

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

**MARIA EUGÊNIA BRESOLIN PINTO**

Orientador: Prof. Dr. **AIRTON TELTEBOM STEIN**

Co-orientador: Prof. Dr. **ERNO HARZHEIM**

Porto Alegre, março de 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO  
PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

Maria Eugênia Bresolin Pinto

**Orientador: Prof.Dr. Airton Teltebom Stein**

**Co-orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM**

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2012

### CIP - Catalogação na Publicação

Pinto, Maria Eugenia Bresolin  
Promoção da Saúde e a Atenção Primária à Saúde em  
Porto Alegre / Maria Eugenia Bresolin Pinto. -- 2012.  
114 f.

Orientador: Airton Teltebom Stein.  
Coorientador: Erno Harzheim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. atenção primária à saúde. 2. promoção da saúde.  
3. avaliação de serviço de saúde. 4. PCATool. I.  
Stein, Airton Teltebom , orient. II. Harzheim, Erno,  
coorient. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr<sup>a</sup> Lúcia Campos Pellanda**, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares da Fundação Universitária de Cardiologia, Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde da Porto Alegre (UFCSPA).

**Prof Dr. Jorge Umberto Béria**, Professor do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

**Prof Dr<sup>a</sup> Cristina Rolim Neumann**, Professora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e aos meus orientadores:**

“... Minha alma então sentiu-se forte;  
Não mais vacilo e desta sorte  
Falo: "Imploro de vós - ou senhor ou senhora -  
Me desculpeis tanta demora...”

**Edgar Allan Poe**

Trecho da 4ª estrofe do poema “O Corvo”

**Aos meus amigos:**

“A amizade é o conforto indescritível de nos sentirmos seguros com uma pessoa, sem ser preciso pesar o que se pensa, nem medir o que se diz.”

"Nunca é tarde demais para ser o que você poderia ter sido."

**George Eliot**

pseudônimo de Mary Ann Evans (romancista inglesa, século XIX)

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, pela importância que tiveram na minha formação, pessoal e profissional, sabendo aceitar as minhas escolhas, sempre me dando apoio e incentivo para seguir o meu caminho.  
Amo vocês.

Aos meus orientadores Airton e Erno, que além de incentivo e conhecimento, sempre foram amigos e solidários nos momentos mais difíceis desta empreitada.

Aos amigos do GPAPS e da equipe de coleta de dados da pesquisa que foram incansáveis. Agradeço os momentos incríveis que ficaram na minha memória daqueles finais de semana, fins de tarde e noites em campo.

Ao programa de Pós-Graduação de Epidemiologia e aos seus docentes pelo acolhimento e a possibilidade de realizar um sonho: trabalhar com o que eu gosto de fazer.

À equipe do UNASUS/UFCSPA pela sua criatividade e perseverança nos obstáculos, competência no trabalho e alegria nas comemorações.

Aos amigos da UFCSPA, já que no trabalho o ambiente e as amizades tornam o fardo muito mais leve. Um agradecimento em especial à Duda, pois sem o seu apoio no UNASUS ao longo deste ano, a conclusão desta tese não teria ocorrido.

Agradeço aos meus amigos, ao meu afiliado e ao Leonardo, por entenderem que, nos últimos momentos desta tese, eu estive mais presente em pensamento do que pessoalmente. Vocês são o alimento da minha alma.

Ao amor da minha vida, que voltou para me fazer sorrir.

## Sumário

Abreviaturas e Siglas .....	7
Resumo da Tese.....	8
Abstract.....	10
APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
A Promoção da Saúde e os Fatores de Risco .....	15
Ações de Promoção da Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) .....	17
Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde.....	17
Abordagem Individual .....	20
Abordagem Comunitária e Populacional .....	21
Práticas de Promoção de Saúde .....	22
Tabagismo .....	22
Consumo de Bebidas Alcoólicas .....	23
Alimentação não Saudável.....	25
Sedentarismo .....	26
Qualidade da APS no Brasil .....	31
PCATool- Brasil.....	32
4. OBJETIVOS .....	33
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
6. ARTIGO 1 .....	42
<b>“Práticas de promoção da saúde e a qualidade da atenção primária à saúde na rede pública no sul do Brasil”</b> .....	42
7. ARTIGO 2 .....	60
<b>“Prevalência de sedentarismo na população adscrita a serviços públicos de Atenção Primária à Saúde”</b> .....	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
9. ANEXOS.....	84
a. ANEXO I - Detalhes metodológicos:.....	84
Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves, MR Trindade TG, Oliveira M, Pinto MEB. <b>Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil.</b> BMC Health Services research 2006, 6:156 . doi 10.1186/14726963-6-156 .....	84
b. ANEXO II – Questionário do Usuário.....	85

## Abreviaturas e Siglas

ACSM	Colégio Americano de Medicina do Esporte
AF	Atividade Física
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
APS	Atenção Primária à Saúde
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
MFC	Médico de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNPS	Política Nacional de Promoção da saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde
WHO	World Health Organization

## Resumo da Tese

Em 2011, o governo brasileiro lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) no Brasil (2011-2022) que promove a abordagem integrada de fatores de risco modificáveis que ocorrem em combinação (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Neste processo de mudança a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental. No Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família tem uma cobertura elevada, entretanto a qualidade dos serviços, tanto tradicionais como da ESF, ainda está longe do desejável.

Esta tese avaliou a cobertura de quatro práticas de promoção da saúde (orientação sobre parar de fumar, de ingerir bebidas alcoólicas, exercício físico, alimentação saudável), na visão dos usuários de serviços públicos de APS de Porto Alegre (no sul do Brasil) através de um estudo transversal de base populacional no período de julho de 2006 a agosto de 2007. O aconselhamento mais prevalente foi sobre alimentação saudável em 40,4% (IC95% 36,9 – 44), seguido de parar de fumar em 31,9% (IC95% 26,2 – 37,6) e exercício físico em 28,7% (IC95% 25,30 - 32,06). A prática menos realizada é a orientação sobre bebidas alcoólicas que ocorreu em apenas 8,1% (IC95% 5,7 – 10,6). Para avaliar a qualidade da APS foi utilizado o questionário PCATool-Brasil versão usuário adulto. Os resultados das análises ajustados pela Regressão de Poisson robusta demonstraram que os serviços de alto escore geral e essencial realizam mais as quatro práticas de promoção da saúde ( $p < 0,001$ ). No entanto, mesmo estes serviços de alto escore ainda têm uma cobertura insuficiente na atuação com enfoque na promoção de saúde. Esta associação entre qualidade do serviço de APS, em relação aos atributos preconizados por Starfield, e a realização de práticas de promoção da saúde e prevenção pode apoiar os investimentos não apenas no número de Equipes de Saúde da Família, mas também na qualificação dos serviços existentes para auxiliar que as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT sejam alcançadas. Esta qualificação deve ser com base nos atributos assim como na formação dos recursos humanos e na criação de redes de assistência. Ainda assim, faltam estudos no Brasil que definam os tipos de práticas de promoção da saúde que são realizadas e quais são mais eficientes para o nosso contexto sócio-demográfico-cultural.

O conhecimento sobre os fatores de risco numa população, como a magnitude e as características dos indivíduos portadores, auxilia no planejamento de ações mais adequadas nos serviços de saúde. Em Porto Alegre, foi encontrada uma prevalência de sedentarismo de 21,3% (IC<sub>95%</sub> 19,5 – 23,2), 20,3% nas mulheres e 22,9% nos homens utilizando a versão curta do Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para avaliar o nível de atividade física de adultos. No modelo ajustado pela Regressão de Poisson robusta, as características que estavam associadas ao sedentarismo foram: sexo masculino; indivíduos com mais de 60 anos; brancos; classe econômica A ou B; ter saúde auto referida ruim; e não ser freqüentador de serviços públicos de APS ( $p < 0,05$ ). Dos sedentários que receberam orientação para a prática de atividade física, metade estava vinculada a um serviço de APS. No modelo ajustado, as características associadas foram: pertencentes às classes sociais C/D/E; não fumante; obesos; que referiram ter problema de saúde crônico; e estar vinculado aos serviços de alto escore de orientação para a APS ( $p < 0,05$ ). A orientação para praticar exercícios ocorreu em 37,2 % (IC<sub>95%</sub> 27,4 - 47,1) dos 2536 adultos. Dos sedentários que receberam orientação para a prática de atividade física no modelo ajustado, as características associadas foram: pertencentes às classes sociais C/D/E; não fumante; obesos; que referiram ter problema de saúde crônico; e estar vinculado aos serviços de alto escore de orientação para a APS ( $p < 0,05$ ). Estes achados ratificam que uma abordagem preventiva do sedentarismo vem ocorrendo mais, na APS de Porto Alegre, nos melhores serviços e naqueles indivíduos que realmente necessitam mais.

A prevalência de sedentarismo encontrada foi baixa em relação a outros estudos que avaliam a atividade física durante os momentos de lazer. A orientação para a prática de exercícios para sedentários na APS vem ocorrendo mais nos melhores serviços e para indivíduos que mais necessitam.

Os resultados desta tese demonstram que as práticas de promoção da saúde são mais frequentes nos serviços de saúde que apresentam mais qualificação em relação aos atributos de APS preconizados por Starfield que podem contribuir para resultados mais expressivos e duradouros na mudança de hábitos de vida deletérios da população brasileira.

## Abstract

In 2011, the Brazilian government launched the Strategic Action Plan for the Fight NCDs in Brazil (2011-2022) that promotes an integrated approach of modifiable risk factors in common to different diseases (smoking, alcohol, physical inactivity, unhealthy diet and obesity). In this process of change, the primary health care (PHC) has a key role. In the Unified Health System (SUS), the Family Health Strategy (ESF) already has a high coverage, however the quality of services is still far from desirable in both, traditional and ESF.

The thesis has assessed the prevalence of four practices of health promotion and prevention (advice on stopping smoking, harmful alcohol drinking, physical activity, healthy eating) in Porto Alegre (southern Brazil) through a population-based cross-sectional study. A household survey was conducted in adult users of public PHC services that took place from July 2006 to August 2007. Advice of healthy eating (40,4% IC<sub>95%</sub> 36,9 – 44) was the most prevalent practice, followed by stop smoking in 31,9% (IC<sub>95%</sub> 26,2 – 37,6) and physical exercise in 28,7% (IC<sub>95%</sub> 25,3 - 32,1). The orientation held less was about harmful alcohol consume which occurred in only 8,1% (IC<sub>95%</sub> 5,7 – 10,6). The findings of this study demonstrate that the services of high general and essential scores on the PCATool-Brasil, conduct more of these four practices of health promotion and disease prevention ( $p < 0,001$ ). Although the services with the best evaluation are below the ideal level of health promotion and disease prevention to the general population.

The knowledge about risk factors in a population, the size and characteristics of individuals with it, assists in the planning of more convenient health services. In Porto Alegre was found a sedentarism prevalence of 21.3% (95% CI 19.5 to 23.2), 20.3% in females and 22.9% in men, using the short version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) to assess the level of physical activity in adults. After the adjusted analysis, the following characteristics were associated with sedentarism: male, with more than 60 years, whites, from high class (A/B), “bad” self reported health and not user of public PHC service ( $p < 0,05$ ). The advice about exercise occurred in 37.2% (CI<sub>95%</sub> 27,4 - 47,1) adult ascribed to public PHC services.

As to sedentary that received advice about exercise, half were linked to a PHC service. After the adjust analysis by Poisson robust regression, the characteristics associated were: social class C/D/E, no smoking, obese, that referred chronic health problems, and be linked to a health service with high general score for PHC ( $p < 0,05$ ).

The prevalence of sedentarism on general activity was lower compared to other studies that assess physical activity only during leisure time. The orientation of exercise for sedentary people in PHC has been occurring at better evaluated services and for individuals who need it most. The results also suggest that health promotion and prevention advice are directly associated with the quality of primary health care attributes held by the health services. In Brazil there are few studies that define the types of health promotion practices that are carried out and which are more efficient for our socio-demographic and culture scenery.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “**Promoção da saúde em Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre**” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 27 de janeiro de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Considerações Finais da Tese

Documentos de apoio, incluindo o questionário da pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são hoje um dos maiores problemas da saúde pública mundial, pois afetam todas as populações, sendo que a magnitude depende do desenvolvimento sócio econômico do país (WHO, 2009; Schmidt MI, 2011). As DCNT têm uma influência direta do modo de vida dos indivíduos e a sociedade moderna tem contribuído para que rapidamente ocorra o crescimento dos fatores de risco (WHO, 2009). A forma mais eficiente de melhorar o quadro atual de morbimortalidade relacionada às DCNT é a redução de hábitos de vida não saudáveis na população em geral através da Promoção da Saúde.

No relatório “Reducing Risk, Promoting Health Life” (WHO, 2002) foram identificados alguns hábitos de vida (sedentarismo; a alimentação não saudável e a obesidade; e uso de substâncias que criam dependência como fumo, álcool e drogas ilícitas) como fatores de risco das DCNT. Nos Estados Unidos, sedentarismo e dietas com baixo valor nutricional, são responsáveis por 16% das causas de morte (Mokdad AH, 2004) e, como causa global de, aproximadamente, 22% das doenças isquêmicas (WHO, 2002), além de custar quase 24,4 bilhões de dólares por ano, ao sistema de saúde (Colditz GA, 1999) norte-americano. Estima-se que a baixa ingestão de frutas e vegetais (verduras e legumes) cause aproximadamente 19% do câncer gastrointestinal (World Cancer Research Fund, 2007), 31% das doenças cardiovasculares isquêmicas (Joshi KJ, 2001) e 11% dos acidentes vasculares cerebrais (WHO, 2002). Isto representa 2,7 milhões (4,9%) de mortes e 26,7 milhões (1,8%) de DALYs atribuído a este padrão alimentar. Desta carga, 43% afeta as mulheres e 15% os países do leste europeu e 29% os do sudeste da Ásia (WHO, 2009).

Estes hábitos vêm sendo investigados na literatura internacional quanto às abordagens mais eficientes e efetivas para o cenário da APS (Ashenden R, 1997; Carr S, 2011; Grandes G, 2009; Grandes G, 2000). Também os aspectos referentes aos pacientes precisam ser mais esclarecidos, já que eles são o alvo das ações. Na Inglaterra, as preferências de aconselhamento na APS sobre quatro hábitos de vida (excesso de peso, sedentarismo, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas) e os fatores associados foram avaliadas do ponto de vista dos pacientes, encontrando que a habilidade do profissional em responder sobre as preocupações e dúvidas dos pacientes sobre o assunto era mais relevante do que quem (MFC ou enfermeira) estava executando esta atividade (Eggleston J, 1995).

