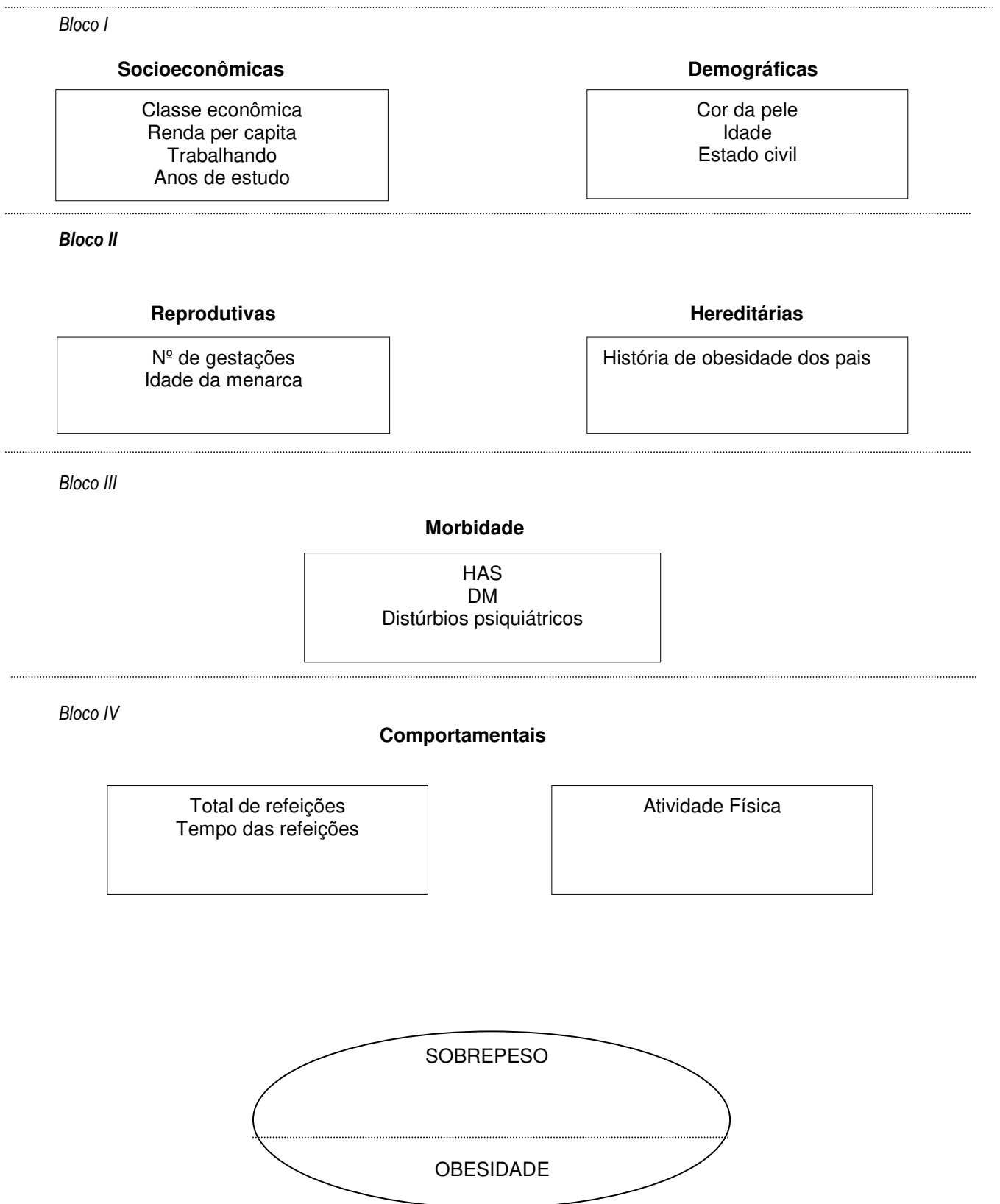


Figura 2. Modelo Multivariado Hierarquizado Final\* com Razões de Prevalência e Intervalos de Confiança de 95% dos determinantes para Obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>)

Figure 2. Final Multivariate Hierarchical Model with Prevalence Rates and Confidence Intervals of 95% for Obesity Determinants (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>)

*Bloco I*

**Socioeconômicas**

**Classe econômica**

Classe A	1
Classe B	2,30 (1,01-5,27)
Classe C	2,74 (1,15-6,50)
Classe D/E	3,36 (1,35-8,37)

**Demográficas**

**Idade**

20-29 anos	1
30-39 anos	1,18 (0,72-1,95)
40-49 anos	1,87 (1,19-2,95)
50-60 anos	2,87 (1,80-4,59)

*Bloco II*

**Reprodutivas**

**Nº de gestações**

Nulípara	1
1 a 2 filhos	2,02 (1,08-3,76)
3 a 4 filhos	2,14 (1,10-4,16)
5 ou mais	3,19 (1,57-6,48)

**Idade da menarca**

8 a 11 anos	1
12 a 13 anos	0,62 (0,47-0,83)
14 anos ou +	0,42 (0,30-0,59)

**Hereditárias**

**História de obesidade dos pais**

Não	1
Mãe	1,49 (1,12-1,99)
Pai	1,39 (0,86-2,24)
Ambos	1,96 (1,32-2,92)

*Bloco III*

**Morbidade**

**HAS**

Não	1
Sim	2,35 (1,75-3,17)

*Bloco IV*

**Comportamentais**

**Tempo das refeições**

Devagar	1
Normal	1,06 (0,71-1,57)
Rápido	1,72 (1,21-2,44)

OBESIDADE

\* Bloco I - ajustado para renda, classe econômica, trabalho no momento, anos de estudo, estado civil, idade; Bloco II- ajustado para classe econômica, idade, número de gestações, idade da menarca, história de obesidade dos pais; Bloco III- ajustado para Bloco I, II, distúrbios psiquiátricos menores, diabete, hipertensão; Bloco IV – ajustado para Bloco I, II, hipertensão e total de refeições.

Figura 3. Modelo Multivariado Hierarquizado Final\* com Razões de Prevalência e Intervalos de Confiança de 95% dos determinantes para Sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> e  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>) \*  
 Figure 3. Final Multivariate Hierarchical Model with Prevalence Rates and Confidence Intervals of 95% for Overweight Determinants (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> e  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>)

Bloco I

**Socioeconômicas**

<b>Anos de estudo</b>	
IV Quartil	1
III Quartil	0,85 (0,62-1,16)
II Quartil	1,21 (0,94-1,56)
I Quartil	1,33 (1,01-1,74)

**Demográficas**

<b>Idade</b>	
20-29 anos	1
30-39 anos	1,05 (0,81-1,38)
40-49 anos	1,24 (0,97-1,60)
50-60 anos	1,33 (1,00-1,78)
<b>Estado civil</b>	
Solteira	1
Casada/união	1,42 (1,08-1,88)
Separ/divorc	0,92 (0,60-1,40)
Viúva	1,08 (0,65-1,79)

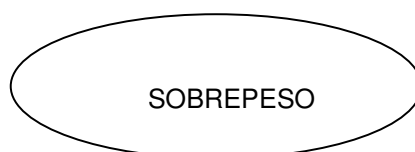
Bloco II

**Reprodutivas**

<b>Nº de gestações</b>	
Nulípara	1
1 a 2 filhos	1,21 (0,87-1,69)
3 a 4 filhos	1,57 (1,10-2,25)
5 ou mais	1,82 (1,19-2,79)

**Hereditárias**

<b>História de obesidade dos pais</b>	
Não	1
Mãe	1,28 (1,05-1,57)
Pai	1,52 (1,16-2,00)
Ambos	1,18 (0,85-1,66)



\* Bloco I : ajustado para renda, trabalhando no momento, anos de estudo, estado civil e idade.

Bloco II: ajustado para anos de estudo, idade, estado civil, número de gestações, história de obesidade, HAS e total de refeições.