Atualmente, existe a necessidade de avaliar e comparar os serviços de APS

existentes no Brasil a fim de orientar as transformações necessárias para que, não apenas ocorra a ampliação do número de serviços, mas que esta ocorra com qualidade na assistência e com forte presença e extensão dos atributos organizacionais voltados essencialmente à APS. Apesar de existir consenso que Promoção de Saúde e Atenção Primária à Saúde são inseparáveis no âmbito da saúde, as evidências sobre esta associação com a qualidade do serviço de APS ainda são escassas.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### ***A Promoção da Saúde e os Fatores de Risco***

Os conceitos de prevenção têm mudado ao longo dos anos. Um dos primeiros autores a utilizar o termo “promoção da saúde” foi Sigerist, um historiador da Medicina, em 1945, quando definiu quatro tarefas primordiais para a Medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação do enfermo e reabilitação (Terris M, 1996). No entanto, foram Leavell & Clark que, no livro “Medicina Preventiva” de 1976, sistematizaram a base conceitual da Medicina Preventiva que é utilizada até hoje. Estes autores definem a promoção da saúde, de forma ampla, como *“as ações que não estão diretamente vinculadas a uma doença específica, mas que servem para aumentar a saúde geral e o bem estar”* (Leavell S, 1976; Czeresnia D, 1999). Já o conceito de prevenção definido como *“ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”* é mais restrito (Leavell S, 1976). A prevenção, muitas vezes, é tarefa da área da saúde e a promoção da saúde requer normalmente ações intersetoriais. Existe uma necessidade de articulação entre as ações próprias dos sistemas de saúde e outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelo espaço físico e social. Segundo Czeresnia (Czeresnia D, 1999), essa relação entre intersetorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático, pois sustenta uma tensão entre a demarcação dos limites da competência específica das ações do campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras dimensões de conhecimento e atuação. Por outro lado, a saúde pública se define como responsável pela promoção da saúde, entretanto as suas práticas são habitualmente organizadas em relação a conceitos de doença. A Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986), fruto da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, postula uma idéia de saúde como qualidade de vida resultante de um processo complexo e condicionado a diferentes fatores como dieta, justiça social, ecossistema, renda, educação, hábitos de vida. No Brasil, este conceito ampliado de saúde foi apresentado pela 8ª Conferência de Saúde (BRASIL.Ministério da Saúde, 1986) da seguinte forma:

*“O direito à saúde significa que o Estado deve garantir condições decentes de moradia e acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território brasileiro, levando ao pleno desenvolvimento do ser humano”.*

Estes conceitos influenciam as ações e o planejamento em saúde pública, porém, é importante não negligenciar um fator fundamental nesta equação: o indivíduo e suas peculiaridades, bem como os anseios e crenças em relação a este assunto. A percepção de risco e a reação ao risco dos indivíduos são criadas pelas experiências passadas, pela educação e pelos valores recebidos de várias fontes como a família, a sociedade e as políticas de saúde governamentais (Czeresnia D, 2004). Raramente os governos podem reduzir um risco a zero, mas podem desenvolver políticas que induzam à sua redução e, ao esclarecer o público em geral sobre os motivos que o levam a desenvolver uma política pública, podem angariar aliados para a sua implementação. Isto tende a ocorrer de forma mais intensa quando o governo tem uma alta credibilidade pública (WHO, 2002). Para que esta tarefa possa ser cumprida é fundamental que os riscos possam ser analisados e avaliados através da sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade locais; assim, os resultados das ações individuais e coletivas podem ser aferidos, comparados e replanejados.

Ao longo do tempo, os riscos vão mudando nas diferentes populações mundiais. Mudanças no comportamento humano vêm ocorrendo no mundo todo, enfatizando as iniquidades na saúde. Por exemplo, observamos que muito da carga das doenças no mundo é resultado da desnutrição nos países muito pobres e da supernutrição nos países mais desenvolvidos (WHO, 2002; WHO, 2009). Atualmente, entretanto, existem nações em desenvolvimento e outras como o grupo BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) que exibe um importante crescimento econômico no último meio século, que apresentam padrões mistos de doenças, numa transição de riscos em que os dois extremos estão presentes. Estes países ainda são afetados por problemas de infraestrutura, como dificuldades com o abastecimento de água potável e saneamento básico, mas também há necessidade de manejo as consequências do consumo de tabaco e álcool, sedentarismo, hipertensão arterial, colesterol elevado e acidentes de trânsito (WHO, 2002).

Em 2004, os 5 fatores de risco que lideravam as causas de morte no mundo eram hipertensão arterial sistêmica - HAS- (12,8% do total das mortes), tabagismo (8,7%), hiperglicemia (5,8%), sedentarismo (5,5%) e sobrepeso e obesidade (4,8%) (WHO, 2009). Eles influenciam direta e indiretamente o risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, doenças cardíacas e cânceres.

## ***Ações de Promoção da Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)***

As DCNT, atualmente, consistem num dos maiores problemas relacionados à saúde no mundo atual, tendo em vista que a tendência de aumento da obesidade faz aumentar o aparecimento da diabetes e da hipertensão arterial. As DCNT correspondem a 35 milhões de mortes por ano no mundo, em torno de 60% do total, e 80% destas mortes estão ocorrendo nos países de baixa e média renda (WHO, 2009).

Em setembro de 2011, em Nova York, a presidente Dilma Rousseff fez o discurso de abertura da “Reunião de Alto Nível” da Organização das Nações Unidas (ONU) cujo tema central era justamente a prevenção e o controle das DCNT. No ano de 2007, 72% das mortes estavam ligadas às DCNT no Brasil. A mortalidade por DCNT ajustada por idade diminuiu em 20% entre 1996 e 2007, embora a mortalidade não ajustada tenha aumentado em 5% neste período (Schmidt MI, 2011). Esta situação pode ter ocorrido pela expansão da APS e de políticas públicas que levaram à redução do tabagismo, principalmente na população de maior escolaridade (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008; BRASIL.Ministério da Saúde, 2010b; Schmidt MI, 2011). As DCNT estão associadas a vários fatores de risco, entre eles o tabagismo, a ingestão de álcool, o sedentarismo e alimentação não saudável. O tratamento das mesmas é longo, dispendioso e com custo social elevado, sendo fundamental para o seu controle um trabalho intenso. A melhor forma de modificar este quadro é a implementação de políticas públicas intersetoriais que possam dar conta da redução destes fatores de risco e das complicações das DCNT. Isto deve ser associado a serviços e profissionais preparados para realizar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e de manejo agudo e crônico destas patologias, para que ocorra a modificação da tendência atual desfavorável da maioria dos fatores de risco (Schmidt MI, 2011; Victora CG, 2011).

## ***Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde***

Considerando que um dos principais aspectos na promoção da saúde é estimular a autonomia (Czeresnia D, 1999), o desafio que surge envolve transformações profundas no indivíduo. Na carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986), a promoção da saúde é definida como “o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre sua saúde” e reforça o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) neste processo. Qualquer prática de promoção da saúde deve envolver o entendimento do indivíduo sobre o que é “boa saúde”. Ela é influenciada por diferentes aspectos, como

por exemplo, científicos, culturais, familiares e produzidos pelas mídias de massa (Czeresnia D, 1999). O objetivo de promover a mudança de uma prática, entendida pelo meio científico como deletéria para a saúde, deve também considerar as características culturais dos grupos populacionais (Czeresnia D, 2004). Desta forma, o médico da APS, por seu conhecimento dos hábitos de vida locais, pode atuar de forma conciliadora entre o conhecimento científico e o respeito com a subjetividade.

A Medicina tem um princípio básico de “*el primum non nocere*”<sup>a</sup> mas este, com a evolução da tecnologia, já foi transgredido algumas vezes como, por exemplo, na utilização de adesivos hormonais para a prevenção de isquemia coronariana em mulheres climatéricas que aumentou o risco de câncer mamário. Neste sentido, é fundamental estar atento para que a noção da maioria da população e de alguns profissionais da saúde, que acreditam nas novidades tecnológicas (no tratamento, no diagnóstico e na prevenção) como sempre benéficas ou pelo menos não causadoras de dano, não prepondere nas políticas públicas de forma indiscriminada (Gervas J, 2009). A prevenção necessita uma avaliação mais cuidadosa do risco ou malefícios do que o tratamento, tendo em vista que é apresentada como benefício a pessoas que, aparentemente, estão saudáveis e por ser uma ação que é iniciada pelo médico normalmente (Gervas J, 2008; Gervas J, 2009). Em um artigo (Gervas J, 2008) foram sugeridas algumas atitudes perante as atividades preventivas:

- as evidências dos benefícios e da praticabilidade da medida devem ser testadas em cenários reais;
- novas atividades preventivas devem ser comparadas com as anteriores, pois nem todas têm o mesmo custo, financeiro e humano, e devem ser priorizadas de acordo com informações científicas;
- a redução do risco relativo não é suficiente, já que o risco absoluto varia entre as populações e deve ser considerado o risco atribuível na tomada de decisão de utilizar uma atividade preventiva;
- antes de utilizar informações científicas sobre ações preventivas para definir políticas públicas devem ser considerados os riscos e as análises de impacto da sua implementação na população em que ela vai ser aplicada;

Os dados coletados em estudos de base populacional produzem informações estatísticas da população e não devem ser utilizados de forma indiscriminada na clínica

---

<sup>a</sup> “em primeiro lugar não fazer dano”

individualizada. Por isto, é importante ressaltar que as políticas públicas devem ter como objetivo a melhora da saúde da sociedade em geral e, desta forma, as ações prioritárias devem ser escolhidas baseadas nos dados de base populacional, mas utilizando o risco atribuível além do risco relativo (Starfield B, 2008).

As ações de promoção da saúde objetivam a mudança de hábitos considerados pela ciência como não saudáveis e conseqüentemente ponderados como fatores de risco para diferentes doenças. A maioria destas ações envolve um ou mais dos componentes a seguir: educação e desenvolvimento de conhecimento; definição de objetivos e motivação; técnicas baseadas na comunidade para encorajar a mudança de hábitos ou reduzir barreiras culturais ou estruturais (Jepson R, 2010). A APS promove um cuidado individual e familiar ao longo do tempo para diferentes problemas de saúde, com a compreensão das situações que envolvem cada indivíduo, suas características, suas atitudes num contraste com a atenção episódica e esporádica que os especialistas focais proporcionam (Jepson R, 2010). Isto reforça a necessidade de conhecimento das características dos indivíduos para que as ações possam ocorrer de forma específica. Portanto, existe uma relação direta entre os componentes necessários para a promoção da saúde e as características de uma APS de qualidade, demonstrando possibilidade de abordagens individual, familiar e comunitária nestas atividades (Starfield B, 2002).

Na Inglaterra, as preferências de aconselhamento na APS sobre quatro hábitos de vida (peso, exercício físico, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas) e os fatores associados foram avaliadas do ponto de vista dos pacientes, encontrando que a habilidade do profissional em responder sobre as preocupações e dúvidas dos pacientes sobre o assunto era mais importante do que quem (MFC ou enfermeira) estava executando esta atividade (Eggleston J, 1995).

No Brasil, existem poucos estudos que avaliam a promoção da saúde desenvolvida no contexto da APS. Ao realizar a busca no Pubmed para a revisão de literatura desta tese e repetida em 1º de dezembro de 2011 utilizando a mesma sintaxe ("Health Promotion"[All Fields] AND "Brazil"[All Fields] AND ("primary health care"[All Fields] OR "Family Health"[All Fields])), foram encontrados 97 artigos, sendo 86 dos últimos 10 anos. A mesma busca repetida na mesma data no sistema Scielo resultou em 47 artigos. No Scielo, uma busca com "Brazil" AND "Health Promotion", o número de artigos aumentou para 478 e no Pubmed para 687. O número de artigos demonstra uma maior produção científica associada a outros setores não vinculados à APS e muitas vezes a nenhum

serviço de saúde. Existam boas evidências a favor da implementação e manutenção de programas de educação física nas escolas, bem como políticas públicas de saúde que incentivem a prática de exercícios para modificar a saúde das crianças na América Latina (Hoehner CM, 2008). Entretanto em editorial recente (Hallal PC, 2011), Hallal chama a atenção sobre as dificuldades de integração entre as diferentes áreas como saúde, educação, esporte e lazer em promover atividade física nas escolas e também ressaltar a necessidade da criação de um “...*espaço concreto para a promoção da saúde no SUS*”.

### ***Abordagem Individual***

O MFC, por sua prática centrada na pessoa (Coulter A, 1999), o que valoriza muito a relação médico-paciente nas suas ações, tem a possibilidade de compreender melhor as atitudes do indivíduo e ajudá-lo a entender os fatores e hábitos que podem beneficiar ou prejudicar a sua saúde. Esta competência pode aumentar a efetividade do aconselhamento sobre alimentação, exercícios, vacinação, tabagismo e prevenção da saúde mental. Jepson et al realizou uma revisão das intervenções para a mudança de seis hábitos de vida deletérios (tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, alimentação não saudável, uso de drogas ilícitas e sexo inseguro em jovens) para o NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) inglês com o objetivo de proporcionar evidências para o desenvolvimento de programas de Saúde Pública para a promoção da saúde. Entre os achados desta revisão, as intervenções individuais tendem a ter mais êxito em modificar um comportamento de risco, como fumar cigarros ou ingerir álcool do que a auto-ajuda (Jepson R, 2010). Contudo, os melhores resultados deste tipo de aconselhamento ocorrem quando as ações são personalizadas, e utilizam as características psicossociais do paciente e suas necessidades (Wanyonyi KL, 2011). Além disto, a abordagem nas consultas com informações sobre superação de barreiras e das recaídas (Elley C, 2007) e orientações em forma de prescrição e com comprometimento de metas (Kuehn BM, 2008) são outras forma de aumentar os resultados positivos na promoção da saúde.

Uma das formas de aconselhamento individual para a mudança de hábitos mais difundidas é o Modelo Transteórico (Prochaska JO, 1983) que já apresenta muitas evidências no manejo do tabagismo e vem sendo adaptado para outros hábitos de vida que precisam ser mudados, como o sedentarismo (van Sluijs E, 2004). Nele a idéia de que o estágio em que o indivíduo se encontra em relação à situação abordada, deve

determinar as ações específicas que vão ser utilizadas para auxiliá-lo a modificar o hábito não saudável. Desta forma, o profissional deve agir da seguinte forma: perguntando sobre o tópico; aconselhando sobre os níveis recomendáveis adequados sobre o hábito; buscando um entendimento de metas a serem alcançadas; prescrevendo e orientando sobre cada situação; e fazendo o seguimento de acordo com o momento do paciente. Todavia, é importante ressaltar que existem outras formas de abordagem individual que podem ser utilizadas como, por exemplo, o “aconselhamento breve” (Jepson R, 2010).

Entretanto, é importante ressaltar que as revisões não apresentam evidências suficientes de que a abordagem individual, em relação a abordagem coletiva, apresenta melhores resultados na maioria dos desfechos de promoção de saúde (Eakin EG, 2000; Stead LF, 2008; Hogg W, 2009; Jepson R, 2010).

### ***Abordagem Comunitária e Populacional***

Da mesma forma como na atenção individual, as ações preventivas e de promoção da saúde nas comunidades devem ser desenvolvidas de forma adaptada, priorizando as características e necessidades peculiares aos distintos grupos e populações (Jepson R, 2010). O MFC tem as melhores condições para implementar ações que realmente possam beneficiar a sua comunidade, por sua formação. Estratégias de base populacional com o objetivo de transformar hábitos saudáveis em normas sociais podem baixar o risco em toda a população. Portanto, pequenas mudanças em alguns fatores de risco na população podem promover grandes benefícios para a saúde pública do país (WHO, 2002; Rose G, 2010).

As ações para toda a população, em geral, envolvem campanhas nas mídias de massa, publicação de novas políticas públicas e novas leis (Jepson R, 2010). No Brasil, esta parceria com a mídia já vem ocorrendo em algum grau há vários anos (Victora CG, 2011). Em relação às políticas públicas, o Brasil também tem avançado de forma abrangente como o recente Programa Academia da Saúde (BRASIL.Ministério da Saúde, 2011b) e o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011) entre outras.

## ***Práticas de Promoção de Saúde***

No relatório “Reducing Risk, Promoting Health Life” (WHO, 2002) da OMS de 2002, foram identificados alguns hábitos de vida (sedentarismo, alimentação não saudável, obesidade, além do uso de substâncias que criam dependência como fumo, álcool e drogas ilícitas) como fatores de risco das doenças crônicas. Nesta tese foram selecionados cinco hábitos de vida que serão analisados a seguir e o seu aconselhamento será avaliado nos artigos desta tese. São eles: tabagismo, consumo de álcool, alimentação saudável, atividade física e higiene bucal. A aferição da PA, uma medida de rastreamento da hipertensão arterial, também será avaliada como prática de promoção da saúde nesta tese devido à sua abrangente utilização nos serviços de APS e pela grande magnitude que a HAS tem sobre a morbimortalidade da população.