Tabela 1. Razão de prevalência de sobrepeso de acordo com as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hereditárias, comportamentais e de morbidade de mulheres adultas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003. (n=804)

Table 1. Prevalence Ratio of Overweight according to socioeconomic, demographic, reproductive, hereditary, morbidity and behavioral characteristics of adult women. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003.(n=804)

Variável	Prevalência (%)	Razão de prevalência	Intervalos de confiança
<b>Idade</b>			
20 – 29 anos	30,9	1,0	
30 – 39 anos	36,3	1,17	0,85 - 1,62
40 – 49 anos	42,9	1,39	1,03 – 1,88
50 – 60 anos	<b>49,6</b>	1,60	1,14 – 2,25
<b>Cor da pele</b>			
Branca	39,5	1,0	
Não branca	34,2	0,86	0,62 – 1,20
<b>Estado civil</b>			
Solteira	26,4	1,0	
Casada/em união	44,5	1,68	1,24 – 2,20
Separada/divorciada	30,0	1,14	0,70 – 1,84
Viúva	43,3	1,64	0,89 – 3,01
<b>Anos de estudo</b>			
IV Quartil (11-23 anos)	31,1	1,0	
III Quartil (8-10 anos)	30,0	0,96	0,67 – 1,39
II Quartil (5-7 anos)	47,6	1,53	1,15 – 2,02
I Quartil (0-4 anos)	51,9	1,68	1,25 – 2,25
<b>Classe econômica (ANEP)</b>			
Classe A	31,5	1,0	
Classe B	39,0	1,24	0,78 – 1,96
Classe C	38,2	1,21	0,78 – 1,89
Classe D e E	42,0	1,33	0,84 – 2,12
<b>Renda per capita em SM</b>			
6,01 ou mais SM	27,4	1,0	
3,01 a 6 SM	27,3	0,99	0,55 – 1,80
1,01 a 3 SM	43,5	1,59	0,96 – 2,62
0 a 1 SM	40,3	1,47	0,88 – 2,45
<b>Trabalhando</b>			
Não	42,4	1,0	
Sim	36,2	0,85	0,68 – 1,07

Tabela 1. Razão de prevalência de sobrepeso de acordo com as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hereditárias, comportamentais e de morbidade de mulheres adultas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003 (n=804)(Continuação).  
 Table 1. Prevalence Ratio of Overweight according to socioeconomic, demographic, reproductive, hereditary, morbidity and behavioral characteristics of adult women. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003 (n=804).

Variável	Prevalência (%)	Razão de prevalência	Intervalos de confiança
<b>Número de gestações</b>			
Nulíparas	22,7	1,0	
1 a 2 filhos	36,3	1,60	1,13 – 2,28
3 a 4 filhos	51,1	2,26	1,58 – 3,23
5 ou + filhos	57,4	2,53	1,60 – 4,04
<b>Idade da menarca</b>			
8 a 11 anos	43,1	1,0	
12 a 13 anos	38,5	0,89	0,66 – 1,21
14 ou mais	36,9	0,86	0,62 – 1,17
<b>História de obesidade</b>			
Não	34,6	1,0	
Mãe	43,8	1,27	0,98 – 1,63
Pai	50,0	1,44	1,01 – 2,08
Ambos	37,3	1,08	0,71 – 1,64
<b>Hipertensão referida</b>			
Não	36,5	1,0	
Sim	54,6	1,49	1,11 – 2,06
<b>Diabete referida</b>			
Não	38,8	1,0	
Sim	47,6	1,23	0,65 – 2,30
<b>Dist.psiquiátricos menores</b>			
Não	37,1	1,0	
Sim	41,0	1,10	0,88 – 1,38
<b>Total de refeições dia</b>			
1 a 2 refeições	44,3	1,0	
3 refeições	45,4	1,02	0,69 – 1,52
4 refeições	35,9	0,81	0,54 – 1,22
5 ou + refeições	32,6	0,73	0,48 – 1,12
<b>Tempo das refeições</b>			
Devagar	34,2	1,0	
Normal	39,7	1,16	0,84 – 1,60
Rápida	39,8	1,17	0,85 – 1,60
<b>Atividade física</b>			
Não	39,3	1,0	
Sim	37,4	0,95	0,75 – 1,21

Tabela 2. Razão de prevalência de obesidade de acordo com as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hereditárias, comportamentais e de morbidade de mulheres adultas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003.(n=981)

Table 2. Prevalence Ratio of Obesity according to socioeconomic, demographic, reproductive, hereditary, morbidity and behavioral characteristics of adult women. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003.(n=981)

Variável	Prevalência (%)	Razão de prevalência	Intervalos de confiança
<b>Idade</b>			
20 – 29 anos	9,6	1,0	
30 – 39 anos	12,8	1,33	0,79 – 2,25
40 – 49 anos	20,7	2,16	1,36 – 3,45
50 – 60 anos	32,8	3,42	2,15 – 5,45
<b>Cor da pele</b>			
Branca	17,5	1,0	
Não branca	21,2	1,21	0,83 – 1,77
<b>Estado civil</b>			
Solteira	9,4	1,0	
Casada/em união	20,1	2,14	1,34 – 3,43
Separada/divorciada	19,2	2,04	1,09 – 3,83
Viúva	28,6	3,04	1,49 – 6,22
<b>Anos de estudo</b>			
IV Quartil (11-23 anos)	11,2	1,0	
III Quartil (8-10 anos)	18,8	1,67	1,05 – 2,66
II Quartil (5-7 anos)	20,4	1,82	1,21 – 2,75
I Quartil (0-4 anos)	27,6	2,46	1,65 – 3,66
<b>Classe econômica (ANEP)</b>			
Classe A	7,6	1,0	
Classe B	15,8	2,08	0,88 – 4,91
Classe C	18,3	2,41	1,05- 5,54
Classe D e E	23,4	3,08	1,33 – 7,14
<b>Renda per capita em SM</b>			
6,01 ou mais SM	8,8	1,0	
3,01 a 6 SM	17,9	2,02	0,83 – 4,97
1,01 a 3 SM	16,7	1,89	0,82 – 4,35
0 a 1 SM	21,2	2,41	1,05 – 5,53
<b>Trabalhando</b>			
Não	14,5	1,0	
Sim	22,8	0,63	0,47 – 0,85

Tabela 2. Razão de prevalência de obesidade de acordo com as características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hereditárias, comportamentais e de morbidade de mulheres adultas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003. (n=981) (Continuação).

Table 2. Prevalence Ratio of Obesity according to socioeconomic, demographic, reproductive, hereditary, morbidity and behavioral characteristics of adult women. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003. (n=981)

Variável	Prevalência (%)	Razão de prevalência	Intervalos de confiança
<b>Número de gestações</b>			
Nulíparas	7,2	1,0	
1 a 2 filhos	16,7	2,32	1,31 – 4,12
3 a 4 filhos	21,5	3,00	1,68 – 5,36
5 ou + filhos	37,9	5,30	2,83 – 9,87
<b>Idade da menarca</b>			
8 a 11 anos	28,6	1,0	
12 a 13 anos	17,2	0,60	0,42 – 0,85
14 ou mais	13,3	0,46	0,31 – 0,65
<b>História de obesidade</b>			
Não	13,8	1,0	
Mãe	23,3	1,70	1,21 – 2,37
Pai	18,2	1,32	0,77 – 2,27
Ambos	24,7	1,80	1,11 – 2,90
<b>Hipertensão referida</b>			
Não	12,6	1,0	
Sim	43,1	3,72	2,73 – 5,07
<b>Diabete referida</b>			
Não	17,0	1,0	
Sim	40,0	2,35	1,36 – 4,06
<b>Dist.psiquiátricos menores</b>			
Não	14,5	1,0	
Sim	23,0	1,58	1,18 – 2,12
<b>Total de refeições dia</b>			
1 a 2 refeições	13,6	1,0	
3 refeições	23,1	1,70	0,90 – 3,21
4 refeições	18,2	1,34	0,70 – 2,55
5 ou + refeições	12,6	0,93	0,47 – 1,85
<b>Tempo das refeições</b>			
Devagar	16,8	1,0	
Normal	13,8	0,82	0,53 – 1,28
Rápida	22,1	1,31	0,88 – 1,96
<b>Atividade física</b>			
Não	18,5	1,0	
Sim	17,0	0,92	0,66 – 1,26



## Summary

It was conducted a cross-sectional population-based study considering a representative sample with women from 20 to 60 years of age, all living in the urban area of São Leopoldo, RS. The objective was to estimate the prevalence of overweight and obesity, as well as to determine the associated factors.

In order to locate the 1,358 women, it was necessary to visit 1,437 households, selected through systematic sampling of 40 census tracts. The women included in the study answered questionnaires and anthropometric measures were taken for body mass index calculations. Measure taking procedures were standardized during training period. Prevalence of overweight was 31.7% (IC<sub>95%</sub> 28.9 – 34.7), and 18% (IC<sub>95%</sub> 15.8 – 20.6) were considered obese. After adjustments in multivariate model, the risk of obesity was higher among women from aged from 50 to 60 years, belonging to lower economic classes (D and E), with 5 or more offsprings, with parental history of obesity, hypertensive and that reported eating fast. Menarche age has shown an inverse association with obesity.

Risk of overweight increases with age, amount of offsprings, marital status, and parental history of obesity. The only socioeconomic variable associated to overweight was schooling.