### ***Tabagismo***

O tabaco é produzido em diferentes lugares do mundo, sendo o motor da economia de várias comunidades, e é vendido legalmente em todos os países.

No final do século 20, a prevalência do tabagismo teve uma pequena redução nos países industrializados, principalmente entre os homens. Já nos países de economia média e baixa houve um aumento do consumo de tabaco, especialmente entre os jovens e as mulheres. No Brasil, entretanto, o tabagismo vem diminuindo como demonstrado pelos inquéritos telefônicos entre adultos residentes nas capitais nos anos de 2006 (16,2% IC<sub>95%</sub> 15,4 – 17,0) e 2010 (15,1% IC<sub>95%</sub> 14,2 – 16,0) (BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011).

O tabagismo está associado ao aumento substancial de mortalidade por câncer de pulmão, câncer digestivo alto, doenças cardíacas e várias outras patologias (WHO, 2002). Na Europa, o tabagismo continua sendo o fator mais importante na manutenção da diferença na mortalidade entre os sexos (McCartney G, 2011). Ele afeta não apenas o indivíduo que tem o hábito, mas também influencia a saúde dos fumantes passivos, aumentando o risco de desenvolvimento de câncer de pulmão em relação aos que nunca fumaram (Thun M, 1999), além de interferir prejudicialmente no desenvolvimento fetal quando ocorre durante a gestação. No mundo, se estima que o tabaco cause

aproximadamente 8,8% das mortes (4,9 milhões) e 4,1% da DALYs (59,1 milhões) (WHO, 2009).

Em uma revisão sistemática, as intervenções não medicamentosas com efetividade para diminuir o hábito do tabagismo forão: aconselhamento de profissional da saúde, terapia de aversão rápida ao tabaco, materiais de autoajuda, aconselhamento telefônico e grupos de aconselhamento (Jepson R, 2010). Em outra revisão sistemática (Stead LF, 2008), o local mais comum de ocorrer aconselhamento sobre tabagismo é na APS. Outro achado foi um melhor resultado em parar de fumar após o “aconselhamento breve” em comparação ao tratamento usual (sem aconselhamento) com um risco relativo de 1,66 (IC<sub>95%</sub> 1,42 – 1,94). Os resultados em relação a abordagem mais intensas não um pouco melhores, mas não são estatisticamente significativos (Stead LF, 2008).

Em relação à utilização do Modelo Transteórico, Jepson et al (Jepson R, 2010) não encontrou evidências de que funcione de forma efetiva, embora Prochaska (Prochaska JO, 1983) apresente dados contrários. No Brasil, este modelo de abordagem é utilizado no Programa Nacional de Combate ao Tabagismo. A prevalência do tabagismo vem reduzindo no Brasil como demonstrado pelos achados do Vigitel-Brasil. Em 2006, a prevalência era de 16,4% na população adulta de 27 capitais, sendo maior no sexo masculino (20,9%) do que no feminino (12,6%) (BRASIL.Ministério da Saúde, 2008) as prevalências encontradas foram na população geral de 15,1%, no sexo masculino foi de 17,9% e 12,7% no sexo feminino (BRASIL.Ministério da Saúde, 2011c).

Em relação às intervenções por meios de comunicação de massa, as evidências são poucas, sendo que, aparentemente, podem ter resultados razoáveis na redução do tabagismo em jovens (Jepson R, 2010).

### ***Consumo de Bebidas Alcoólicas***

O consumo de bebidas alcoólicas ocorre na humanidade há vários milhares de anos, porém os efeitos adversos à saúde, bem como alguns benefícios, foram caracterizados apenas recentemente. A ingestão de álcool tem consequências sociais e na saúde através da intoxicação (“bebedeira”), dependência (habitual, compulsiva, beber pesado por longo tempo) e outros efeitos bioquímicos. A intoxicação é um mediador poderoso para desfechos agudos como acidentes de carro ou violência doméstica e pode também causar problemas de saúde crônicos e sociais (WHO, 2002; WHO, 2010).

O consumo nocivo de álcool é caracterizado pela ingestão de cinco ou mais doses de álcool pelos homens e quatro ou mais doses pelas mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias. Este padrão de consumo é considerado o terceiro fator de risco de mortes prematuras e incapacidades no mundo (WHO, 2010). No Brasil, o consumo excessivo nos últimos 30 dias vem crescendo em torno de 1,8%. Em 2006, a prevalência era de 16,2 (IC<sub>95%</sub> 15,5 – 16,9) para 18% (IC<sub>95%</sub> 17,2 – 18,9) em 2010 (BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011). Outro dado alarmante é a mortalidade, ajustada por idade, causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool que aumentou em 21%, passando de 4,16 por 100mil em 1996 para 5,7 por 100 mil indivíduos em 2007 (Schmidt MI, 2011).

O consumo de álcool está relacionado a várias doenças como cirrose, hipertensão arterial, câncer oral, de faringe, de esôfago, de fígado, de cólon e mama, assim como lesões externas e violência. Mesmo assim, não existem boas evidências em relação à dose associada ao risco de desenvolvimento da maioria destas condições, bem como do papel do padrão de consumo de álcool (Corrao G, 1999; Corrao G, 2004). Em relação à doença isquêmica coronariana, a estimativa de redução de risco é de 20% no consumo de até 20g/dia de álcool e o risco relativo aumenta a partir do consumo de 72g/dia, sendo mais significativo com o consumo superior a 90g/dia de álcool (Corrao G, 2004). A mortalidade relacionada à ingestão de álcool corresponde a 20% a 30% da diferença de gênero no leste europeu e 10% a 20% no restante da Europa, enquanto as mortes relacionadas ao tabagismo são responsáveis por 40 a 60% desta diferença de gêneros (McCartney G, 2011). Num estudo de seguimento de 30 anos em homens na Escócia, a associação de tabagismo e o consumo de 15 ou mais unidades de álcool/semana foi o comportamento de maior risco para todas as causas de morte (Hart C, 2010). Alguns achados relacionados à quantidade de consumo de álcool e o risco, tem demonstrado que os indivíduos que consomem quantidades moderadas de álcool em relação aos que não consomem apresentam um risco menor de mortalidade geral (Fuller T, 2011).

Uma das formas de avaliar o nível de consumo de bebidas alcoólicas é a utilização do questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Saunders JB, 1993) que tem alta sensibilidade e especificidade e é muito utilizado na APS (Kuehn BM, 2008). Num estudo, pacientes que não apresentavam os critérios para dependência de álcool responderam melhor a intervenção por aconselhamento breve sobre redução de ingestão num serviço de emergência do que os dependentes (Academic ED SBIRT Research

Collaborative, 2007). Além disto, uma revisão sistemática (Kaner EF, 2007) demonstrou que as intervenções breves na APS reduzem ingestão semanal de álcool mesmo nos indivíduos com dependência. Este efeito é mais robusto nos homens do que nas mulheres, porém os autores apontam a necessidade de desenvolvimento de mais estudos com mulheres para que isto seja realmente comprovado.

### ***Alimentação não Saudável***

O estímulo ao aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida é a primeira etapa de uma alimentação saudável que vem sendo preconizada pelos serviços de saúde.

Estima-se que a baixa ingestão de frutas e vegetais cause aproximadamente 19% do câncer gastrointestinal (World Cancer Research Fund, 2007), 31% das doenças cardiovasculares isquêmicas (Joshi KJ, 2001) e 11% dos acidentes vasculares cerebrais (WHO, 2002). Isto representa 2,7 milhões (4,9%) de mortes e 26,7 milhões (1,8%) DALYs atribuído a este padrão alimentar. Desta carga, 43% afeta as mulheres e 15% os países do leste europeu e 29% os do sudeste da Ásia (WHO, 2009).

Alguns estudos sugerem que a ingestão de frutas e vegetais previnem doenças cardiovasculares (Ness A, 1997; Joshi KJ, 2001) e alguns cânceres (World Cancer Research Fund, 2007), principalmente no aparelho digestivo. Entre as metas estabelecidas pela OMS (WHO, 2008) para os governos estão a implementação de diretrizes clínicas e suporte para uma composição mais saudável dos alimentos comercializados, fundamentalmente pela:

- redução dos níveis de sal;
- eliminação das gorduras trans produzidas pela indústria;
- diminuição das gorduras saturadas;
- limitação dos açúcares livres;

O governo brasileiro já tomou algumas destas medidas com o Plano de Ações Estratégicas de Saúde (BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011). Já ocorreram assinaturas de acordos com a indústria alimentícia brasileira para a redução dos níveis de sal e das gorduras trans, assim como da obrigatoriedade de rótulos informativos da composição

dos alimentos comercializados. Estas ações intersetoriais do governo tendem a abranger toda a população de forma direta ou indireta com resultados promissores (WHO, 2004).

Existem evidências de efeito positivo nas intervenções individuais baseadas no estágio de mudança (Modelo Transteórico) do indivíduo em relação à alimentação saudável (van Sluijs E, 2004). Num estudo inglês, 38% dos pacientes referiram ter recebido aconselhamento sobre alimentação saudável e exercícios físicos de seus médicos de APS. Os indivíduos que mais receberam esta orientação eram homens (OR ajustado 1.6, IC<sub>95%</sub> 1.2 - 2.1), na faixa etária de 35 a 54 anos (OR ajustado de 1.5, IC<sub>95%</sub> 1.1- 2.2), que referiram doenças crônicas (OR ajustado de 1.3, IC<sub>95%</sub> 1.2 - 1.6) e que tinham um bom relacionamento com o profissional de saúde que lhes atendia (OR ajustado 2.2, IC<sub>95%</sub> 1.6 - 3.1) (Sinclair J, 2008).

Apesar da magnitude deste problema, ainda são poucas as evidências sobre a abordagem da alimentação saudável na APS na população em geral sem fatores de risco. Embora, em relação a algumas populações específicas, já existem evidências que suportam, por exemplo, o aconselhamento intensivo sobre hábitos alimentares para os adultos com hiperlipidêmica e outros fatores de risco para doença cardiovascular (Carr S, 2011). Assim ainda se faz necessário a condução de investigações que avaliem a efetividade em longo prazo do aconselhamento sobre dieta para a população em geral no cenário da APS.

### **Sedentarismo**

A recomendação do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM), para que ocorram melhorias na morbi-mortalidade, é de que indivíduos adultos devam praticar pelo menos 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, 5 vezes ou mais por semana ou 20 minutos de atividade física vigorosa em pelo menos 3 dias (somando 60 minutos/semana) (Pate RR, 1995a; Pate RR, 1995b; Department of Health England, 1996). Estudos mostram que apenas 21% a 34% dos adultos norte-americanos alcançam os níveis de caminhada, recomendados em saúde pública (Rafferty AP, 2002; Eyster AA, 2003). Apenas 50% dos adultos sem doença cardíaca que iniciam um programa de atividade física, se mantêm ativos depois de três meses (Dishman RK, 1994). As pessoas podem ser fisicamente ativas em quatro diferentes domínios no dia-a-dia: no trabalho (especialmente trabalhos braçais); no transporte (deslocamento para o trabalho e na vida

diária); nos afazeres domésticos (varrer a casa, jardinagem, etc); ou no lazer (esportes recreativos, academia, etc).

No Brasil, aproximadamente 70% dos adultos são sedentários (Bloch KV, 1998) no lazer. Na cidade de Porto Alegre, 56% das mulheres e 37% dos homens (Achutti A, 1994) tem este perfil. A atividade física (AF) é inversamente associada à morbidade e mortalidade por diversas doenças crônico-degenerativas, além de estar associada com índices consideráveis de longevidade (Blair SN, 1999).

A prática de atividade física tem sido considerada um dos componentes mais importantes na modificação do estilo de vida de indivíduos acometidos por co-morbidades decorrentes ou associadas à inatividade. Essa é uma estratégia importante, tanto na prevenção, como no tratamento das doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer, osteoporose, depressão e desequilíbrio no perfil lipídico (Francis KT, 1999).

Nos Estados Unidos, sedentarismo e dietas com baixo valor nutricional, são responsáveis por 16% das causas de morte (Mokdad AH, 2004) e, como causa global de, aproximadamente, 22% das doenças isquêmicas (World Health Organisation, 2002), além de custar quase 24.4 bilhões de dólares por ano, ao sistema de saúde norte-americano (Colditz GA, 1999).

O risco adicional de doenças crônicas e de incapacidades que acometem a população brasileira, que envelhece progressivamente, gera um aumento da utilização dos serviços de saúde, que é agravada ainda mais pela falta de ampliação de programas específicos de promoção e prevenção de saúde. Concomitantemente, pode ser observada a dificuldade de implementar intervenções efetivas que modifiquem o estilo de vida nos idosos, tais como, a prática de atividade física regular e alimentação saudável (US Department of Health and Human Services, 1996). Apesar de todos os benefícios da atividade física observados para estes indivíduos, saudáveis ou com doenças crônicas (Mitchell T, 2011), este seguimento populacional é relatado como o mais sedentário na literatura (Schutzer K.A, 2004).

Estima-se que o sedentarismo cause 1,9 milhões de mortes anuais e 19 milhões de DALYs no mundo, além de estar associado a 10-16% dos cânceres de mama, cólon e retal e de diabetes mellitus e a 22% das doenças cardiovasculares isquêmicas (WHO, 2002). Sendo o risco atribuível semelhante em homens e em mulheres (WHO, 2002). Em

relação aos indivíduos, uma melhor aptidão cardiorrespiratória está associada com um menor risco de mortalidade por todas as causas (Lee IM, 2001; Paffenbarger R, 1993), por doença arterial coronariana e por doença cardiovascular (Kodama S, 2009). As informações sobre a aptidão cardiorrespiratória, contidas no teste ergométrico, podem auxiliar o médico da APS a prever o risco de mortalidade do paciente (Kodama S, 2009), entretanto este é um exame de alto custo e que ainda não faz parte da lista de exames disponíveis na APS do Brasil.

A atividade física é uma das práticas de promoção da saúde que o MFC deve se preocupar em orientar durante o cuidado dos seus pacientes seja individualmente, em grupo ou na comunidade inteira. Estudos têm mostrado que pela intervenção em alguns fatores de risco, como sedentarismo, alimentação inadequada e tabagismo, na APS pode determinar a melhora da qualidade de vida dos indivíduos (Mitchell T, 2011) e a diminuição da morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares entre outras.

O aconselhamento associado à prescrição individualizada de caminhadas utilizando a frequência cardíaca (intensidades moderada e alta) está diretamente relacionado à melhora da capacidade cardiopulmonar dos adultos saudáveis a médio e longo prazo (24 meses) (Duncan GE, 2005). Auxiliar os pacientes a mudar seus hábitos de atividade física é uma tarefa árdua para os profissionais da área da saúde. Os MFCs, tanto pelo seu papel na promoção da saúde e prevenção de doenças, quanto pela característica de atendimento longitudinal e continuado, tem a oportunidade de mudar o contexto funcional e fisio-patológico de indivíduos sedentários, assumindo a importante tarefa de otimizar o manejo deste fator de risco para a maioria das doenças crônicas degenerativas (Stovitz SD, 2005).

Os MFCs devem estar comprometidos com a ideia de promover saúde como estímulo para realizar orientações sobre atividade física. Os médicos que realizaram treinamento específico de aconselhamento sobre atividade física (Activity Counseling Trial), executaram esta atividade em 99% dos seus pacientes, adultos e idosos, utilizando 3 a 6 minutos do tempo destinado às consultas que não eram de problemas agudos (Albright CL, 2000; Pinto BM, 1998), mostrando que este tipo de abordagem é acessível e aceitável. A possibilidade de encaminhamento dos indivíduos pelo MFC, a um centro de recreação e lazer ou a um órgão específico para maiores esclarecimentos sobre o assunto, auxilia a manter atividade num prazo médio de tempo (menos de 6 meses). Embora as informações sejam satisfatórias para o esclarecimento de dúvidas para os

pacientes, isto não influencia a adesão à prática de atividade física em 12 meses (Harrison RA, 2005).