The study was representative to the population of São Leopoldo. Understanding the key determinants of overweight and obesity may contribute for creating effective and functional measures for preventing and handling overweight among population, especially among women.

*Anexo I – Questionário Padronizado*

---

*Anexo II – Manual de Instruções*

---

## CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES NA REGIÃO DO VALE DO RIO DOS SINOS – RS

O manual de instruções serve para esclarecer as 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 COM VOCÊ SEMPRE

- crachá com a carteira de identidade;
- carta de apresentação;
- manual de instruções;
- questionários;
- planilha de setor;
- mapa do setor;
- cartões de avaliação e encaminhamento ao serviço de saúde;
- lápis, borracha e apontador;
- pasta e prancheta;
- fita para aferição da cintura;
- lápis/giz para marcar a cintura;
- estetoscópio e esfigmomanômetro;
- balança e estadiômetro
- folha dos alimentos

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Na amostra desta pesquisa serão incluídas todas as **mulheres** residentes na zona urbana de São Leopoldo, moradoras dos domicílios e setores sorteados com idade de **20 a 60 anos** (inclusive), isto é, maiores do que 19 anos e menores do que 61 anos. Caso, em algum setor selecionado haja uma mulher que apresente problema de locomoção (ou invalidez física) e esteja imobilizada em uma cama, deve-se anotar essa situação na planilha, e, se possível, entrevistá-la, mas não realizar as medidas antropométricas.

Mulheres que moram na casa sorteada, mas não se encontram em casa por um período, por exemplo, hospitalização, viagem, etc, esta situação deve ser anotada na planilha de setor, para que seja feita uma re-visita em outro dia. Se ao concluir o setor, a mulher ainda não voltou para casa, avisar ao supervisor na hora de entregar a planilha do setor.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

As pessoas **excluídas** serão aquelas que **não residem no domicílio** sorteado. **POR EXEMPLO:** parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente; e, empregada doméstica que não durma no emprego.

Mulheres com deficiência mental, não devem ser entrevistadas, mas anotar na planilha de setor essa situação caso ela esteja da faixa etária do estudo.

## ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

- O supervisor informará a casa pela qual serão iniciadas as entrevistas em cada setor. A direção para caminhar será: virada de frente (olhando) para casa andar sempre na direção esquerda. Inclui a primeira casa, pula-se duas e inclui-se a próxima casa. Esta será a seqüência até completar a planilha com 36 domicílios. Caso não sejam completados os 36 domicílios naquela quadra, o supervisor indicará também a seqüência das próximas quadras. Lembre-se que 36 domicílios não é a mesma coisa que 36 mulheres porque na mesma casa pode morar **mais do que uma mulher de 20 e 60 anos, e todas deverão ser entrevistadas**. Poderá haver domicílios em que não more nenhuma mulher da idade desejada na amostra.
- Queremos **36 DOMICÍLIOS por SETOR**.
- Terrenos baldios ou casa em construção, não conte no pulo.
- Não esqueça que nas vilas é comum haver casas de fundo. Neste caso, cada casa deve ser contada como um domicílio. Por exemplo: um terreno com 4 casas, a primeira foi sorteada, deve-se pular 2 casa ainda no terreno e selecionar a próxima. Caso não haja numeração tente seguir uma seqüência pela direção esquerda.
- Nos edifícios, cada apartamento é considerado como um domicílio, inclusive o apartamento do zelador, se ele morar no prédio.
- Num condomínio que você tem, por exemplo, 2 blocos: 641 e 641/A, siga a ordem dos números e letras.
- Dentro de cada bloco faça o mesmo pulo de 2 .
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- Casa onde os vizinhos informam que não mora ninguém (=desabitada), devem ser excluídas e seleciona-se a casa seguinte (à esquerda) para completar o número desejado.
- Casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunte-se a dois vizinhos se existem pessoas naquela casa na idade prevista no estudo. Se afirmativo, retornar em outra hora para a entrevista. Não esqueça de anotar na planilha de setor a necessidade de retorno.
- Aquelas pessoas que não responderam ao questionário por outros motivos que seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outros, serão consideradas como perdas e isso, será anotado na planilha do domicílio. Para esses casos também não haverá substituições.
- Ao terminar a quadra não será incluído na amostra algum domicílio que por ventura venha ser vizinho do primeiro domicílio sorteado. Comece a próxima quadra.
- Os domicílios coletivos (prisões, hospitais, casa de repouso, etc) serão excluídos da amostra, mas são considerados para a contagem dos intervalos (pulos).
- Casas de comércio também são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio moram no mesmo local considere como um pulo o domicílio e o estabelecimento comercial.

## ATENÇÃO

- Nas pensões consideram-se os donos da casa, mas não os inquilinos.
- As casas onde moram apenas estudantes são consideradas como famílias e o chefe aquele que receber maior renda.
- Casas com duas famílias morando dentro, anote no mesmo endereço, mas com número de família (planilha de setor) diferente.

## PLANILHA DE SETOR

- Deverá ser preenchida durante o trabalho de pesquisa dentro do setor.
- As entrevistadoras receberão 3 a 4 planilhas para cada setor. Nesta planilha deverá constar o número do setor visitado, nome do entrevistador e o nome do supervisor.
- Nesta planilha devem constar todos os endereços compreendidos entre o ponto inicial a ser visitado no setor, até o último domicílio do setor a ser incluído na amostra.
- Na primeira coluna **Número da Amostra** deverão ser anotados os domicílios sorteados (selecionados na amostra) – numere em ordem crescente até **36**. Ao completar **36 domicílios** selecionados no setor; considere o setor concluído.
- Na coluna **endereço**, coloque o endereço de todas as casas desde o ponto inicial inclusive as não selecionadas. Quando dois domicílios de frente levarem o mesmo número (ex. sobrado), use letras para diferenciá-los. Exemplo 1: sobrado na parte de baixo 318 A e a segunda 318 B. no caso de existirem domicílios nos fundos de um terreno e nestes não houver numeração, usar o número do domicílio da frente, acrescentar a letra F (fundos) e números ordinais. Ex: 318 é o nº do domicílio da frente, então o 1º domicílio dos fundos será 318 F1, o seguinte será 318 F2 e assim por diante.
- Na coluna **número de mulheres** coloque quantas mulheres de 20 a 60 anos tem na casa, independentemente do número de famílias que moram na casa, coloque o total de mulheres de 20 a 60 anos.
- Na coluna **número de família** anote a seqüência de famílias entrevistadas. Este número nem sempre irá corresponder ao número de casas da amostra porque poderão morar mais de uma família na mesma casa.
- 
- No espaço reservado para observações você poderá agendar entrevistas ou outros detalhes que queira registrar.
- Na coluna completo, marque um X naqueles domicílios onde já realizou todas as entrevistas.
- Atenção: Casa sorteada para entrevista onde more **empregada doméstica** considere-a como uma **família separada**. Anote o endereço na planilha do setor na mesma linha, apenas considere 2 famílias na coluna família e anote nas observações
- Lembre-se: sendo uma outra família pergunte para a empregada os bens de consumo apenas aqueles que pertencem a ela.

## APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR AO INFORMANTE

Seguir os seguintes passos:

- a) Ao chegar no domicílio explicar pertencer a Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, e estar fazendo um trabalho de pesquisa sobre a saúde das mulheres de São Leopoldo. Dizer que o estudo será realizado em vários bairros da cidade e o bairro dela foi sorteado para entrar na pesquisa.
- b) A entrevistadora deve dizer o seu nome, e que gostaria de mostrar a carta de apresentação e o crachá.
- c) A entrevistadora deve vestir sempre o **colete da pesquisa**.
- d) Solicitar para conversar com a dona da casa ou responsável pela família. Perguntar se mora na casa alguma mulher de 20 a 60 anos de idade. Se sim, quantas mulheres e a idade de cada uma delas.
- e) Sempre salientar que “é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população, e assim ajudar as pessoas”.
- f) Uma dica: tente mostrar (discretamente) que você tem um aparelho de pressão
- g) Se houver **RECUSA** de domicílio, anotar na planilha de setor (coluna observação), mas não desistir antes de duas tentativas em horários diferentes, pois a recusa será considerada um perda, isto é, não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente **marcar um novo horário**, diga que você sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e da sua colaboração.
- h) Muitas recusas são temporárias, isto é, o entrevistador chegou em momento não muito propício. Se retornar mais tarde, é provável que consiga realizar a entrevista. Já na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (nome, endereço, telefone e idade) com algum familiar. Para esses casos é muito importante pegar o **TELEFONE** ou **CELULAR**. Anotar na planilha de setor **RETORNAR**.

## INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO.

- a) Preencha os questionários sempre com **lápis** (de preferência apontados) e use a **borracha** para correções.
- b) A **letra** e os **números** devem ser escritos de maneira **legível** sem deixar margem para dúvidas.
- c) Trate as entrevistadas por **Sra.**, você não tem qualquer intimidade com elas. No entanto, quando forem pessoas mais moças podem ser tratadas informalmente como por **você**.

d) Repetir que o estudo é absolutamente **confidencial**, isto é, as **informações** prestadas pela pessoa não serão reveladas a ninguém. Além disso, as informações serão armazenadas em um banco de dados **sem o nome** das pessoas. Nesta etapa anota-se o nome para que seja possível um controle do trabalho do campo.

e) Mulheres sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdas, surdas-mudas, esquizofrênicas, etc, são consideradas como exclusões (não fazem parte do estudo). Escreva os dados como idade, nome, estado civil, etc. e coloque a observação da impossibilidade da entrevista. Também anote na planilha de setor. Essas pessoas não podem ser confundidas com perdas e recusas.

Quando mulheres mudas quiserem responder o questionário, leia a pergunta e peça para apontar a resposta.

### CHAMADAS ESPECIAIS NO QUESTIONÁRIO

- a) **Formule a pergunta exatamente com estão escritas**, só anuncie as opções de resposta quanto estiver indicado no manual de instruções. Quando for necessário explicar a pergunta de uma segunda maneira (conforme instruções específicas), e, em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado para **não induzir a resposta**. Repita a questão quando não houver entendimento por parte do entrevistado.

Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação ou essa parecer pouco confiável, tente esclarecer com o respondente. Se persistir a dúvida, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.

- b) Quando a resposta for **Outro**, especificar junto a questão de acordo com a resposta do informante, deixe a codificação para a supervisão da pesquisa.
- c) As frases com este símbolo ☞ e palavras **MAIÚSCULAS EM NEGRITO** servem para orientar o entrevistador e **não devem ser lidas para as mulheres** entrevistadas.
- d) As frases com este símbolo → e com palavras em **minúsculos e negrito** servem para **orientar pulos** ao entrevistador e **não devem ser lidas para as mulheres** entrevistadas.
- e) Frases escritas dentro de um quadro escurecido com tipos diferentes são:

**<..instruções que devem ser lidas por extenso às pessoas entrevistadas>**

- f) Perguntas em que aparece <MÊS> ou <DIA> o entrevistador deve dizer a que mês ou dia da semana está se referindo.



## CODIFICAÇÃO

### Informações Gerais

- a) Todas as respostas devem ser assinaladas no corpo do questionário, nunca devem ser colocadas diretamente na coluna de codificação.
- b) A codificação na coluna da direita deverá ser feita no final do turno ou dia de trabalho. No momento da codificação a entrevistadora aproveita para revisar as respostas. Caso ela fique com dúvidas, provavelmente ainda se lembre de alguma informação ou se lembra com facilidade a pessoa a fim de fazer uma revisita ou telefonar para tirar a dúvida.
- c) Codifique apenas as questões **fechadas**. Quando tiver dúvida da codificação pergunte ao supervisor. As questões abertas – aquelas que devem ser respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente pela supervisão da pesquisa.
- d) Para as perguntas que necessitam de cálculo, nunca faça na hora da entrevista, apenas anote a resposta e calcule na hora da codificação.

ATENÇÃO: Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

### IGNORADA (IGN)

- a) Quando a entrevistada não souber responder ou não se lembrar. Antes de aceitar uma resposta ignorada (código 9, 99, 999,...) deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada como por exemplo, renda entre 5.000 e 6.000 anotar 5.500.
- b) Se a resposta for vaga, anotar por extenso e discutir com o supervisor.
- c) Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida. MAS, TENHA CUIDADO PARA NÃO INDUZIR A RESPOSTA.

### NÃO SE APLICA (NSA)

- a) Quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso (código 8, 88, 888,..). Utilize nas perguntas que não forem aplicáveis.
- b) Não deixe questões em branco durante a entrevista, mesmo que estas não se apliquem.
- c) Quando existirem pulos passe um traço em diagonal sobre as questões que não serão aplicadas e codifique depois. Questões em branco deixam dúvidas sobre sua aplicabilidade.

## INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

### Identificação

A numeração do questionário é obtida através do número do setor, seguido pelo número da família e da pessoa. Exemplo

Setor \_\_\_ \_\_ : será fornecido pela supervisão do estudo.

Família: \_\_\_ \_\_ : será numerada de acordo com a planilha de setor de cada entrevistador.

Siga a ordem por família entrevistada. Ex: No 30º domicílio, mora a 27ª família e mais uma empregada, portanto a família da empregada será a 28ª .

Pessoa: \_\_\_ ordem da pessoa na família a ser entrevistada. Se houver apenas uma mulher na faixa etária de 20 a 60 anos este valor será sempre “1”. Se houver duas mulheres, a segunda a ser entrevistada será “2”.

A codificação em QUEST é muito importante. Assinale na seqüência o número do setor, da família e da pessoa.

Exemplo: Setor 01

Família 01, com duas mulheres a partir dos 20 anos no domicílio.

Quest no primeiro questionário será preenchido 01011

Quest no segundo questionário será preenchido 01012

Qual o seu nome?

Preencha todo o nome e sobrenome da pessoa. Não esqueça, algumas vezes as pessoas serão visitadas novamente.

Qual o seu endereço?

Preencha o endereço completo. A supervisão da pesquisa voltará aos domicílios para controle de qualidade, portanto preencha o endereço completo.

Anote o telefone e o celular. Não esqueça de perguntar o telefone para contato se a pessoa responder que não tem, insista perguntando o telefone de algum parente, amigo ou vizinho.

Ponto de referência:

Por exemplo: ao lado do Bar São João ou em frente a casa cor de rosa,...

### **OBSERVAR:**

Preencha a cor da pele da pessoa entrevistada. Se a pessoa for oriental ou indígena marcar mista e escrever. Pardas correspondem popularmente denominada “mulata”.

<Vou fazer algumas perguntas sobre você (sra)>

1- Quantos anos completos você (sra.) tem?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada. Se a pessoa responder “vou fazer 43 anos”, preencha 42.

2- Você (sra.) frequenta ou já frequentou a escola?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

→ **Observe o pulo, caso não tenha estudado aplique a pergunta número 6.**

3- Quantas séries completas você (sra.) estudou?

A codificação será preenchida em anos de estudo. Se a pessoa nunca estudou codifique em série 88. Até o 2º grau completo, preencha em número de anos completos de estudo; Pessoas com curso superior ou mais assinale uma das opções correspondentes Ex: (40) para mestrado completo, senão estiver completo marcar a opção (30).

Se a pessoa responder “estudei até a 8ª série do 1º grau”, esclareça se completou com aprovação a 8ª série. Neste caso, se concluiu com aprovação, preencha: **8ª série do 1º grau e codifique 08.**

Para as pessoas mais velhas, observe que 1ª série do ginásio corresponde a 6ª série do 1º grau; 2ª série do ginásio corresponde a 7ª série do 1º grau; 3ª série do ginásio corresponde a 8ª série do 1º grau; 4ª série do ginásio corresponde a 8ª série do 1º grau.

4- Qual o seu estado civil?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Vivendo com companheiro assinale a opção em **união**. Para **situações duvidosas**, por exemplo, o companheiro mora 3 dias com ela e o restante na casa da mãe, a **entrevistada que define seu estado civil**.

5- Qual a nacionalidade dos seguintes familiares:

Explique com calma que você irá perguntar por partes, isto é, por cada membro da família, pai e mãe, avós e bisavós. Caso a pessoa diga que todos os familiares são brasileiros, confirme, perguntando, “mesmo os avós e bisavós?”.

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada. Codifique conforme o quadro abaixo. Se a pessoa responder que sabe ter avós ou bisavós de alguma nacionalidade, mas não sabe se é paterno ou materno codifique a nacionalidade em qualquer um dos espaços (de avós e bisavós). Se a pessoa responder outra nacionalidade que não esteja no quadro escreva por extenso e não codifique. Se a pessoa tiver dificuldade para entender ao invés de bisavô paterno utilize pai dos seus avôs.

Em caso de adoção considere **IG-99**.

6- Você (sra) está trabalhando no momento?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Anote por extenso alguma situação não prevista. No caso de uma jovem que não estuda, não trabalha, mora com os pais e não está procurando emprego, descrever em outra situação.

7 -Qual o tipo de firma que você (sra) trabalha (ou trabalhava)?

Ramo de atividade. Escreva o nome da firma e o tipo de produção que a mesma realiza. Doméstica é diferente de secretária, neste caso será “casa de família”.

8- Que tipo de trabalho você (sra) faz (ou fez por último)?

Descreva a atividade durante a jornada de trabalho. Tente definir as tarefas executadas durante o trabalho, por exemplo: cozinheira, faxineira, etc...

EXEMPLO ERRADO: professora.

EXEMPLO CERTO: professora de 1º grau de escola privada.

Não responda APOSENTADA, PENSIONISTA, ENCOSTADA ou ESTUDANTE, pois esta pergunta refere-se ao trabalho atual ou ao último trabalho que tenha feito, anterior a aposentadoria ou licença.

Mulheres que fazem trabalho para fora de casa, deve-se descrever qual sua atividade, por exemplo, faz pastéis para o marido vender no trabalho.

Quando for a situação de ser apenas dona de casa, colocar DONA DE CASA.

Lembre-se deixe a codificação das questões 7 e 8 para a supervisão do estudo.

### **Leia a frase abaixo para entrevistada**

Agora vamos conversar sobre sua saúde

9- Neste momento você (Sra.) está grávida?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Em caso de dúvida, considere grávida quem tem certeza da resposta.

10- Você (Sra.) já ficou grávida alguma vez?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Em último caso, quando a mulher não tem certeza da gravidez colocar IG-9

→Observe o pulo se a pessoa nunca ficou grávida, aplique a pergunta nº 22.

11- Quantas vezes ficou grávida?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

12- Quantos filhos nasceram vivos?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

13- Você (sra.) ganhou nenê nos últimos 12 meses, ou desde <MÊS> de 2002?

Substitua a expressão <mês> pelo mês correspondente a 12 meses atrás do momento da entrevista.

Se a entrevista está sendo realizada em março, pergunte “você (sra.) ganhou nenê nos últimos 12 meses, ou desde março de 2002?”.

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

**→Observe o pulo se a pessoa não ganhou nenê nos últimos 12 meses, aplique a pergunta nº 22.**

14- Você (Sra.) fez pré-natal durante essa gestação?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

→Observe o pulo e a pessoa não fez pré-natal, aplique a pergunta nº 18.

15- Quantas consultas de pré-natal você (sra.) fez durante essa gestação?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

16- Onde você (sra.) fez as consultas de pré-natal?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Nessa pergunta deve ser descrita a utilização de serviços de saúde em São Leopoldo, portanto qualquer situação fora de São Leopoldo deve-se assinalar apenas a cidade, sem necessidade de dizer o tipo de serviço. Por exemplo, se a mulher consulta em médico particular em Novo Hamburgo, a resposta correta é (07) Novo Hamburgo.

Os serviços em São Leopoldo são classificados como:

Posto de saúde, unidade básica, centro de saúde: qualquer serviço ambulatorial público localizado em São Leopoldo;

Unidade de Planejamento Familiar: serviço específico mantido pela Prefeitura de São Leopoldo;

Médico particular: sempre que o paciente paga integralmente o valor da consulta;

SESC: resposta específica da pessoa entrevistada;

Ambulatório de sindicato: considera serviços próprios localizados em sindicatos ou empresa;

Seguro saúde ou ambulatório de empresa – considera serviços pagos pelo empregador ou usuário na forma de seguro saúde, por exemplo, UNIMED, Banco do Brasil;

Em Novo Hamburgo- qualquer serviço de Novo Hamburgo;

Em Porto Alegre- qualquer serviço de Porto Alegre;

Atenção, quando ficar em dúvida quanto a classificação do local de consulta, descreva a resposta detalhadamente e discuta com a supervisão da pesquisa.

17- Em que mês de gestação você (sra.) começou a consultar no pré-natal?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

18- O parto foi feito em hospital?

Caso seja respondido que fez parto no hospital, perguntar qual o tipo Normal ou Cesárea. Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

19- Quem fez o parto?

Escreva de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

Codifique de acordo com a relação:

- 1- médico
- 2- enfermeira
- 3- parteira
- 4- estudante
- 5- outro profissional
- 8 – não se aplica
- 9- não sabe ou ignorado

20- Tinha pediatra para atender a criança no momento do parto?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

21- O nenê nasceu vivo?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

Qual foi o peso \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ g

Perguntar o peso independente se o nenê nasceu vivo ou não.

**Leia para a entrevistada a frase abaixo:**

[<Agora vamos conversar sobre sua saúde reprodutiva>](#)

22- Você (Sra.) tem relações sexuais?

Em caso de abstinência considere nos últimos dois anos Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada..

→ **Observe o pulo se a resposta for não, aplique a pergunta nº 25.**

23 Qual o método anticoncepcional que você (sra.) usa?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se o método utilizado não estiver contemplado entre as opções, descreva-o em “Outro”, não codifique. Se for mais de uma opção marque.

→ **Observe o pulo se a pessoa responder a opção 4: na questão 24 codifique (1) Sim e aplique a questão 25.**

24- Você (Sra.) usa preservativo/camisinha nas relações sexuais?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

**Leia para a entrevistada a frase abaixo:**

<Agora vamos falar sobre consumo de cigarro>

25- Você (Sra.) já fumou ou ainda fuma?

Se nunca fumou → **Observe o pulo, aplique a pergunta nº 29.**

Ex-fumante → **Observe o pulo, aplique a pergunta nº 27.**

26- Quantos cigarros você (sra.) fuma por dia/semana?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada. Não esqueça de escrever se o nº de cigarros foi por dia ou semana. Na **codificação** anote o número de cigarros **por semana**.

27- Com que idade começou a fumar?

Preencha conforme a precisão da entrevistada: se ela sabe em anos, marque apenas anos,

se sabe anos e meses marque anos e meses. **Codificar** em **anos** de idade.

**Se parou de fumar:**

28 – Há quanto tempo parou de fumar?

Quando for mais de 1 ano anote em anos, se for a menos de um ano anote em meses.

Caso continue fumando assinale Não se Aplica (88).

**Leia para a entrevistada frase grifada.**

<Agora vamos conversar sobre a sua pressão>

29- Seu pai ou sua mãe tem ou tiveram pressão alta?

Assinale de acordo com a resposta da pessoa entrevistada. Se a resposta for sim pergunte quem. Queremos saber pressão alta, se tiver dúvida anote.

30- Você (Sra.) tem pressão alta?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

→ **Observe o pulo se a pessoa não tiver pressão alta ou não soube responder, meça a pressão, anote na página seguinte e aplique a pergunta nº 41.**

31- Há quanto tempo, a você (sra.) sabe ter pressão alta?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada.

32- Desde <mês> do ano passado, quantas vezes consultou para tratar a pressão alta?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Substitua a expressão <mês> pelo mês correspondente a 12 meses atrás do momento da entrevista.

Ex.: A pessoa pode tratar a pressão alta com o ginecologista.

**→Observe o pulo se a pessoa não consultou para pressão, meça a pressão, anote na página seguinte e aplique a pergunta nº 41.**

33- Desde o ano passado, você (sra.) consultou sempre com o mesmo médico para tratar a sua pressão alta? Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

34- Onde você (sra.) consultou a última vez, para tratar a pressão alta?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. A definição dos serviços é igual a **questão 16**. Atenção, quando ficar em dúvida quanto a classificação do local de consulta, descreva a resposta detalhadamente e discuta com a supervisão da pesquisa.

Leia para a entrevistada a observação grifada.

**<Agora, vamos falar sobre alguns exames>**

35- Nos últimos dois anos, você (sra.) fez exame de sangue para:

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

36- Nos últimos dois anos, você (sra.) fez eletrocardiograma?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

37- Nos últimos dois anos, você (sra.) fez exame de urina?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

38- Por causa de sua pressão alta, algum profissional de saúde lhe recomendou:

Para cada item formule:

“Por causa de sua pressão alta, algum profissional de saúde lhe recomendou diminuir sal da comida?”: assinale Não (0) Sim (1), continue caso a resposta seja sim:

“A Sra. seguiu ou segue o tratamento?”, assinale Não (0) Sim (1).

Codifique na seqüência:

Imagine uma pessoa que tenha recebido instruções médicas para diminuir o sal da comida, no entanto, não faça restrição na dieta. Assinale nos quadros correspondentes 1, 0 –

Codifique Nmsal 10.

Imagine que uma pessoa não tenha recebido instruções médicas para emagrecer.

Assinale nos quadros correspondentes 0, 8 - Codifique Nmemg 08.

Se a pessoa recebeu outra recomendação. Descreva em Qual?

Deixe o primeiro espaço de Nmout para a supervisão.