A utilização de prescrição de programas de exercícios específicos para cada paciente como STEP (Ashworth N, 2004), “Green Prescription” (Swinburn BA, 1998; Kerse N, 2005), IMPACT (Albright CL, 2000; Albright CL, 2005) apresentam bons resultados no seguimento de 6 meses a 1 ano e são instrumentos de auxílio que aumentam a adesão à prática continuada de exercício físico (Petrella RJ, 2003). O aconselhamento verbal mais o escrito (Green Prescripton) comparado com apenas o aconselhamento verbal apresenta melhor desempenho no aumento e na persistência da prática de atividade física (Swinburn BA, 1998). Na Suécia, alguns estudos demonstram que a prescrição de forma sistemática de exercícios físicos realizada na APS tem uma adesão de 50% dos pacientes, seja em atividades baseadas em casa ou em centros específicos para a prática de atividade física (Leijon, ME, 2010).

Em uma revisão sistemática foram identificadas algumas ações efetivas no âmbito da comunidade para a promoção da atividade física (Kahn E, 2002):

- sinalização em locais de decisão para encorajar a utilização de escadas;
- aconselhamento direcionadas para a comunidade local, com utilização da mídia;
- reforço quanto à importância da prática de esportes nas escolas;
- intervenções de suporte social localizado nas comunidades;
- programas adaptados a cada indivíduo para a mudança de hábitos;
- criação ou melhoria das instalações para a prática de atividade física combinado com o desenvolvimento de atividades de lazer informal;
- segurança nos bairros e ambientes mais seguros para o lazer ativo.

Uma boa abordagem para os serviços de APS seria a prescrição estruturada de exercícios físicos (Elley CR, 2003). Ainda não existem evidências suficientes para ser recomendada abordagem familiar sobre atividade física. Também não há evidências suficientes para serem recomendadas atividades educativas nas escolas, bem como, orientação individual quanto à diminuição do tempo de lazer gasto com televisão e jogos de vídeo game e a utilização de grandes campanhas publicitárias de massa (Task Force on Community Preventive Services - Independent Expert Panel, 2002; Kahn E, 2002).

No Brasil, a política mais recente em relação à atividade física é o Programa Academia da Saúde (BRASIL.Ministério da Saúde, 2011a) que tem a meta de criar

infraestrutura para que a ESF e o NASF tenham possibilidade de desenvolver ações de promoção da saúde. Além deste, existem outros programas sendo desenvolvidos como o “Saúde na Escola” (BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011).

Não existe consenso quanto à forma de avaliar atividade física na atenção primária à saúde como existe para outras situações como alcoolismo, tabagismo e hábitos alimentares. Uma avaliação sobre o nível de atividade física com duas perguntas (“quantos episódios de atividades de intensidade vigorosa que duraram  $\geq$  20 minutos ocorreram em uma semana” e “quantos cursos de atividade moderada ou de caminhadas que duraram  $\geq$  30 minutos ocorreram em uma semana”) foi aplicada com médicos de família na Austrália e demonstrou ser viável para ser utilizada na APS e ter validade e confiabilidade moderadas (Marshall AL, 2005). Ao comparar as duas perguntas com três perguntas (separando em duas perguntas a indagação sobre “atividades moderadas e caminhadas” em duas) o resultado foi semelhante (Smith BJ, 2005). Estes estudos validaram as respostas sobre atividade física realizada pelos indivíduos às perguntas dos médicos com os resultados obtidos através de um acelerômetro (instrumento que mede os movimentos do indivíduo e que calcula a atividade física desempenhada pelo indivíduo). A duração desta avaliação (perguntas) foi de 1 a 2 minutos durante a consulta.

Existem alguns instrumentos que são utilizados em pesquisas de prevalência de atividade física (Dominguez-Berjon F, 1999), um destes instrumentos é o Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ). O IPAQ foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, inclusive do Brasil, para ser um questionário padrão para avaliar o nível de atividade física das populações em todo o mundo. Existe uma versão curta com nove questões e uma longa com trinta e uma, que apresentam resultados semelhantes nas avaliações (Craig CL, 2003). Este instrumento já foi validado para diferentes línguas, inclusive para o português do Brasil (Hallal PC, 2004). Medir a atividade física através da aplicação de um questionário pode ser um limitante das pesquisas de base populacional, tendo em vista a ocorrência de vieses de aferição e de recordação. Embora o IPAQ versão curta tenha uma baixa correlação com outros métodos de aferir AF como o Recordatório de Gasto Energético (0,34 a 0,42) (Pardini R, 2001), o Pedômetro (0,24) (Benedetti T, 2007) e o Sensor de Movimento/Acelerômetro (0,24) (Pardini R, 2001), quando são avaliadas amostras grandes a utilização de equipamentos fica inviabilizada.

O pedômetro (equipamento que conta o número de passos dado por uma pessoa) é um dispositivo portátil de fácil utilização e baixo custo. Para aqueles que podem adquiri-lo, pode servir de estímulo para aumentar a adesão à caminhada (em todos os momentos do dia), como adjuvante às orientações do MFC e a distribuição de folhetos sobre os benefícios da prática de atividade física (Kodama S, 2009).

### ***Qualidade da APS no Brasil***

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil é um fato inquestionável. Hoje são mais de 30.000 equipes espalhadas por todo o território nacional, sendo uma estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para conciliar a efetividade de ações e a equidade no SUS. Com a criação de equipes em locais com populações mais vulneráveis e/ou que não possuíam serviços de saúde ocorreu uma ampliação do acesso que já apresenta vários resultados positivos. A redução da mortalidade infantil de 49,7/1000 em 1990 para 28,9/1000 em 2002 estava associada, entre outros fatores, ao aumento da cobertura do ESF, numa relação de 10% de aumento desta para 4,5% de redução da mortalidade infantil (Macinko J, 2006).

Nos últimos anos, a qualidade da APS ofertada no Brasil vem sendo avaliada de forma abrangente. Entre as causas da má qualidade do cuidado ofertado estão algumas relacionadas a questões institucionais, como a alta rotatividade de profissionais e a dificuldade de fixação dos médicos na ESF (Victora CG, 2011). Pelos altos salários ofertados em alguns municípios, muitos médicos recém formados ou próximos da aposentadoria são particularmente atraídos para assumir uma equipe de SF. Além disto, na grande maioria os profissionais que atuam na ESF não têm plano de carreira e segurança no emprego, o que determina a alta insatisfação que se reflete, muitas vezes, nos cuidados promovidos por estes profissionais (Medeiros CR, 2010).

Em países de alta renda, alguns atributos da APS exercem uma influência positiva na redução dos custos com a saúde, no cuidado adequado e na maioria dos indicadores de saúde (Macinko J, 2009). A OMS e outras organizações internacionais vêm promovendo discussões junto aos países para avaliar e analisar quais as melhores estratégias de ampliação da APS no mundo. Desta forma é importante que estudos de avaliação da real efetividade nos diferentes aspectos da APS ocorram, pois existe escassez de evidências no Brasil e no mundo. A ESF que iniciou em 1994, ainda como

Programa, tem crescido muito no número de equipes, já somando em torno de 30.000. A avaliação destes serviços nos seus diferentes aspectos é fundamental para o crescimento com qualidade do SUS.

### ***PCATool- Brasil***

Os atributos da APS - acesso, continuidade, integralidade, coordenação e orientação familiar e comunitária - são reconhecidos na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de trabalho na APS. Eles são pertinentes à qualidade dos serviços (Shi L, 2002), à efetividade das ações e eficiência (Starfield B, 2002) de suas intervenções como demonstrado, por exemplo, pela redução da mortalidade infantil no Brasil (Macinko J, 2006). Barbara Starfield e pesquisadores colaboradores desenvolveram um instrumento capaz de mensurar sua presença no processo de trabalho e a sua extensão (Shi L, 2001), o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Originalmente são versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Ele produz escores de cada atributo da APS propostos por Starfield (Starfield B, 2002) e um escore geral sobre a qualidade do processo de atenção em APS. Assim, o uso de um instrumento capaz de avaliar a qualidade da APS oferecida, a partir da mensuração da extensão dos atributos da APS, representa uma oportunidade de avaliação comparativa do grau de êxito dos serviços em alcançar excelência na prática desta atenção à saúde.

No Brasil, a primeira versão do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) a ser validada foi a utilizada para avaliar o cuidado das crianças, sendo este processo apoiado pela autora original do instrumento americano (Harzheim E, 2004; Harzheim E, 2006). Em 2010, o Ministério da Saúde do Brasil publicou um Manual com as três versões do PCATool-Brasil (criança, adulto e profissional) para serem utilizados como instrumentos de avaliação do grau de orientação à APS dos serviços coexistentes no país como a ESF e as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (BRASIL.Ministério da Saúde, 2010a).

Nesta tese foi utilizado os escores essencial e geral gerados pelo PCATool-Brasil versão adulto (BRASIL.Ministério da Saúde, 2010a).

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar a prática de atividades de promoção da saúde realizada nos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre.

### **Objetivos Específicos**

Verificar o perfil dos usuários que receberam quatro práticas da promoção de saúde (orientação sobre atividade física, alimentação saudável, suspensão do tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas) nos serviços públicos de APS de Porto Alegre;

Avaliar a associação de quatro práticas de promoção de saúde (orientação sobre atividade física, alimentação saudável, suspensão do tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas) e a qualidade dos serviços públicos de APS de Porto Alegre;

Verificar a prevalência do sedentarismo nas populações adscritas aos serviços públicos de APS de Porto Alegre e a ocorrência de aconselhamento de mudança deste hábito deletério aos usuários sedentários destes serviços.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academic ED SBIRT Research Collaborative. The impact of screening, brief intervention, and referral for treatment on Emergency Department patients' alcohol use. *Ann Emerg Med.*2007; 50(6):699-710.

Achutti A, Achutti VR. [Risk factors for atherosclerosis. Elements for describing the situation in Rio Grande do Sul]. *Arq Bras Cardiol.*1994; 63:427-431.

Albright CL, Cohen S, Gibbons L, Miller S, Marcus B, Sallis J et al. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial. *Am J Prev Med.*2000; 18(3):225-234.

Albright CL, Pruitt L, Castro C, Gonzalez A, Woo S, King AC. Modifying physical activity in a multiethnic sample of low-income women: one-year results from the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) project. *Ann Behav Med.*2005; 30(3):191-200.

Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice.*1997; 14:160-176.

Ashworth, NL, Chad, KE, Harrison, EL, Reeder, BA, Marshall, SC, and Ashworth, Nigel. *Home versus center based physical activity programs in older adults (Cochrane Review)*. 8-9-2006. Última atualização em 17-10-2004.

Benedetti T, Antunes P, Rodriguez-Anez C, Mazo G, Petroski E. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte.*2007; 13(1):11-16.

Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc.*1999; 31(11 Suppl):S646-S662.

Bloch KV, Lessa J. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: Lessa I, editor. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1998. p. 43-72.

Brasil. Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, BRASIL, Brasília, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituição do Programa Academia da Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 719/GM/MS. 7-4-2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, .Secretaria de Vigilância em Saúde., and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa., Brasília, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pactool*, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, and Departamento de Atenção Básica, Brasília, Brasil, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, BRASIL, Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022, informe da BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília, Brasil, 2011.

Carr S, Lhussier M, Forster N, Geddes L, Deane K, Pennington M et al. An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health. *Health Technol Assess.*2011; 15(9):1-284.

Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc.*1999; 31(11 Suppl):S663-S667.

Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction.*1999; 94(10):1551-1573.

Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med.*2004; 38(5):613-619.

Coulter A. Paternalism or partnership? 1999;319:719-20. *Brit Med J.*1999; 319:719-720.

Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.*2003; 35(8):1381-1395.

Czeresnia D. The Concept of Health and the Diference Between Promotion and Prevention. *Cad Saúde Publica.*1999; 15(4):701-710.

Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública.*2004; 20(2):447-455.

Department of Health. Strategy Statement on Physical Activity, informe da Department of Health England, London, England, 1996.

Dishman RK. Motivating older adults to exercise. *South Med J*.1994; 87(5):S79-S82.

Dominguez-Berjon F, Borrell C, Nebot M, Plasencia A. Physical activity assessment in population surveys: can it really be simplified? *Int J Epidemiol*.1999; 28(1):53-57.

Duncan GE, Anton SD, Sydemann SJ, Newton RL, Jr., Corsica JA, Durning PE et al. Prescribing exercise at varied levels of intensity and frequency: a randomized trial. *Arch Intern Med*.2005; 165(20):2362-2369.

Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract*.2000; 49(2):158-168.

Eggleston J, Gallagher J, Gallagher M, Hares t, Murray E, Naroz N et al. Who should give lifestyle advice in general practice and what factors influence attendance at health promotion clinics? Survey of patients' views. *Br J Gen Pract*.1995; 45(401):669-771.

Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*.2003; 326:793-  
doi:10.1136/bmj.326.7393.793.

Elley C, Dean S, Kerse N. Physical activity promotion in general practice: Patient attitudes. *Aust Fam Physician*.2007; 36(12):1061-1064.

Eyler AA, Brownson RC, Bacak SJ, Housemann RA. The epidemiology of walking for physical activity in the United States. *Med Sci Sports Exerc*.2003; 35(9):1529-1536.

Francis KT. Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness. *Phys Ther*.1999; 79(4):405-414.

Fuller T. Moderate alcohol consumption and the risk of mortality. *Demography*.2011; 48(3):1105-1025.

Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract*.2000; 50(459):803-807.

Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med*.2009; 169(7):694-701.

Gervas J, Starfield B. Prevención de la población al paciente y viceversa ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria? *El Medico*.2009;(1104):34-36.

- Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*.2008; 372(9654):1997-1999.
- Hallal PC. Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. *Cad Saúde Pública*.2011; 27(4):620-621.
- Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc*.2004; 36(3):556.
- Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)*.2005; 27(1):25-32.
- Hart C, Davey Smith G, Gruer L, Watt G. The combined effect of smoking tobacco and drinking alcohol on cause-specific mortality: a 30 year cohort study. *BMC Public Health*.2010; 10(789):<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184680>.
- Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, 2004.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica*.2006; 22(8):1649-1659.
- Hoehner CM, Soares J, Perez DP, Ribeiro IC, Joshi CE, Pratt M et al. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*.2008; 34(224):233.
- Hogg W, Dahrouge S, Russell DG, Tuna M, Geneau R, Muldoon L et al. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine; Vol 3, No 3 (2009)*.2009.
- Jepson R, Harris F, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*.2010; 10(538):1-16.
- Joshi KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Annals of Internal Medicine*.2001; 134(12):1106-1114.
- Kahn E, Ramsey LT, Brownson RC, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med*.2002; 22(suppl 4):73-107.
- Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*.2007; 2:CD004148.

Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *J Am Geriatr Soc.*2005; 53(11):1951-1956.

Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *JAMA.*2009; 301(19):2024-2035.

Kuehn BM. Despite benefit physicians slow to offer brief advice on harmful alcohol use. *JAMA.*2008; 299(7):751-753.

Leavell S, Clark E. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc.*2001; 33(6 Suppl):S459-S471.

Leijon ME, Bendtsen P, Sahle A, Ekberg K, Festin K, Nilsen P. Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Family Practice* 2010;11:38

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation on the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Haelth.*2006; 60:13-19.

Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Amb Care Manage.*2009; 32(2):120-171.

Marshall AL, Smith BJ, Bauman AE, Kaur S. Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. *Br J Sports Med.*2005; 39(5):294-297.

McCartney G, MAhmoed L, Leyland A, Batty G, Hunt K. Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tob Control.*2011; 20(2):166-168.

Medeiros CR, Junqueira AG, Schwingel G, Carreno I, Jungles LA, Saldanha OM. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. *Ciêñ Saúde Colet.*2010; 15(suppl 1):1521-1523.