Exemplo: se a pessoa foi aconselhada a “diminuir as atividades profissionais”, referiu seguir o conselho do profissional. Codifique em Nmout \_\_ 11

39- Você (Sra.) toma algum remédio para tratar a pressão alta?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

→ **Observe o pulo se a pessoa não toma remédio, meça a pressão e aplique a pergunta n° 41.**

40- Quais os medicamentos que você (sra.) usa para a pressão e quantas vezes por dia?

Medicamento 1 \_\_\_\_\_ Frequência- \_\_\_\_\_

Medicamento 2 \_\_\_\_\_ Frequência- \_\_\_\_\_

Medicamento 3 \_\_\_\_\_ Frequência- \_\_\_\_\_

Medicamento 4 \_\_\_\_\_ Frequência- \_\_\_\_\_

Escreva o nome dos medicamentos e a frequência de sua utilização. Caso não lembre o nome, pergunte se tem a caixa do remédio.

Para codificação de frequência:

0- Menos uma vez ao dia

1- uma vez ao dia

2- de 12 em 12 horas

3- de 8 em 8 horas

4- de 6 em 6 horas

### **ATENÇÃO ANOTE A 1ª MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL**

TA sistólica1 \_\_ \_\_ \_\_

TA diastólica1 \_\_ \_\_ \_\_

41 - Você (sra) tem gordura no sangue (colesterol alto ou triglicerídios)?

Essa pergunta pode ser feita diretamente com cada uma das opções, por exemplo:

Você tem colesterol alto? Você tem triglicerídios alto? Você.....LDL? Assinale uma das opções se for **SIM tentar obter a informação de quanto seria este valor.**

Apenas anote o valor de cada um, **não há necessidade de codificar na coluna lateral.**

42- Algum médico lhe disse que você (sra.) tem açúcar no sangue ou diabetes?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

43- Seu pai ou sua mãe tem ou tiveram açúcar no sangue ou diabetes?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta for sim pergunte quem.

**Leia para a entrevistada a frase grifada.**

<Agora vamos conversar sobre a utilização do serviço de saúde>

44- Sem contar as consultas de pré-natal e pressão alta, quantas vezes você (sra.) consultou com o médico desde o <mês> do ano passado?

Quantas vezes?

Ler a questão claramente e devagar. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada, se a pessoa entrevistada responder SIM, aplique imediatamente a questão "Quantas vezes?". Preencha e codifique: 00 se não consultou, 01 se consultou uma vez, 02 se consultou duas vezes, etc.

→ **Observe o pulo se a pessoa respondeu nunca fez ou não lembra, aplique a pergunta n°47**

45- E no mês passado, quantas vezes você (sra.) consultou com médico?



Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Enfatizar que são consultas com o médico. Preencha e codifique: 00 se não consultou, 88 se na resposta anterior respondeu NÃO, 01 se consultou uma vez, 02 se consultou duas vezes, etc.

→Observe o pulo se a pessoa não consultou no desde o mês anterior, aplique a pergunta nº 47.

46- Onde você (sra.) consultou a última vez, sem contar as consultas de pré-natal e pressão alta?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Esta questão refere-se ao local de realização da última consulta, no mês anterior à entrevista. A definição dos serviços é igual à **questão 16, apenas com mais a opção: “Liga de combate ao câncer”**.

Atenção, quando ficar em dúvida quanto à classificação do local de consulta, descreva a resposta detalhadamente e discuta com a supervisão da pesquisa.

47- Há quanto tempo você (sra.) fez o último exame preventivo de câncer (CP, pré-câncer, Papanicolaou, preventivo de câncer do colón do útero)?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada. Repita o termo utilizado pela entrevistada.

→Observe o pulo se a pessoa não lembra ou nunca fez, aplique a pergunta nº 50.

48- Em que serviço de saúde você (sra.) fez o exame preventivo de câncer esta última vez?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. A definição dos serviços é igual à **questão 16**. Atenção, quando ficar em dúvida quanto a classificação do local de consulta, descreva a resposta detalhadamente e discuta com a supervisão da pesquisa.

49- E o penúltimo preventivo de câncer (pré-câncer, CP, Papanicolaou, preventivo de câncer de colo de útero) quando você (sra.) fez?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

50- Alguém na sua família mãe, tia, irmã ou você já tiveram câncer de mama ou de cólon de útero?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta for sim pergunte quem e qual câncer.

51- Desde <mês> do ano passado, algum **médico** examinou as suas mamas?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

52- No último ano, desde <mês> do ano passado, você (sra.) consultou com ginecologista?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

53- Você (sra) lembra da idade da sua menarca (idade da 1ª menstruação)?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

☞ **Observe que as perguntas nº 54 e 55 só devem ser aplicadas para as mulheres acima de 45 anos, se menores de 45 anos pule para a pergunta nº 56.**

54- Você (Sra.) já fez ou esta fazendo reposição hormonal?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se SIM, pergunte quais medicações já utilizou e preencha o quadro. Por exemplo, se a pessoa responder que utilizou Elamax (1 cápsula por dia) com 50 anos e parou com 55 anos e, trocou para outro medicamento depois de 5 meses (1 cápsula por dia) continuando com o mesmo até hoje, Não esqueça de escrever o nome de cada medicamento e preencher o quadro a seguir. Senão parou codifique 88.

Medicação	Idade		Interrupção em meses	Doses	
	Iniciou	Parou		/dia	dias/sem.
1- Elamax	50	55	5	1	7
2- Suprema	55	88	00	1	7
3-					

Codifique:

M1in 50

M1pa 55

M1mes 05

M1doss 07

M2in 55

M2pa 88

M2mes 00

M2doss 07

55- Você (Sra.) apresentou fraturas (quebrou algum osso) sem ter sido por acidente de trânsito? Se a pessoa responder SIM, pergunte em qual parte do corpo. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

56- Você (Sra.) se sente frequentemente cansada, fadigada, esgotada?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Leia com calma.

→Observe o pulso se a resposta for não, aplique a pergunta nº 60.

57- Há quanto tempo sente-se assim?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Se a pessoa responder 15 dias, codifique 1 e escreva no espaço 15 ou se a pessoa responder 3 meses, codifique 2 e escreva no espaço 03, ou se a pessoa responder 6 meses, codifique 3 e escreva no espaço 0006, ou se a pessoa responder a vida inteira codifique 4. Se a pessoa responder muito tempo perguntar quantos meses ou anos.

58- Você (Sra.) se sente assim:

Ler as opções para a entrevistada e assinalar a resposta fornecida.

59- Por causa do seu problema de cansaço, como ficaram suas atividades diárias (trabalho, estudo, trabalho em casa, lazer)?  
Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a entrevistada tiver dúvida repita a pergunta e leia as opções.

60- Alguma outra pessoa que mora com você (sra.) sente-se cansado, fadigado ou esgotado?

Se a resposta for sim, certifique-se que a pessoa não entrará no estudo. Por exemplo: se a pessoa responder “sim, a minha irmã” pergunte quantos anos tem, se for menor de 20 ou maior de 60, aplique o questionário em anexo para a pessoa entrevistada.

### Leia para entrevistada a frase grifada.

<Agora vamos conversar sobre o consumo de bebidas alcoólicas>

61- No último ano você (sra.) tomou alguma bebida que contenha álcool?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

→ Observe o pulo se a pessoa não consultou no desde o mês anterior, aplique a pergunta nº 64.

62- Há quanto tempo você (sra) bebeu pela última vez?

Pode assinalar em número de dias, deve assinalar até 60 dias (2meses) qualquer valor maior do que este pode marcar 61 dias. Quando bebeu a menos de 1 dia, assinalar 00.

63- Vou lhe dizer o nome de algumas bebidas e gostaria que você (sra.) me diga se costuma beber?

Observe os códigos de doses abaixo e preencha o quadro:

**Cerveja:** 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata – 1 dose; 1 garrafa – 2 doses

**Vinho:** 1 cálice (125ml) – 1 dose; 1 copo comum grande (250ml) – 2 doses; 1 garrafa – 8 doses

**Cachaça, vodca, uísque ou conhaque:** 1 “martelinho” (60ml) – 2 doses; 1 “martelinho” (100ml) – 3 doses; 1 garrafa – 20 doses

**Rum, Licor, etc:** 1 “dose” – 1 dose

Tipo de Bebida	Dose	Dias/semana	Dias/mês	Dias/ano
Cerveja				
Cachaça/caipirinha				
Vinho				
Whisky				
Vodka				
Outro _____				

Na coluna DOSE preencha o número de doses que a pessoa bebeu por dia. Nas colunas dias/semana, dias/mês e dias/ano você pode preencher apenas uma delas, conforme ficar mais compreensível. Atenção: não há necessidade de preencher ao mesmo tempo essas três colunas. Lembre-se sempre deve ser preenchida a coluna de DOSE.