Mitchell T, Barlow C. Review of the Role of Exercise in Improving Quality of Life in Healthy Individuals and in Those With Chronic Diseases. *Current Sports Medicine Reports.*2011; 10(4):211-216.

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA.*2004; 291(10):1238-1245.

Ness A, Powles J. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review. *International Journal of Epidemiology.*1997; 26:1-13.

Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. de 1986: Organização Mundial da Saúde.

Paffenbarger R, Hyde R, Wing A, Lee IM, Dexter L, Kampert J. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *NEJM*.1993; 328:538-545.

Pardini R, Matsudo SM, Araújo T, Matsudo VR, Andrade E, Braggion G et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciênc Mov*.2001; 9:45-51.

Pate RR. Physical activity and health: dose-response issues. *Res Q Exerc Sport*.1995a; 66:313-317.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*.1995b; 273(5):402-407.

Petrella RJ, Koval JJ, Cunningham DA, Paterson DH. Can primary care doctors prescribe exercise to improve fitness? The Step Test Exercise Prescription (STEP) project. *Am J Prev Med*.2003; 24(4):316-322.

Pinto BM, Goldstein MG, DePue JD, Milan FB. Acceptability and feasibility of physician-based activity counseling. The PAL project. *Am J Prev Med*.1998; 15(2):95-102.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*.1983; 51(3):390-395.

Rafferty AP, Reeves MJ, McGee HB, Pivarnik JM. Physical activity patterns among walkers and compliance with public health recommendations. *Med Sci Sports Exerc*.2002; 34:1255-1261.

Rose G, com comentários de Khaw KT e Marmot M. Estratégias da Medicina Preventiva. 1ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.II. *Addiction*.1993; 88:791-804.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto Sm et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*.2011; 377:61-74.

Schutzer K.A, Graves B.S. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med*.2004; 39:1056-1061.

Shi L. Primary care, self-rated health, and reductions insocial disparities in health. *Health Serv Res*.2002; 37(3):529-550.

- Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Practice*.2001; 50(2):161-175.
- Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? *Can Fam Physician*.2008; 54(March):404-412.
- Smith BJ, Marshall AL, Huang N. Screening for physical activity in family practice: evaluation of two brief assessment tools. *Am J Prev Med*.2005; 29(4):256-264.
- Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*.2008; 67(7):580-583.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1 ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2008;(Issue 2):Art. No.: CD000165;-DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- Stovitz SD, VanWormer JJ, Center BA, Bremer KL. Pedometers as a means to increase ambulatory activity for patients seen at a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract*.2005; 18(5):335-343.
- Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*.1998; 88(2):288-291.
- Task Force on Community Preventive Services - Independent Expert Panel. *Recommendations to increase physical activity in communities*. 2002.
- OPAS. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública: Promoción de la Salud: Una Antología, informe da Terris M, Washington, 1996.
- Thun M, Henley J, Apicella L. Epidemiologic studies of fatal and nonfatal cardiovascular disease and ETS exposure from spousal smoking. *Environmental Health Perspectives*.1999; 107:841-846.
- US Department of Health and Human Services. *Physical activity and health. A report of the Surgeon General*. [www.cdc.gov/nccdhp/sgr/pdf/chap5.pdf](http://www.cdc.gov/nccdhp/sgr/pdf/chap5.pdf) acesso em 15-9-2006. Última atualização em 1996.
- van Sluijs E, van Poppel M, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med*.2004; 26(4):330-343.
- Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*.2011; 377(9782):2042-2053.

Wanyonyi KL, Themessl-Huber M, Humphris G, Freeman R. A systematic review and meta-analysis of face-to-face communication of tailored health messages: Implications for practice. *Patient Educ Couns*.2011; 85:348-355.

World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life 2002, informe da WHO, Geneva, 2002.

World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, informe da WHO, Geneve, 2004.

World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, informe da WHO, Geneva, 2008. ISBN 978 92 4 159741 8

World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, informe da WHO, Geneva, Switzerland, 2010.

World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, informe da WHO and Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of the World Health Organization WHO, Geneva, 2009. ISBN 978 92 4 156387 1

World Cancer Research Fund. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, informe da World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, Washington DC, 2007.

World Health Organisation. World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life 2002, informe da World Health Organisation, Geneva, 2002.

6. ARTIGO 1

**“Práticas de promoção da saúde e a qualidade da atenção primária à saúde na rede pública no sul do Brasil”**

“Health Promotion and quality of public Primary Health Care in southern Brazil”

Maria Eugênia Bresolin Pinto, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

Airton Teltebom Stein

Erno Harzheim

Bruce Bartholow Duncan

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado à Revista de Saúde Pública**

## **“Práticas de promoção da saúde e a qualidade da atenção primária à saúde na rede pública no sul do Brasil”**

AUTORES: Maria Eugênia Bresolin Pinto<sup>1</sup>, Airton Tetielbom Stein<sup>2</sup>, Erno Hazheim<sup>3</sup>, Bruce Bartholow Duncan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda do Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Rua Sarmento Leite 245 sala 411. Porto Alegre – Brasil CEP 90050 170. ([eugenia@ufcspa.edu.br](mailto:eugenia@ufcspa.edu.br)).

<sup>2</sup> Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<sup>3</sup> Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a associação entre práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, as variáveis socio-demográficas, fatores de risco modificáveis, e a qualidade atribuída pelos usuários da rede pública de APS de uma capital brasileira.

**Método:** Estudo transversal de base populacional em adultos adscritos a serviços de APS com coleta de dados por entrevistas domiciliares que avaliou quatro práticas de promoção da saúde (atividade física, alimentação saudável) e prevenção primária de doenças (parar de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas). Foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil, versão usuários adulto, para avaliar o escore essencial e geral sobre o grau de orientação a APS dos serviços públicos em Porto Alegre, no sul do Brasil.

**Resultados:** A prática mais prevalente foi a orientação sobre alimentação saudável em 40,4% (IC<sub>95%</sub> 36,9 – 44), sobre parar de fumar em 31,9% (IC<sub>95%</sub> 26,2 – 37,6) e sobre exercício físico em 28,7% (IC<sub>95%</sub> 25,30 - 32,06). A orientação menos realizada, segundo os usuários, foi a orientação sobre bebidas alcoólicas que ocorreu para apenas 8,1% (IC<sub>95%</sub> 5,7 – 10,6). As quatro práticas preventivas foram mais realizadas nos serviços de alto grau de orientação de APS do que nos de baixo escore ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Mesmo os serviços de alto escore estão abaixo do ideal quanto a abordagem oportuna de promoção e prevenção. Os resultados apontam para a associação direta entre o aconselhamento de promoção da saúde e prevenção de doenças com a maior qualidade dos atributos de APS nos serviços de saúde.

**Palavras chaves:** promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária à saúde, qualidade do serviço, avaliação, mensuração de escala na saúde

**“Health Promotion and quality of public Primary Health Care in southern Brazil”**

**Abstract**

**Objective:** To evaluate the association with the frequency of counseling on health promotion and prevention practices, and the quality of public Primary Health Care assessed by users.

**Method:** A population-based cross-sectional study in adults enrolled to primary care services with data collection by home interviews that have assessed four practices of health promotion and prevention (physical activity, healthy eating, smoking and harmful alcohol drinking). User’s adult version of PCATool-Brasil was used to assess the general score and the essential score on the degree of orientation of public PHC sampled in Porto Alegre in southern Brazil.

**Results:** The most prevalent practice was advice on healthy eating in 40,4% (IC<sub>95%</sub> 36,9 – 44), followed by advice on smoking in 31,9% (IC<sub>95%</sub> 26,2 – 37,6) and physical exercise in 28,7% (IC<sub>95%</sub> 25,3 - 32,1). The orientation held less is about harmful alcohol consuming which occurred in only 8,1% (IC<sub>95%</sub> 5,7 – 10,6). The four preventive practices were more performed at services of high general and essential scores on the PCATool-Brasil than services with low score ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** Although the services with the best evaluation are below the ideal level of health promotion and disease prevention to the general population. The results suggest that health promotion and prevention advice are direct associated with the quality of primary health care attributes held by the health services.

**Keywords:** health promotion, primary health care, quality of service, primary prevention, evaluation, measurement of scale in health

## INTRODUÇÃO

No mundo atual, os agravos com origem associada ao comportamento e aos hábitos de vida são os que lideram as causas de morbimortalidade das nações desenvolvidas<sup>26</sup>. Estes já começam a despontar também nos países de economia emergente e nos muito pobres como fatores de risco modificáveis importantes<sup>25</sup>. O “aconselhamento breve” em consultas individuais, os acordos entre o governo e a indústria de alimentos, a implementação de diretrizes clínicas que tem efetividade em auxiliar as pessoas a modificarem os hábitos de vida deletérios à sua saúde podem trazer resultados efetivos na melhoria dos indicadores de morbimortalidade<sup>25</sup>. A promoção da saúde já é considerada prioridade em vários sistemas de saúde como uma forma de melhorar a qualidade de vida e reduzir custos com os serviços de saúde<sup>11</sup>. A detecção e o manejo dos fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), através da prevenção, visam à redução da incidência e da prevalência dos mesmos e o aumento da capacidade dos indivíduos de permanecerem livres de doença<sup>25,26</sup>.

Em muitos países, como na Austrália, em torno de 90% da população é atendida pela APS ao longo de um ano. No Canadá, entre os pacientes atendidos na APS a maioria tem algum comportamento de risco como fumar, ingerir bebidas alcoólicas de forma arriscada, sedentarismo ou dieta não saudável<sup>10</sup>, isto não difere muito em outros países<sup>25</sup>. Desta forma os serviços de APS estão numa posição ideal para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente aquelas influenciáveis pelo aumento da informação do indivíduo sobre o fator de risco e por aconselhamentos que gerem modificações precoces do estilo de vida dos pacientes<sup>20</sup>. Várias pesquisas têm avaliado os resultados de mudanças de hábitos de vida, como a alimentação e a prática de exercícios físicos, promovidas na APS demonstrando resultados variados, porém promissores<sup>10,15</sup>. Os médicos ingleses da APS referem realizar aconselhamentos de forma oportuna sobre parar de fumar, reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas, atividade física, alimentação saudável, redução do stress e o uso de drogas ilícitas em mais da metade das vezes que atendem um paciente, por considerarem estas ações como muito importantes para a promoção da saúde<sup>20</sup>. O médico de APS pode influenciar mudanças nos hábitos de vida dos pacientes, isto ocorre devido ao tipo de serviço de saúde, o contexto social, a pluralidade de conteúdos e de métodos utilizados (aconselhamento breve, orientação, assistência, entre outros) e a longitudinalidade da assistência<sup>1,4-6</sup>.

No Brasil, ainda são incipientes as discussões e publicações que avaliam a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na rotina da APS. O governo brasileiro tem estimulado estas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis de assistência, através da Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>b</sup>, assim como outros programas governamentais como as Academias da Saúde<sup>c</sup>. A vigilância dos fatores de risco tem crescido nos últimos tempos com inquéritos por telefone, como o VIGITEL, e a POF (Pesquisa dos Orçamentos Familiares) realizada pelo IBGE. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como indutora da modificação do modelo de APS brasileiro, expandiu muito em cobertura nos últimos anos. Entretanto, atualmente, existe uma grande preocupação com a qualidade da assistência prestada por estas equipes e por outros modelos de APS que persistem no país<sup>3</sup>. Esta preocupação com a qualidade dos serviços de APS existe tanto no Brasil quanto outros países com sistemas de saúde bem estabelecidos. A promoção da saúde e a prevenção de doenças são apontadas como indicadores que podem também ser utilizados para avaliar e comparar a qualidade da APS<sup>19</sup>.

Este estudo tem por objetivo avaliar a associação entre o aconselhamento de promoção da saúde (sobre atividade física, alimentação saudável, parar de fumar e ingerir bebidas alcoólicas) e a qualidade dos serviços de APS atribuída pelos usuários da rede pública numa capital sulbrasileira.

## MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional desenvolvido em Porto Alegre, cidade de 1.360.590 habitantes (IBGE) localizada na região sul do Brasil, no período de julho de 2006 a agosto de 2007. A amostragem foi por conglomerado (*cluster*), representativa dos adultos maiores de 18 anos adscritos aos serviços de APS da rede pública (Equipes da Estratégia de Saúde da Família; Centro de Saúde Escola Murialdo; Unidades Básicas de Saúde Tradicionais; Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição), estratificada por gerência distrital de saúde e com a seleção sistemática de domicílios. Dos 2600 indivíduos entrevistados no estudo original foram selecionados todos que identificaram um serviço público de APS como preferencial para a sua assistência totalizando uma amostra de 1200. Esta amostra apresentou poder para identificar diferenças de prevalência das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças

---

<sup>b</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 de 30-3-2006.

<sup>c</sup>BRASIL, Ministério da Saúde. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria Nº 719, de 11-7-2011.

avaliadas neste estudo, considerando os grupos de alto e baixo escore de avaliação da APS, tendo em vista que o poder estatístico calculado para cada desfecho foi superior a 80%. No cálculo da amostra original foi considerado um fator de delineamento de 1.2 para a correção do efeito de cluster, que foi também utilizado nas análises deste estudo. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com 18 anos completos ou mais e morar na residência amostrada há mais de um ano. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram incapacidade física que impedisse a comunicação com os entrevistadores ou incapacidade mental de compreensão para responder ao questionário; aqueles que realizaram sua última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre antes de janeiro de 1996 (antes da municipalização) ou que mencionaram que o seu serviço de saúde de referência era fora de Porto Alegre. As descrições da metodologia e da amostragem do estudo original estão mais detalhadas em outro artigo<sup>13</sup>. As entrevistas foram realizadas nos domicílios selecionados, por 22 entrevistadores treinados e sete coordenadores de campo. O controle de qualidade foi realizado em cerca de 10% das entrevistas, as quais foram revisitadas por coordenadores de campo, que reaplicavam parcialmente a entrevista. Os dados destas foram comparados com as entrevistas originais para avaliar a sua qualidade. Para auxiliar no controle de possíveis vieses, os entrevistadores foram treinados e calibrados antes e no decorrer da coleta de dados.

A medida dos quatro desfechos foi através da resposta dicotômica para as questões *“No serviço de saúde, você recebeu nos últimos 12 meses orientação para prática de atividade física (exercícios)?”* e *“No serviço de saúde, você recebeu nos últimos 12 meses orientação sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?”* realizadas para todos os indivíduos adultos. A pergunta *“No serviço de saúde, você recebeu nos últimos 12 meses orientação ou sugestão de tratamento para parar de fumar?”* e para os indivíduos que referiram ter ingerido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi indagado *“No serviço de saúde, você recebeu nos últimos 12 meses orientações para diminuir ou parar seu consumo de bebidas alcoólicas?”*. Apenas para os tabagistas e ex-tabagistas e os consumidores de bebidas alcoólicas foram realizadas as questões sobre ter recebido orientação sobre fumo e álcool.

Foi avaliada a associação dos desfechos com variáveis independentes referentes à características sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, estrato social, escolaridade, situação conjugal), de saúde (saúde auto-percebida, referir doença crônica, uso de medicamentos), aos fatores de risco para doenças crônicas (tabagismo, consumo de

álcool, obesidade) e sobre o serviço de APS frequentado (tipo de serviço preferencial, tempo de vínculo com o serviço de saúde, escore geral e essencial de orientação para a APS de cada serviço). A “cor da pele” foi auto-referida pelo entrevistado, sendo as respostas classificadas posteriormente em “branco” e “não branco”. O estrato socioeconômico foi definido através do Critério Brasil de Classificação Econômica de 2008<sup>d</sup>, classificados em nos estratos A, B, C, D e E que foram agrupados em classe social “A/B” e “C/D/E”. Os escores geral e essencial sobre o grau de orientação a APS foram realizados por meio do instrumento PCATool-Brasil, versão usuário adulto<sup>2</sup>, sendo categorizados em “alto escore” e “baixo escore”, com o ponto de corte em 6,6 como sugerido por Strafield<sup>2</sup>. Também foram realizadas análises com o escore geral e essencial como variáveis contínuas. O escore essencial avalia os atributos essenciais da APS (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade), além do grau de afiliação ao serviço. No escore geral, ao escore essencial é agregada a avaliação dos atributos orientação familiar e orientação comunitária.