Exemplos:

1) ½ garrafa de vinho 1 vez por mês. **Dose= 4 e dias/mês = 1.**

- 2) 5 copos de cerveja todos os finais de semana. **Dose= 5 e dia/semana=2.**  
 Não esqueça de certificar-se o número de dias porque pode ser sábado e domingo ou sexta, sábado e domingo.

**Leia para a entrevistada a frase a seguir:**

<Agora vamos conversar sobre seus hábitos alimentares>

64- Quais as refeições que você (sra.) faz durante o dia?

Ler as opções para a pessoa entrevistada e assinale a resposta fornecida. Se a entrevistada responder “algumas vezes”, considere **SIM** quando for 3 ou mais vezes por semana. Codificar **Totref** com o número total de refeições.

65- Além dessas refeições você (sra.) costuma comer nos intervalos? Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

66- Na última semana você (sra.) fez refeições fora de casa?

Considerar refeições: almoço, jantar ou lanches como café da manhã, ou outras refeições no meio da manhã ou tarde. Será considerado fora de casa quando a refeição for realizada em estabelecimentos comerciais restaurantes, bares, lancherias, etc. Almoço em casa de parentes ou amigos não será considerado fora de casa.

→ Observe o pulo se a pessoa responder não, aplique a pergunta nº 68.

67- Quais refeições e quantas vezes você (sra.) comeu fora de casa desde o <dia> da semana passada?

Perguntar cada refeição separada (almoço, jantar e lanches) fazendo a distinção entre o meio da semana e fim de semana. Observe o quadro dos códigos e assinale o correspondente. Por exemplo: pessoa almoça todos os dias da semana no refeitório da empresa e aos sábados a noite sai para rua e come uma pizza; o código deverá ficar:

Refeições	Dias da semana						
	2º	3º	4º	5º	6º	Sab.	Dom.
Almoço	L 1	L 1	L 1	L 1	L1	L _	L _
Jantar	L _	L _	L _	L _	L _	L 2	L _
Lanches/ café da manhã	L _	L _	L _	L _	L _	L _	L _

\*Caso a pessoa refira fazer mais de um lanche por dia, o que será anotado na questão é o número de dias e não de lanches. Almoço na casa de parentes e amigos não considere refeição fora.

Refeitório de empresa- 1	Marmita- 4
Restaurante- 2	Vianda- 5
Lancherias ou bares- 3	Outro-6 NSA- 8

\* Codifique **Totfora** com o número total de refeições fora

68- Quais os tipos de gordura que costumamos usar na sua casa?

Perguntar a entrevistada sobre o tipo de gordura ou óleo utilizado em cada um destes alimentos. Se necessário ler as opções de gordura. A coluna “0” será utilizada para não uso de gordura ou óleo e a coluna “8” para o não consumo de determinado alimento. Marque com um X a coluna de acordo com a resposta da entrevistada. Caso a entrevistada responda de forma diferente das opções, escreva na coluna outro e codifique 7.

69- Você (Sra.) utiliza mais de uma vez o mesmo óleo?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Confirme se usa apenas para fritar ou usa em todas as preparações. Pergunte quantas vezes re-utiliza o mesmo óleo.

70- Você (Sra.) costuma comer a gordura que se pode enxergar na carne? Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

71- Você (Sra.) costuma comer a pele da galinha? Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

72- Você (Sra.) costuma colocar sal na comida depois de pronta? Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

73- Como você (Sra.) adoça os seguintes alimentos: Leia os alimentos um de cada vez. Se sim pergunte com que adoça. Para leite considere leite puro, café com leite, com chocolate ou outro mas deve-se certificar se adoça. Café é café preto, no máximo pingado. Se a entrevistada responder que não adoça nada, ler rapidamente as opções para confirmar.

Se não adoça codifique 5 e, se não consome o alimento, codifique 8

74- Você (Sra.) usa alimentos diet ou light?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta for não perguntar se utiliza adoçante. **→ Observe o pulo se responder não, aplique a questão nº 76.**

**75- Quais os alimentos diet, light ou dietéticos listados abaixo você comeu no**

**último mês:**

Ler as opções e lembrar durante a leitura o que são alimentos diet ou light. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se consome algum outro alimento diet ou light que não conste na lista escreva-o no espaço indicado.

76- Você (Sra.) acha que come suas refeições muito rápido, normal ou devagar?

Lembrar que são as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar). Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

77- Você tem o hábito de descansar (tirar uma sesta) após o almoço?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Exemplo: “durmo todos os dias depois do almoço, mas é no ônibus indo para o trabalho”.

Considere que tem o hábito de descansar.

78- Você (Sra.) tem hábito de tomar líquidos durante as refeições?

**→ Se sim**, pergunte qual bebida. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se costuma tomar mais de um tipo de bebida marque a opção mais freqüente.

**→ Observe o pulo se responder não, aplique a questão nº 79.**

**Leia para a entrevistada a frase a seguir:**

<Agora vamos conversar sobre os alimentos que você (sra) comeu no último mês>

Antes de começar a falar os alimentos, explique para a entrevistada que esta parte do questionário é um pouco maior do que as outras, mas levará no máximo 6 a 7 minutos.

79- Vou citar uma lista de alimentos e você (sra) pode dizer quantas vezes come esses alimentos por semana ou por mês.

Entregue para a entrevistada a **lista de alimentos** distribuída pela supervisão da pesquisa, para que possa acompanhar e facilitar a coleta das informações.

Durante a leitura dos itens, por favor, **repita** de vez em quando que se trata do **último mês** e quantas vezes por mês ou semana. Quando se tratar de frutas e verduras não se esqueça de anotar quando a entrevistada referir que consome **apenas na época**.

Você pode ler todos os alimentos de um mesmo grupo (linha) ao mesmo tempo, mas assinale com um círculo de qual ela está se referindo. Atenção: não há necessidade de anotar a quantidade separada pode ser somada.

80- Você esta fazendo algum tipo de dieta?

Se sim, pergunte quanto tempo e qual tipo de dieta (finalidade). Não esqueça de marcar mês ou ano. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Dieta com menos de 1 mês marque 00. Codifique por mês. Mais de 5 anos de dieta codifique 98 meses.

**81-Você (Sra.) toma chimarrão?**

**No caso de responderem SIM, pergunte quantos dias consume por semana ou por mês, tanto no caso do chimarrão como do café.**

**82- Você (Sra.) toma café preto?**

**No caso de responderem SIM, pergunte quantos dias consume por semana ou por mês, tanto no caso do chimarrão como do café.**

83- Você (sra) consome produtos de embalagens de papelão (caixa)?

Esta pergunta refere-se ao consumo de alimentos líquidos ou cremes embalados em caixa, por exemplo, leite, suco, iogurte, creme de leite, achocolatados prontos, etc.

Leia para a entrevistada a frase a seguir:

<Agora vamos conversar sobre suas atividades físicas. Gostaria de saber quantas vezes você faz atividades fortes, médias ou leves. Vou explicar cada um dos tipos>

**\*\*A seguir explique com calma o que significa atividades fortes, médias ou leves.**

**84- Gostaria de saber quais atividades fortes, médias ou leves você faz no mínimo 10 minutos:**

**Leia cada uma das opções apresentadas no quadro e assinale o tipo (forte, média ou leve). Caso a entrevistada, antecipe e diga “eu caminho, não faça mais nenhuma atividade” então não pergunte mais sobre esportes, apenas questione sobre: subir escadas, atividades no trabalho, serviços domésticos e jardinagem. Enquanto**

**estiver perguntando, lembre as três opções fortes, médias e leves, e ofereça para explicar cada uma delas novamente.**

Marque quantas vezes por semana, faz cada uma das atividades por mais de 10 minutos.

85- Na sua vida diária, devido ao seu trabalho ou seus hábitos em casa, durante quanto tempo aproximadamente você costuma ficar sentado (a)? Transforme em horas sentada no trabalho e horas sentada em casa. Mesmo que assista televisão deitada, o que deve ser anotada são as horas sentadas ou deitadas mas acordada. Codifique em horas. Quando for menos de 1 hora escreva o tempo mas codifique 00.

Leia para a entrevistada a frase a seguir:

<Vou fazer algumas perguntas sobre o último mês. Gostaria que você (sra.) respondesse somente Sim ou Não às perguntas. >

86 a 105- Nas próximas 20 questões assinale as alternativas referidas pela pessoa entrevistada.

**ATENÇÃO:** se o entrevistado responder “as vezes”, “frequentemente”, “de vez em quando”, não interprete a resposta. Formule o enunciado, enfatizando que a resposta deve ser “sim” ou “não”. Se a pessoa entrevistada não entender a pergunta (“como assim?”), não explique ou interprete seu conteúdo. Formule tantas vezes quanto for necessário o enunciado e repita a pergunta.