Os questionários foram digitalizados e a transferência das informações para uma planilha de dados através do processo de verificação das imagens por submódulos reader e verify do Teleform (Cardiff® an Autonomy Company - Unveils Next Generation of Intelligent Document Processing, versão 10, 2006). Foram realizadas análises descritivas das variáveis independentes com o cálculo de proporções com intervalos de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>). Na análise bruta, foi calculada a prevalência de cada uma das quatro ações de promoção da saúde para cada variável independente e testado o seu nível de significância pelo teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear. O ajuste das análises foi realizado pela regressão de Poisson robusta e nos modelos ajustados finais foram incluídas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  no método *backward*. As análises estatísticas foram realizadas nos programas SPSS versão 12 e STATA versão 9.2 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética da UFRGS, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, do Grupo Hospital Conceição e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, já que os serviços avaliados eram gerenciados por diferentes esferas governamentais. O consentimento informado foi obtido de cada indivíduo e a confidencialidade das informações foi garantida.

## RESULTADOS

---

<sup>d</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2008*. <http://www.abep.org/> acesso em 2007.

Foram entrevistados 1200 adultos que referenciaram serviços de APS da rede pública de Porto Alegre como seu provedor preferencial de assistência à saúde. Na Tabela 1 é apresentada a descrição da amostra categorizada por avaliação do serviço em alto e baixo escore geral. A população com mais de 60 anos na amostra geral foi de 16,1% (IC<sub>95%</sub> 13,1 - 19,1), nos serviços de baixo escore de 14,6% (IC<sub>95%</sub> 11,7 - 17,6) e ela foi maior nos serviços de alto escore 21,3% (IC<sub>95%</sub> 14,6 - 28,0). Entre os hábitos de vida destaca-se que menos da metade ingeriu bebida alcoólica nos últimos 30 dias, um terço é tabagista e um terço é obeso. No alto escore, mais da metade dos indivíduos utilizam cronicamente medicamentos, enquanto na amostra geral e no baixo escore é menos da metade. A maior proporção que referiu “ter algum problema crônico de saúde” foi no alto escore e dois terços dos indivíduos de todos os grupos referiram ter saúde boa/muito boa. A maioria da amostra está vinculada ao serviço de APS avaliado há mais de cinco anos.

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências das práticas de promoção da saúde da amostra geral e por escore geral alto e baixo. Em todas as intervenções os serviços de alto escore apresentaram uma prevalência mais elevada em relação aos de baixo escore ( $p < 0,001$ ).

As comparações das médias dos escores essencial e geral das quatro práticas de promoção da saúde e prevenção de doença ( $P < 0,001$ ) estão na Tabela 3. A média mais alta foi a do escore geral da orientação sobre bebidas alcoólicas 6,10 (IC<sub>95%</sub> 5,84 – 6,34) e a mais baixa a do escore geral da orientação de parar de fumar (6,36 IC<sub>95%</sub> 6,03 – 6,69).

Na Figura 1 são apresentadas as razões de prevalência da associação entre os serviços de saúde com alto escore geral de orientação à APS e a realização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em adultos nos modelos ajustados pela regressão de Poisson robusta. Além da associação com alto escore geral, os modelos apresentaram associação com outras variáveis. Em relação a ter recebido orientação sobre alimentação saudável, houve associação também com ser do sexo feminino (1,21 IC<sub>95%</sub> 1,06-1,38), com a idade (1,01 IC<sub>95%</sub> 1,01 - 1,02), pertencente à classe social A/B (1,23 IC<sub>95%</sub> 1,04 - 1,47), obesos (1,46 IC<sub>95%</sub> 1,22 - 1,75) e utilizar medicamentos cronicamente (1,23 IC<sub>95%</sub> 1,07 - 1,42). No modelo ajustado da orientação para a prática de exercícios físicos, as razões de prevalência foram 1,22 (IC<sub>95%</sub> 1,01 - 1,48) para mulher, 1,01 (IC<sub>95%</sub> 1,00 - 1,02) para idade, 1,61 (IC<sub>95%</sub> 1,34 - 1,92) para classe A/B, 1,46 (IC<sub>95%</sub> 1,22 - 1,75) para obesidade, 0,81 (IC<sub>95%</sub> 0,66 - 1,00) para não fumar e 1,77 (IC<sub>95%</sub> 1,40 - 2,23) para referir doença crônica. Já a orientação de parar de fumar com a idade (RP 1,88 IC<sub>95%</sub> 1,27 - 2,79) dos indivíduos e alto escore geral.

## DISCUSSÃO

A maioria dos 1200 indivíduos estava vinculada há mais de cinco anos com o serviço de saúde responsável por sua assistência, demonstrando a ocorrência da continuidade da atenção nesta população. Encontramos um vínculo mais longo nos serviços melhor avaliados e uma associação entre eles e a realização de orientação das quatro práticas de promoção da saúde. Corroborando os nossos achados, um estudo americano demonstrou que ter assistência à saúde longitudinal está associado a receber mais serviços preventivos<sup>7</sup>, assim como ter um local regular de cuidado; e isto ocorre, principalmente em relação às mulheres e crianças. Neste aspecto, o desenvolvimento de políticas de educação permanente, para os profissionais que acompanham estes pacientes, e de fixação dos profissionais nos serviços, podem influenciar positivamente para que a orientação oportuna de promoção da saúde ocorra nestas populações ao longo do tempo de acompanhamento.

Todavia, o dilema de programar uma agenda de assistência que considere a sobrecarga de trabalho<sup>14</sup> é um desafio diário para as equipes de ESF. A integração destas equipes com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), as Academias da Saúde e outros setores do Governo, contribuem para o desenvolvimento de ações intersetoriais, que obtenham sucesso na promoção da saúde e no manejo de fatores de risco no longo prazo. As avaliações sistemáticas dos processos de trabalho dos serviços de saúde e das políticas públicas, utilizando instrumentos validados, podem proporcionar comparações dos achados e o acompanhamento da evolução e dos resultados das ações propostas por novas políticas de governo.

Em um estudo brasileiro que avaliou se alguma vez na vida ocorreu aconselhamento sobre atividade física numa unidade de saúde encontrou que as equipes de SF realizaram esta ação para adultos em 28,7% (IC<sub>95%</sub> 25,7-31,7) na região sul, 34,2% (IC<sub>95%</sub> 31,5 – 36,8) na região Nordeste e no geral 31,8% (IC<sub>95%</sub> 29,8 – 33,8), enquanto nas Unidades de Saúde tradicionais isto ocorria em 23,5% (IC<sub>95%</sub> 20,2-26,8), 23% (IC<sub>95%</sub> 19,3 - 26,8) e 23,3% (IC<sub>95%</sub> 20,8 - 25,8), respectivamente (24). Siqueira et al demonstrou uma maior prevalência de aconselhamento sobre atividade física nas unidades de SF, em indivíduos com mais de sessenta anos e na região nordeste do Brasil. Num estudo inglês, 38% dos pacientes relataram ter recebido aconselhamento sobre atividade física e alimentação saudável<sup>23</sup>, resultado pior do que os dos encontrados nos serviços de alto escore nesta investigação. As mulheres têm recebido mais orientação sobre exercícios físicos, alimentação saudável e tiveram a PA mais aferida. Isto pode estar ocorrendo, pois frequentam mais os serviços de saúde<sup>9</sup> e apresentam uma preocupação maior com o

sobrepeso. Para o aumento de um ano na idade está associado o aumento de, pelo menos, 1% na probabilidade de receber orientação sobre alimentação saudável, exercício físico e 61% de ter a PA aferida. Viés de interpretação pode ter ocorrido na associação entre orientação do exercício físico e a obesidade, tendo em vista que tonar-se mais ativo faz parte do tratamento para a redução do peso. Embora houvesse mais obesos nas unidades com alto escore, quando ajustado para obesidade na regressão de Poisson os resultados permaneceram semelhantes.

Neste estudo, os indivíduos assistidos por serviços de alto e baixo escore geral apresentaram características socio-demográficas semelhantes. Embora nos serviços de alto escore a população acima de 60 anos fosse maior assim como a referência a possuir agravos crônicos. Isto poderia influenciar os resultados, pois ao utilizarem mais os serviços, eles estariam mais propícios a receber mais orientações sobre hábitos saudáveis. Os serviços de alto escore apresentaram maior orientação para promoção da saúde, no entanto a cobertura é menor que o ideal, especialmente em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. Em relação ao aconselhamento de “parar de fumar” encontramos uma prevalência de 56,8% (IC<sub>95%</sub> 41,5 – 72,1), um resultado melhor do que um estudo americano que encontrou entre 39,8% e 47,8%<sup>6</sup>. Num estudo espanhol, 68,5% (IC<sub>95%</sub> 65,1 – 72) perguntavam sobre o hábito de fumar para os seus pacientes, sendo esta prática mais frequente nos médicos que atuavam em equipe do que os em consultórios individuais.<sup>18</sup>

Ocorreu associação direta entre as mulheres e receber orientação para prática de atividade física, para a alimentação saudável e para parar de fumar. Na Espanha, a mesma relação foi encontrada para orientação de exercícios físicos e de parar de ingerir bebidas alcoólicas e realizar exame de colesterol<sup>18</sup>. Porém, na Austrália<sup>8</sup> a mesma relação não foi encontrada entre o aconselhamento de atividade física e o sexo do indivíduo (mulheres). Isto pode ter ocorrido neste estudo por causalidade reversa, pois as mulheres utilizam mais os serviços de saúde no Brasil (9) e, portanto, poderiam estar mais suscetíveis a receber aconselhamentos sobre promoção da mesma, bem como a realizar atividades preventivas<sup>22</sup>.

Uma das limitações deste estudo é a não avaliação do tipo de aconselhamento realizado nas consultas ou de forma coletiva, desta forma não podemos verificar o impacto que a sua realização pode ter sobre a população. Dependendo do procedimento realizado, da qualidade do serviço prestado em relação aos atributos da APS e das características dos profissionais, os resultados podem ter efetividade diferente<sup>6,16,17</sup>.

Os serviços de alto escore geral no grau de orientação à APS têm uma cobertura maior nas quatro ações de promoção da saúde avaliadas. O agendamento de consultas com intervalos regulares está associado com a promoção da saúde e a cada 10 minutos adicionados ocorre um aumento de 30% nos aconselhamentos sobre hábitos de vida<sup>14</sup>. Além disto, foi demonstrado que equipes com 1500 pacientes orientam 8% mais promoção da saúde do que as responsáveis por 2500 pacientes<sup>14</sup>. Estes atributos, acompanhamento longitudinal e maior facilidade de acesso, influenciam na qualidade do serviço prestado na APS.

Na análise dos escores contínuos, os achados foram mais expressivos no escore essencial em todas as práticas em relação ao escore geral. O escore essencial avalia os atributos individuais relacionados a APS e não considera a orientação familiar e comunitária. Provavelmente por isto pode ter ocorrido médias mais altas no escore geral do que no escore essencial nos serviços que realizam as práticas preventivas

Num estudo qualitativo que avaliou o conhecimento e a realização de aconselhamento de prevenção e promoção da saúde pelos médicos europeus foi encontrado que os próprios hábitos dos profissionais influenciam a realização dos aconselhamentos<sup>5</sup>. Na Espanha, entretanto, isto não ocorre, provavelmente por existirem programas rotineiros de orientação preventiva no sistema de APS<sup>17</sup>. Como principais barreiras percebidas pelos Médicos de Família europeus para a não realização de orientações de promoção da saúde estão o excesso de carga de trabalho e escassez de tempo, seguido da falta de remuneração pela atividade e as informações confusas sobre algumas das recomendações<sup>17,20,21</sup>. É importante salientar que existe diferença entre o médico estar preparado para aconselhar um paciente sobre estilo de vida e sentir-se capaz de auxiliar na mudança de um hábito não saudável<sup>20</sup> e muitos não se sentem efetivos neste segundo aspecto<sup>12,17,20</sup>. Ferrer et al sugere que o envolvimento de outros profissionais da equipe de APS bem como a utilização de diretrizes clínicas para auxiliar os médicos a identificar e referenciar adequadamente os pacientes com fatores de risco para intervenções dos mesmos, aumentou os encaminhamentos, mas em 12 meses não melhorou a prática dos pacientes<sup>10</sup>. Programas de educação permanente mais extensivos, mudanças nas práticas de assistência individual e intervenções sustentadas para provocar mudanças de hábito mais permanentes nos indivíduos pode ser um bom caminho para a incorporação mais efetiva da promoção da saúde na APS.

Nossos resultados apontam que serviços mais voltados aos atribuídos da APS, ou seja, de alto escore geral, realizam mais práticas de promoção da saúde. Contudo, é necessária a investigação de outros aspectos, como por exemplo, o tipo de atividade de

promoção individual e coletiva que vem sendo realizada. Outro aspecto importante é o entendimento do que leva um profissional a integrar estas ações na sua rotina de consulta e quais as intervenções que podem ser mais efetivas com a população brasileira. É importante aumentar a percepção dos profissionais de saúde na identificação dos indivíduos com hábitos de vida não saudáveis e instrumentalizá-los para o desenvolvimento de ações oportunas de promoção da saúde nas consultas, como a utilização de lembretes em sistemas informatizados<sup>18</sup>. Em todos os níveis de assistência existe a necessidade de estimular as práticas de promoção à saúde, entretanto a APS continua sendo o cenário adequado para o aconselhamento, apoio à adoção e à manutenção de hábitos saudáveis pelos pacientes. A maioria das características dos indivíduos que receberam as práticas de promoção da saúde corrobora o perfil de frequência maior nos serviços de saúde e, desta forma, estão mais suscetíveis a receber a orientação oportuna de prevenção.

Os serviços de melhor qualidade na APS apresentaram desempenho mais adequado nas práticas de promoção da saúde, demonstrando que o investimento na qualificação dos serviços de APS já existentes e a criação de novos com estas mesmas propostas, podem trazer resultados nos indicadores de saúde brasileiros a médio e longo prazo. Os resultados também sugerem a necessidade de revisar o tamanho da população assistida<sup>14</sup> pela equipe de Saúde da Família, assim como estimular a existência de locais de referência para o desenvolvimento de ações preventivas que possam contribuir para mudanças de hábitos mais rápidas e permanentes<sup>14</sup>.

Na tendência atual de centrar os cuidados da clínica no manejo das doenças crônicas e não mais apenas na assistência dos agravos agudos, a dedicação para a promoção da saúde e a prevenção deverá ter um espaço maior na agenda de todos os profissionais da saúde. Isto requer educação permanente dos que já atuam no SUS, bem como a agregação real deste tipo de conteúdo no processo de formação nos cursos de graduação das áreas da saúde.