**Leia para a entrevistada a frase a seguir:**

Agora vamos conversar sobre sua relação com o seu companheiro

106- Seu companheiro:

Considere como companheiro toda relação que a entrevistada considerar estável, podendo ser namorado, marido ou companheiro. A seguir faça as 6 questões e assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Caso a resposta seja SIM, pergunte se ocorre SEMPRE ou ÀS VEZES.

Antes de cada uma das perguntas deve ser repetida a frase: **seu companheiro.....**

**Caso não tenha companheiro ou namorado atual, pule para a 109.**

107- Seu companheiro atual bate ou bateu em você (sra.)?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

**→Observe o pulo se a pessoa responder não, aplique a pergunta nº 109.**

.Se Sim, com que frequência?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada

\* Se a pessoa espontaneamente fizer o relato da violência, por exemplo: deu um soco, anote a informação no questionário.

108- Por causa disso você procurou ajuda (algum tipo de serviço)?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

109- Seu(s) companheiro(s) anterior(es) batia(m) em você (sra.)?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Se Sim, com que frequência?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada

→ **Observe o pulo se a pessoa responder não, aplique a pergunta nº 110.**

**Leia para a entrevistada a frase a seguir:**

<Agora vamos conversar sobre seu peso e sua altura>

110- Qual o seu peso?

Preencha a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

111- Qual a sua altura?

Preencha a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

112- Como você se sente com o seu peso atual?

Preencha a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Observe se a pessoa comentou durante o questionário como se sente com seu peso atual e apenas confirme a resposta.

113- Seus pais são ou eram gordos? Não (0)

→ Se sim pergunte quem. Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

114- Gostaria que você (sra) se lembrasse do seu peso quando tinha:

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Observe a idade da pessoa entrevistada. Se a pessoa tem 32 anos pergunte apenas 15, 20 e 30 anos.

**Leia para a entrevistada a frase a seguir:**

<Agora vamos fazer a coleta de algumas medidas>

☞ **Observe se a pessoa estiver grávida não colete medidas de peso, altura, circunferência da cintura e dobras cutâneas.**

**Atenção:** para todas as medidas antropométricas deve ser lido o manual específico. Importante: NUNCA fazer duas medidas iguais seguidas, de espaço previsto no questionário entre elas.

**OBS: Quando houver uma diferença grande entre as duas medidas faça uma terceira medida e anote em um canto do questionário.**

Diferença grande entre as medidas:

Peso: maior de **1 kilo**;

Altura: maior de **2 cm**

Cintura: maior de **2 cm**

Peso \_\_ \_\_ \_\_, \_\_

O peso deve ser codificado em Kg.

Altura \_\_ \_\_ \_\_

A altura deve ser codificada em cm.



115 - Qual a data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

116- Você sabe o seu peso de nascimento? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_g

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Senão souber, pode perguntar para mãe ou outra pessoa que tiver certeza.

### MEÇA A PRESSÃO ARTERIAL

<PARA FINALIZAR, gostaria de lhe fazer 4 perguntas sobre a sua casa>

117- Quantas pessoas da família moram nesta casa e qual a sua idade?  
Coloque em cada quadrinho o número de pessoas da família naquela faixa etária que moram na casa. Considere anos completos. Codifique na em Ntotal o número total de pessoas da família que mora na casa.

Na sua casa você (sra) tem:

EM CASO AFIRMATIVO deve ser perguntado se está funcionando cada um dos equipamentos.

Ler as opções existentes no questionário e apontar a resposta descrita pela pessoa entrevistada. Só registrar equipamentos que estejam funcionando, ou que tenham parado de funcionar há menos de 6 meses. No caso de bens alugados ou emprestados, devem ser considerados os que estão no domicílio há mais de 6 meses. Para fazer a classificação cada um dos itens recebe uma pontuação que deverá ser utilizada na codificação. No caso de empregados, considerar apenas os mensalistas, isto é, que trabalhem pelo menos 5 dias por semana.

118- No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram nesta casa? (MR):  
pessoa de maior renda.

119- A família tem outra fonte de renda, por exemplo, pensão, aluguel ou outros?

PERGUNTAS 118 e 119. Perguntar quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e preencher com os valores para cada pessoa. Coloque no primeiro lugar a pessoa de maior renda. Se duas ou mais pessoas recebem a mesma renda, pergunte quem seria o chefe da família. Se caso ninguém receber renda mensal, considere como chefe da família quem ganhou por último alguma renda. Se a resposta for em salários mínimos anote o número de salários e deixe para realizar a conversão em reais no momento da codificação.

\*\*Na codificação, onde não houver salários colocar zeros e nunca colocar 888.

Para autônomos, como proprietários de armazém ou motorista de táxi, anotar somente a renda líquida, e não a renda bruta, que é fornecida em resposta do tipo "ele tira R\$ 100,00 por dia". Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final desta pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário quinzenal anote os valores, por extenso. **IMPORTANTE:** Considerar apenas a renda do mês anterior. Por exemplo, para entrevistas realizadas em 15 de novembro, considerar a renda do mês de outubro. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. O mesmo se aplica para o inverso, isto é, se uma pessoa está atualmente desempregada, mas trabalhou no mês que passou e ainda recebeu salário, incluí-lo no orçamento familiar. Se estiver desempregado há mais de um mês, considerar a renda do

trabalho ou biscate atual. Quando o entrevistado não souber informar a renda de outros membros da família, tentar aproximar ao máximo, confirmando depois com os outros membros da família que também serão entrevistados. Para pessoas que sacam regularmente (no mês anterior) de poupança, salário desemprego etc., incluir esta renda (o saque mensal). Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais, como por exemplo, o décimo terceiro salário ou o recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Para empregados, considerar a renda bruta (sem excluir os descontos); se for proprietário de algum estabelecimento, considerar a renda líquida. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho. Se mais de quatro pessoas tiverem renda no último mês, anotar na margem do questionário e, por ocasião da codificação, somar a renda, por exemplo, da quarta e quinta pessoa, e anotar na renda da quarta pessoa.

<As perguntas abaixo refere-se ao chefe de família>

120- Até que série o chefe da família estudou?

Geralmente o chefe da família é a pessoa de maior renda, mas caso não seja, considere como chefe o responsável pela casa, isto é, quem a pessoa entrevistada disser que é o CHEFE da família. Se o chefe da família for a mulher que está sendo entrevistada

121- A pessoa de maior renda está trabalhando no momento?

**AS PERGUNTAS 120 A 121 REFEREM-SE AO CHEFE DA FAMILIA.**

A pessoa que está sendo entrevistada pode ser ou não o chefe da família. Se a pessoa entrevistada não for o chefe da família, formular a pergunta trocando a palavra o “Sr.(a)” por “chefe da família”.

**ASSINALE: Se a mulher entrevistada é a chefe da família**

**Agradeça**

**Não esqueça de escrever o seu nome e colocar a data da entrevista.**



*Anexo III – Termo de Consentimento Informado*

---

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Investigadores responsáveis: Maria Teresa Anselmo Olinto  
Stela Meneghel  
Juvenal Soares Dias da Costa  
Ângela Tramintin

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Concordo em participar do projeto "CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA REGIÃO DO VALE DO RIO DOS SINOS-RS". Estou ciente de que todas as mulheres de 20 a 60 anos de idade, residentes na zona urbana de São Leopoldo, RS e que tiverem seus domicílios sorteados, participarão voluntariamente do estudo.

**PROCEDIMENTOS:** fui informado que o estudo será realizado da seguinte forma:

A cada quatro entrevistas realizadas, o último participante será encaminhado ao Laboratório de Análises Clínicas, com o propósito de coletar sangue e disponibilização dos seguintes exames: glicemia de jejum, hemograma, triglicerídios, colesterol, LDL-c, HDL-c e ferritina sérica.

**RISCOS POSSÍVEIS NA COLETA DO EXAME:** fui informado que não terei risco nenhum de contaminação de alguma doença na coleta, pois serão usados aparelhos descartáveis.

**BENEFÍCIOS:** receberei o resultado desse exame e ficarei sabendo os resultados dos exames. No caso de haver alterações desses exames, receberei uma carta contendo esses resultados e dizendo que devo procurar um atendimento médico.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** como já me dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-lo a qualquer momento.

**DESPESAS:** eu não terei que pagar por nenhum dos exames.

**CONFIDENCIALIDADE:** estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**CONSENTIMENTO:** recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam todas as minhas dúvidas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

**ASSINATURA:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2003.