## Referências

1. Booth A, Nowson C. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Family Practice* 2010;11:doi:10.1186/1471-2296-11-8.
2. BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, and Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à

saúde: *primary care assessment tool pactool*. -80p. 2010. Brasília, Brasil, Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

3. BRASIL.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. 2010. Brasília, Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde.
4. Calderón C, Balagué L, Cortada JM, Sánchez A. Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Services Research* 2011;11.
5. Calderón C, Balagué L, Sánchez A, Grandes G, Cortada JM. Médicos y pacientes ante la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009;27:56-60.
6. Doescher M, Saver B, Fiscella K. Preventive Care, Does Continuity Count? *J Gen Intern Med* 2004;19:632-7.
7. Droscher M, Saver B, Fiscella K. Preventive Care, Does Continuity Count? *J Gen Intern Med* 2004;19:632-7.
8. Eakin E, Brown W, Schofield G, Mummery K, Reeves M. General practitioner advice on physical activity--who gets it? *Am J Health Promot* 2007;21:225-8.
9. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* 2009;43:595-603.
10. Ferrer RL, Mody-Bailey P, Jaén CR, Gott S, Araujo S. A medical assistant-based program to promote healthy behaviors in primary care. *Ann Fam Med* 2009;7:504-12.
11. Fries J, Koop C, Beadle C, Cooper P, England M, Greaves R, Sokolov J, Wright D, The Health Project Consortium. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *NEJM* 1993;329:321-5.
12. Grant A, Niyonsenga T, Dion I, Delisle E, Xhignesse M, Bernier R. Cardiovascular disease. Physicians attitudes toward prevention and treatment. *Can Fam Physician* 1998;44:780-7.
13. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006;6:156.
14. Hogg W, Dahrouge S, Russell DG, Tuna M, Geneau R, Muldoon L, Kristjannsson E, Johnston S. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine; Vol 3, No 3 (2009)* 2009.
15. Jepson R, Harris F, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* 2010;10:1-16.

16. Josyula LK, Lyle RM. Barriers in the Implementation of a Physical Activity Intervention in Primary Care Settings: Lessons Learned. *Health Promot Pract* 2011;DOI: 10.1177/1524839910392991.
17. Kloppe P, Brotons C, Anton J, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M, por el EUROPREV. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria* 2005;36:144-51.
18. Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med* 2001;32:13-22.
19. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, Mattke S, Mainz J. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. In 2006.
20. McAvory B, Kaner E, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract* 1999;49:187-90.
21. McAvoy B. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. *Br J Gen Pract* 2000;50:180-1.
22. Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med* 2003;37:475-84.
23. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? *Can Fam Physician* 2008;54:404-12.
24. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Hallal PC. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saude Publica* 2009;25:203-13.
25. WHO. Reducing Risks, Promoting Healthy Life 2002. 2002. Geneva, World Health Organization. World Health Report.
26. WHO and Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of the World Health Organization WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 156387 1. 2009. Geneva, World Health Organization.

Tabela 1 - Descrição da amostra de adultos que referiram serviços de APS como serviço de referência, categorizados por alto e baixo escore geral de avaliação da APS, Porto Alegre 2006-2007

Variáveis	N	Amostra Total (IC95%)	Amostra com avaliação de Baixo Escore (IC95%)	Amostra com avaliação de Alto Escore (IC95%)
Sexo	1200			
Masculino		34,5 (31,8 - 37,2)	34,6 (31,6 - 37,7)	33,84 (28,6 - 39,1)
Feminino		65,5 (62,8 - 68,2)	65,4 (62,3 - 68,4)	66,2 (60,9 - 71,4)
Idade (anos)	1198			
Média de idade		43,4 (42 - 44,8)	42,2 (40,7 - 43,6)	47,8 (45,2 - 50,3)
Cor da Pele	1194			
Não Brancos		41,4 (37 - 45,9)	41,8 (37,2 - 46,3)	39,9 (32,4 - 47,5)
Branco		58,6 (54,2 - 63,0)	58,2 (53,7 - 62,8)	60,1 (52,5 - 67,6)
Escolaridade (anos completos)	1193			
0 - 4		24,2 (20,8 - 27,6)	23,4 (20,1 - 26,7)	27,2 (20,5 - 34)
5 - 11		69,2 (66,2 - 72,1)	70,4 (67,4 - 73,4)	64,8 (58,6 - 70,9)
> 12		6,6 (04,4 - 08,8)	6,2 (4,1 - 8,3)	8,1 (3,8 - 12,3)
Padrão de consumo socio-econômico	1198			
CDE		77,4 (73,2 - 81,6)	77,5 (72,7 - 82,2)	77,2 (70,6 - 83,8)
AB		22,6 (18,4 - 26,8)	22,5 (17,8 - 27,3)	22,2 (16,2 - 29,4)
Situação Conjugal	1196			
Sem Companheiro		39,2 (35,8 - 42,7)	39,8 (36,1 - 43,5)	37,0 (29,9 - 44,1)
Com Companheiro		60,8 (57,4 - 64,2)	60,2 (56,5 - 63,9)	63,0 (55,9 - 70,1)
Tabagismo Atual	1182			
Não Fumante		69,6 (66,3 - 72,8)	68,6 (64,8 - 72,5)	72,8 (67,1 - 78,5)
Fumante		30,4 (27,2 - 33,7)	31,4 (27,5 - 35,2)	27,2 (21,5 - 32,9)
Obesidade	1198			
Ausência		72,7 (70,4 - 74,9)	75,1 (72,7 - 77,6)	64,0 (58,6 - 69,4)
Presença		27,3 (25,2 - 29,6)	24,9 (22,4 - 27,4)	36,0 (30,6 - 41,4)
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	1200			
Não		52,7 (49,2 - 56,2)	51,3 (47,3 - 55,4)	57,3 (51,1 - 63,4)
Sim		47,3 (43,9 - 50,8)	48,7 (44,6 - 52,8)	42, (36,6 - 48,9)
Referiu ter problemas crônicos de saúde (mental/psicológico/físico)	1190			
Não		43,9 (40,8 - 47,0)	48,3 (44,7 - 51,9)	27,7 (21,1 - 34,3)
Sim		56,1 (53,0 - 59,3)	51,7 (48,1 - 55,3)	72,3 (65,7 - 78,9)
Uso contínuo de medicamentos	1200			
Não		59,4 (55,8 - 62,9)	64,3 (60,6 - 68,0)	41,8 (35,0 - 48,7)
Sim		40,6 (37,1 - 44,2)	35,7 (32,0 - 39,4)	58,8 (51,3 - 65,0)
Saúde Auto-referida	1166			
Regular/Ruim/Muito ruim		26,3 (23,8 - 28,7)	25,3 (22,5 - 28,1)	29,7 (24,5 - 34,9)
Boa/Muito Boa		73,8 (71,3 - 76,2)	74,7 (71,9 - 77,5)	70,3 (65,1 - 75,6)
<b>Utilização do serviço de Atenção Primária</b>				
Classificação do Tipo de serviço a que o indivíduo referiu como sua referência	1166			
UBS		25 (14,1 - 35,9)	27,9 (15,8 - 39,9)	14,5 (7,2 - 21,7)
ESF		48,2 (34,5 - 61,9)	48,0 (34,0 - 62,0)	49,1 (34,2 - 63,9)
CSEM		15,7 (4,3 - 27)	16,6 (4,7 - 28,5)	12,6 (2,1 - 23)
SSC-GHC		11,2 (3,7 - 18,6)	7,6 (2,0 - 12,1)	24,0 (10,4 - 37,5)
Tempo de vínculo com o serviço				
< 1ano		9,8 (06,8 - 12,7)	10,0 (7,2 - 12,9)	9,0 (4,5 - 13,4)
1 a 4 anos		35,2 (29,4 - 40,9)	37,7 (31,9 - 43,5)	26,1 (17,9 - 34,2)
> 5 anos		55,1 (48,1 - 62,0)	52,3 (45,5 - 59,1)	65,0 (54,9 - 75,1)

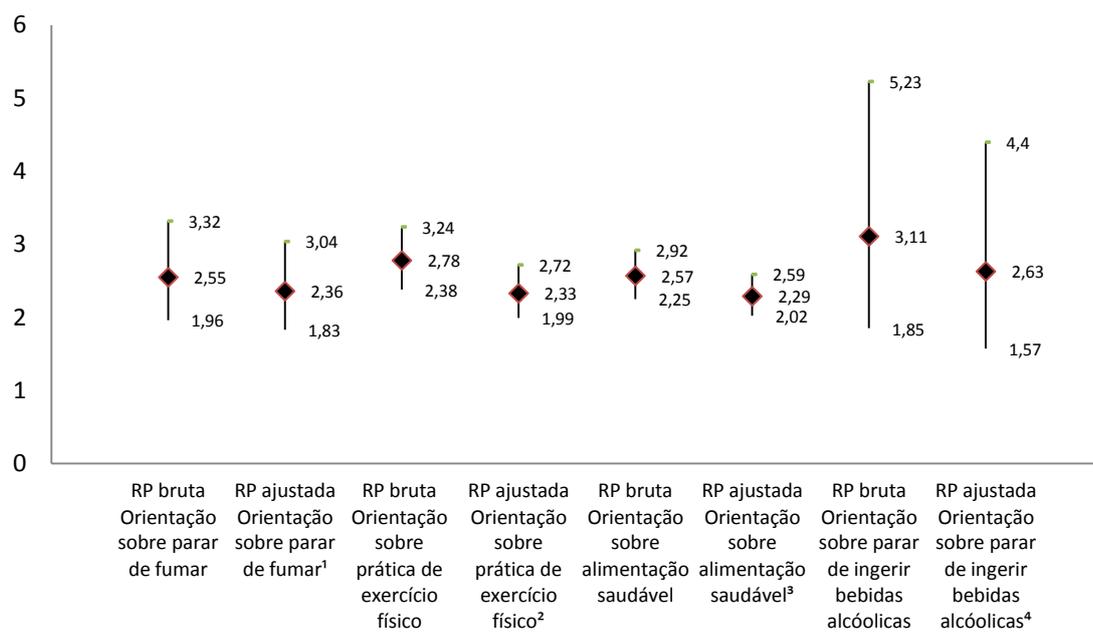
Tabela 2 - Prevalência da realização das práticas de promoção de saúde e de prevenção nos serviços públicos de APS de Porto Alegre, 2006-2007.

Prática sobre	Suspender o fumo % (IC <sub>95%</sub> )	Para de ingerir bebidas alcoólicas % (IC <sub>95%</sub> )	Praticar Exercícios Físicos % (IC <sub>95%</sub> )	Fazer dieta saudável % (IC <sub>95%</sub> )
Amostra Geral	31,9 (26,2 - 37,6)	8,1 (6 - 10,9)	28,7 (25,4 - 32,2)	40,4 (36,9 - 44)
Baixo Escore Geral	24,6 (19,7 - 30,3)	5,7 (3,9 - 8,5)	20,6 (18 - 23,6)	30,1 (26,5 - 33,7)
Alto Escore Geral	62,7 (50,6 - 73,3)	17,9 (11,9 - 26)	57,3 (50,1 - 64,2)	77,2 (72,1 - 82,4)

Tabela 3 - Relação entre as práticas de promoção da saúde e de prevenção em adultos e a média dos Escores Essencial e Geral contínuo de avaliação da qualidade da APS, Porto Alegre, 2006-2007.

Ação de promoção da saúde	Sobre atividade física		Sobre alimentação saudável		Sobre parar de fumar		Sobre parar de ingerir bebidas alcoólicas	
	Sim (IC <sub>95%</sub> )	Não (IC <sub>95%</sub> )	Sim (IC <sub>95%</sub> )	Não (IC <sub>95%</sub> )	Sim (IC <sub>95%</sub> )	Não (IC <sub>95%</sub> )	Sim (IC <sub>95%</sub> )	Não (IC <sub>95%</sub> )
Escore	6,33	5,10	6,31	4,87	6,12	4,97	6,28	5,23
Essencial	(6,18 - 6,47)*	(4,97 - 5,23)	(6,18 - 6,44)*	(4,74 - 5,00)	(5,90 - 6,34)*	(4,81 - 5,14)	(5,96 - 6,61)*	(5,08 - 5,39)
Escore	6,29	4,93	6,24	4,69	6,1	4,78	6,36	5,12
Geral	(6,11 - 6,47)*	(4,78 - 5,08)	(6,07 - 6,41)*	(4,54 - 4,84)	(5,84 - 6,34)*	(4,60 - 4,96)	(6,03 - 6,69)*	(4,94 - 5,30)

\*test t p < 0,001



<sup>1</sup> Modelo Ajustado para idade;

<sup>2</sup> Modelo Ajustado para: sexo, idade, classe social, tabagismo, obesidade, referir doença crônica;

<sup>3</sup> Modelo Ajustado para: sexo, idade, classe social, obesidade, uso crônico de medicamentos;

<sup>4</sup> Modelo Ajustado para: sexo, cor, uso de medicamentos;

\*p < 0,05

Figura 1 - Razões de Prevalência\* com intervalos de confiança de 95%, da associação entre os serviços de saúde com alto escore geral de orientação à APS e a realização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em adultos nos modelos brutos e ajustados pela regressão de Poisson robusta, Porto Alegre 2006-2007

## **7. ARTIGO 2**

**“Prevalência de sedentarismo na população adscrita a serviços públicos de Atenção Primária à Saúde”**

“Prevalence of inactivity in the population enrolled in public Primary Health Care”

Maria Eugênia Bresolin Pinto, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado à Revista de Saúde Pública**

“Prevalência de sedentarismo na população adscrita a serviços de Atenção Primária à Saúde no sul do Brasil”

AUTORES: Maria Eugênia Bresolin Pinto<sup>1</sup>, Airton Tetelbom Stein<sup>2</sup>, Erno Hazheim<sup>3</sup>, Bruce Bartholow Duncan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda do Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Rua Sarmiento Leite 245 sala 411. Porto Alegre – Brasil CEP 90050 170. ([eugenia@ufcspa.edu.br](mailto:eugenia@ufcspa.edu.br)).

<sup>2</sup> Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<sup>3</sup> Pós graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de sedentarismo em adultos usuários da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e os fatores associados.

**Métodos:** Estudo transversal de base populacional em 2536 adultos adscritos a serviços públicos de APS de Porto Alegre (sul do Brasil) por entrevistas domiciliares. Foi utilizada a versão curta do Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para avaliar o nível de atividade física. A avaliação da qualidade da APS foi aferida com o PCATool-Brasil versão usuário adulto. A regressão de Poisson robusta foi utilizada para as análises ajustadas.

**Resultados:** Dos entrevistados, a prevalência de sedentarismo foi de 21,3% (IC<sub>95%</sub> 19,5 – 23,2). Nas mulheres foi de 20,3% (IC<sub>95%</sub> 18,2 – 22,5) e nos homens 22,9% (IC<sub>95%</sub> 20,5 – 25,3) (p < 0,05). Relataram ter recebido orientação para praticar exercícios, 37,2% (IC<sub>95%</sub> 27,5 - 47,1) dos indivíduos. Na análise ajustada, as características que estavam associadas ao sedentarismo foram: sexo masculino; indivíduos com mais de 60 anos; brancos; classe econômica A ou B; ter saúde auto referida ruim; e não ser

freqüentador de serviços públicos de APS ( $p < 0,05$ ). No modelo ajustado, as características associadas foram: pertencentes às classes sociais C/D/E; não fumante; obesos; que referiram ter problema de saúde crônico; e estar vinculado aos serviços de alto escore de orientação para a APS ( $p < 0,05$ ).

**Conclusões:** A prevalência de sedentarismo encontrada foi baixa em relação a outros estudos que avaliam a atividade física durante os momentos de lazer. A orientação para a prática de exercícios para sedentários na APS vem ocorrendo mais nos melhores serviços e para indivíduos que mais necessitam.

**Palavras chaves:** Atividade física, atenção primária à saúde, promoção de saúde e prevenção.

## "Prevalence of physical inactivity in the population enrolled the services of Primary Health Care in Southern Brazil"

### **Abstract**

**Objective:** To assess the prevalence of physical inactivity among adults users of public Primary Health Care (PHC) services and identify associated factors.

**Methods:** This is a population-based cross-sectional study. A household survey was conducted in 2536 adults ascribed to public PHC services from Porto Alegre (South of Brazil). The short version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used to assess the level of physical activity. The quality of the PHC was assessed by PCATool-Brasil adult user's version. The multiple Poisson regression was used for adjusted analysis.

**Results:** Of the adults respondents, the prevalence of physical inactivity was 21.3% (CI<sub>95%</sub> 19.5 to 23.2), 20.3% (CI<sub>95%</sub> 18,2 – 22,5) in females and 22.9% (CI<sub>95%</sub> 20,5 – 25,3) in men ( $p < 0,05$ ). After the adjusted analysis by Poisson robust regression, the following characteristics were associated with sedentarism: male, with more than 60 years, whites, from high class (A/B), "bad" self reported health and not user of public PHC service ( $p < 0,05$ ). The advice about exercise occurred in 37.2% (CI<sub>95%</sub> 27,4 - 47,1) adult. After the adjust analysis, the characteristics associated were: social class C/D/E, no smoking, obese, that referred chronic health problems, and be linked to a health service with high general score for PHC ( $p < 0,05$ ).

**Conclusions:** The prevalence of sedentarism on general activity was lower compared to other studies that assess physical activity only during leisure time. The orientation of exercise for sedentary people in PHC has been occurring at better evaluated services and for individuals who need it most.

**Keywords:** Physical activity, primary health care, health promotion, prevention

## INTRODUÇÃO

O sedentarismo está bem estabelecido como fator de risco para doença cardiovascular há muito tempo<sup>34</sup>. Mais recentemente os benefícios da atividade física (AF) na prevenção primária e secundária da diabetes mellitus (DM), do câncer de cólon e de mama, assim como de outras doenças físicas e mentais estão bem documentados<sup>13; 31; 35</sup>. Estes benefícios do exercício, principalmente os associados à prática de intensidade moderada, foram observados em diversos estudos populacionais<sup>29; 37; 41</sup>. O nível recomendado de prática de AF para promover uma boa saúde e prevenir doenças é de 30 minutos de atividades moderadas durante, pelo menos, 5 dias na semana ou 20 minutos de atividade física vigorosa em, pelo menos, 3 dias por semana<sup>27</sup>.

Em relação ao sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade, além de prover assistência resolutiva dos problemas de saúde mais prevalentes, deve desenvolver atividades e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Os profissionais da APS, por atuarem de forma longitudinal e integral, têm a oportunidade de contribuir para mudança do contexto de vida dos indivíduos sedentários, com o intuito de co-assumir a importante tarefa de otimizar o manejo deste fator de risco<sup>5; 16</sup>. O Ministério da Saúde do Brasil enfatiza a necessidade de desenvolver estas práticas. Deste modo, formulou, em 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde<sup>e</sup>, seguindo os rumos sugeridos pela OMS<sup>43</sup> de implementação de políticas públicas que incentivem a saúde e não apenas o enfoque nas doenças. Na sociedade moderna sedentária, para que a mudança de comportamento, individual e coletivo, ocorra, é necessário envolver os diferentes setores governamentais e não governamentais, além da mídia, em ações intersetoriais que invistam em áreas de lazer adequadas, profissionais qualificados e o desenvolvimento de uma cultura mais ativa dos indivíduos<sup>27</sup>. Os serviços de APS têm um papel importante neste enfoque, tanto pelo aconselhamento de praticar AF, como na prescrição e apoio necessário para que as mudanças de comportamento individuais e coletivas ocorram de forma mais duradora<sup>16</sup>.

---

<sup>e</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30-3-2006

Os médicos de família e comunidade (MFC), atuantes na APS, têm a oportunidade de, conhecendo os indivíduos e as comunidades, intervir de forma mais adequada à cada situação de promoção de saúde e prevenção de doenças. Assim, o MFC pode auxiliar os adultos sedentários de sua população adscrita a aumentarem o seu nível de AF, principalmente quando utilizam aconselhamento e prescrição estruturada de exercícios<sup>21</sup>. A incorporação do aconselhamento sobre AF na rotina da consulta de APS se justifica já que ações curtas de 3 a 6 minutos contribuem com a modificação do comportamento dos indivíduos em relação à AF<sup>21</sup>. Os pacientes identificaram que o aconselhamento sobre exercício feito pelo MFC é efetivo quando utiliza uma abordagem personalizada, oferta suporte externo estruturado durante o processo de mudança de hábito e quando as orientações enfocam a superação das barreiras e a indicação de facilitadores para a prática de AF<sup>17</sup>, como o que é proposto pelo Programa Academias da Saúde<sup>f</sup>. Numa revisão sistemática, que avaliou intervenções na comunidade e nos serviços de APS para aumentar o nível de AF individual, o aconselhamento breve com prescrições individuais (na consulta, por telefone ou por e-mail) ou a participação em grupos comunitários de exercício ou de caminhadas demonstraram ser mais custo-efetivas em um 1 ano que os exercícios estruturados e supervisionados em academias ou programas de caminhada acompanhada<sup>20</sup>. Contudo, algumas destas intervenções avaliadas apresentaram uma análise de custo-utilidade semelhante às intervenções farmacológicas para a redução de risco cardiovascular que, normalmente, são financiadas pelos governos<sup>20</sup> e, desta forma, poderiam receber a mesma atenção quando do planejamento das políticas de saúde.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo identificar a prevalência do sedentarismo e a sua associação com as características sociodemográficas e de saúde, a presença de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis e a qualidade dos serviços de saúde dos usuários da rede de APS de uma capital no sul do Brasil.

---

<sup>f</sup> Ministério da Saúde. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria Nº 719, de 11-7-2011

## MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional desenvolvido em Porto Alegre, cidade de 1.360.590 habitantes localizada na região sul do Brasil, no período de julho de 2006 a agosto de 2007. Amostragem por conglomerado (*cluster*), representativa dos adultos maiores de 18 anos adscritos aos serviços de APS da rede pública (Equipes da Estratégia de Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde; Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; Centro de Saúde Escola Murialdo), estratificada por gerência distrital de saúde e com a seleção sistemática de domicílios. Os parâmetros utilizados para o cálculo da amostra de 2600 indivíduos foram: nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, precisão de 3%, com fator de delineamento de 1,2 para correção do efeito de *cluster* e acréscimo de 10% para possível não resposta. A amostra calculada para a verificação da prevalência de sedentarismo foi de 399 indivíduos (Programa Win Pepi, Describe versão 2.33) considerando como parâmetros a prevalência de 31,8%<sup>39</sup> de sedentarismo, o nível de confiança de 95%, uma diferença aceitável de 5% e o fator de delineamento de 1,2 para correção do efeito de *cluster*. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com 18 anos completos ou mais e morar na residência amostrada há mais de um ano. Foram excluídos os indivíduos com problema de comunicação ou com dificuldade de compreensão para responder ao questionário; aqueles que realizaram sua última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre antes de janeiro de 1996 (ano da municipalização da saúde) ou que mencionaram que o seu serviço de saúde de referência não era de Porto Alegre. As descrições da metodologia e da amostragem estão mais detalhadas em outro artigo<sup>26</sup>. As entrevistas foram realizadas nos domicílios selecionados, por 22 entrevistadores treinados e sete coordenadores de campo. O controle de qualidade consistiu na revisita em cerca de 10% das entrevistas por coordenadores de campo, que reaplicavam parcialmente a entrevista. Os dados destas foram comparados com as originais para avaliar a sua qualidade. Para auxiliar no controle de possíveis vieses de aferição, os entrevistadores foram treinados em dois momentos, antes e durante a coleta de dados.

O instrumento utilizado para a medida de atividade física foi a versão curta do Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ)<sup>12</sup>, validado no Brasil<sup>36</sup>. Os dados levantados com o questionário foram processados e analisados

conforme as instruções dos autores (<http://www.ipaq.ki.se/scoring.htm>, acesso em março de 2011). Desta forma, o indivíduo fisicamente ativo foi definido como o praticante de pelo menos 30 minutos de exercícios moderados em 5 ou mais dias na semana; ou 20 minutos de exercícios vigoroso pelo menos em 3 dias na semana; ou 5 ou mais dias de atividades combinadas que somem 600 MET-minutos por semana.

Foi avaliada a associação do desfecho sedentarismo com variáveis independentes referentes às características sócio-demográficas (sexo, idade, cor da pele, estrato social, escolaridade, situação conjugal) e de saúde (saúde auto-percebida, referir doença crônica, uso de medicamentos), fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis (tabagismo, consumo de álcool, obesidade) e qualidade do serviço de saúde (orientação sobre atividade física, vinculado a serviço de APS e escore geral de avaliação do serviço). A “cor da pele” foi auto-referida pelo entrevistado, sendo as respostas classificadas posteriormente em “branco” e “não branco”. O estrato econômico foi definido através do Critério Brasil de Classificação Econômica de 2008<sup>9</sup>, classificados nos estratos A, B, C, D e E, os quais foram agrupados em classe social “A/B” e “C/D/E”. O escore geral de avaliação do serviço de APS foi realizado pelo PCATool-Brasil versão usuários adultos<sup>8</sup>, sendo categorizado em “alto escore” e “baixo escore”.

Os questionários foram digitalizados e a transferência das informações para uma planilha de dados feita através do processo de verificação das imagens por submódulos reader e verify do Teleform (*Cardiff® an Autonomy Company, Unveils Next Generation of Intelligent Document Processing, versão 10, 2006*). Foram realizadas análises descritivas das variáveis independentes com o cálculo de proporções com intervalos de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>). Na análise bruta, foi calculada a prevalência de sedentarismo para cada variável e testada o seu nível de significância pelo teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear. O desenho amostral foi levado em consideração nas análises e, para o ajuste do modelo, foi utilizada a regressão de Poisson e significância como a já mencionada anteriormente. As análises estatísticas foram realizadas

---

<sup>9</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil 2008*. <http://www.abep.org/> acesso em 2007.

nos programas SPSS versão 12 e STATA versão 9.2 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*).

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética da UFRGS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Grupo Hospital Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, já que os serviços avaliados eram gerenciados por diferentes esferas governamentais. O consentimento informado foi obtido para cada indivíduo.

## **RESULTADOS**

Dos 2600 indivíduos amostrados, 2536 (97,6%) responderam a todas as questões do IPAQ e foram incluídos. Os motivos mais frequentes para a não participação na pesquisa foram a falta de tempo referida pelos selecionados e a ausência dos mesmos na segunda visita agendada pelo entrevistador. A amostra de 2536 adultos era composta por 60,6% (IC<sub>95%</sub> 56,7 – 64,5) de mulheres e a média de idade dos adultos era de 44,2 (DP ± 0,99) anos. A maioria era de brancos (64,8% IC<sub>95%</sub> 59,4 - 70,2), da classe social C, D ou E (61,4% IC<sub>95%</sub> 51,9 - 70,9) e referiram ter companheiro (59,8% IC<sub>95%</sub> 57,5 - 62,1). A escolaridade média encontrada foi de 8,72 (DP ± 0,51) anos de estudo, sendo que 17,4% estudaram de 0 a 4 anos e 20,4% estudaram mais de 12 anos. Em relação aos fatores de risco para doença crônica: 25,7% (IC<sub>95%</sub> 21,2 - 30,3) eram fumantes; 51,3% (IC<sub>95%</sub> 48,4 – 54,3) ingeriram bebida alcoólica nos últimos 30 dias; 25% (IC<sub>95%</sub> 22,9 – 27,1) foram identificados por suas medidas como obesos durante a pesquisa. Dos indivíduos, 77,5% (IC<sub>95%</sub> 74,6 – 80,5) classificaram a sua saúde como “boa ou muito boa”, 55,5% (IC<sub>95%</sub> 51,5 – 59,5) referiram ter um problema crônico de saúde e 58% (IC<sub>95%</sub> 35,3 – 47,2) utilizarem uso de medicamentos continuamente. Menos da metade da amostra (46,3% IC<sub>95%</sub> 21,2 - 71,1) estava vinculada a serviços de APS e 37,2% (IC<sub>95%</sub> 27,4 - 47,1) referiu ter recebido orientação de praticar AF nos últimos 12 meses no serviço de assistência que frequenta.

A Tabela 1 apresenta os dados dos indivíduos categorizados em sedentários e fisicamente ativos, conforme as variáveis independentes utilizadas para análise. Existem mais mulheres no grupo dos fisicamente ativos ( $p < 0,01$ ) e a média de idade maior foi dos sedentários ( $p < 0,01$ ). A maioria

dos sedentários eram brancos, do sexo feminino, estudaram entre 5 e 11 anos e pertencentes às classes C/D/E. Em relação aos fatores de risco para doenças crônicas, a obesidade ( $p < 0,05$ ) foi o único mais prevalente nos sedentários do que nos fisicamente ativos. Mais da metade dos sedentários referiram utilizar medicamentos contínuos, enquanto a maioria dos fisicamente ativos negou este hábito. A orientação para praticar atividade física nos últimos 12 meses foi recebida por quase metade dos adultos sedentários.

A prevalência de sedentarismo nessa amostra de indivíduos adultos foi de 21,3% (IC<sub>95%</sub> 19,5 – 23,2), já entre as mulheres foi de 20,3% e nos homens de 22,9% ( $p < 0,05$ ). O sedentarismo entre os indivíduos com mais de 60 anos foi de 34,7% ( $p < 0,0001$ ), enquanto nos de 18-60 anos foi de 18,4%. Já entre os brancos a prevalência ficou em 22,7% ( $p < 0,05$ ) próxima dos 23,3% das classes A/B ( $p < 0,05$ ) e mais baixa que os 27,1% da prevalência na baixa escolaridade (0-4 anos de estudo) ( $p < 0,005$ ). Nos indivíduos com fatores de risco para doenças crônicas, a prevalência de sedentários foi de 18,5% nos fumantes, 19,5% entre os que ingeriram álcool e 21% nos obesos. Nos que referiram doença crônica e nos que utilizam medicamentos cronicamente, 23,4% e 26,8% eram sedentários respectivamente.

Na Tabela 2, são apresentadas as razões de prevalência de sedentarismo em relação às variáveis independentes. Com exceção da situação conjugal ( $p > 0,20$ ), as demais variáveis apresentadas na Tabela 2 foram inicialmente incluídas na análise multivariada de Poisson. Utilizando o método de backward, o modelo final ajustado demonstrou que o sedentarismo teve associação positiva com indivíduos masculinos, mais velhos (com mais de 60 anos), brancos, com escolaridade baixa e pertencentes às classes A/B. A variável com maior diferença, tanto na análise bruta como na ajustada, foi a idade ( $p < 0,05$ ).

A prevalência de sedentarismo entre os que receberam orientação para praticar atividade física na consulta no último ano foi de 23,5% e na Tabela 3 são apresentadas as razões de prevalência desta população de adultos em relação às variáveis independentes. Os sedentários que mais receberam orientação para realizar AF na APS foram os indivíduos mais velhos, de classe social mais baixa, não fumantes, obesos, que referiram ter doenças crônicas e que avaliaram os seus serviços de saúde com alto escore para a APS.

## DISCUSSÃO

Medir a atividade física através da aplicação de um questionário pode ser um limitante das pesquisas de base populacional, tendo em vista a ocorrência de vieses de aferição e de recordação. Embora o IPAQ versão curta tenha uma baixa correlação com outros métodos de aferir exercício<sup>36</sup>, quando são avaliadas amostras grandes como a deste estudo, é importante escolher um instrumento validado e com reprodutibilidade elevada em diferentes populações<sup>12; 24; 36</sup>. A versão curta do IPAQ tem a tendência de superestimar a prevalência da inatividade física (sedentarismo), quando comparado com a sua versão longa, pois esta avalia a AF em 4 dimensões separadamente (lazer, trabalho, deslocamento e afazeres domésticos)<sup>25</sup>. Numa revisão sistemática recente<sup>14</sup>, verificou-se uma variação muito grande de prevalências de sedentarismo em estudos realizados no Brasil decorrente da utilização de diferentes tipos de instrumentos de coleta e a avaliação de uma ou mais dimensões da atividade física. Vários estudos<sup>4; 23; 25; 30; 32</sup> têm utilizado o IPAQ como instrumento de coleta dos dados sobre AF, o que propicia uma melhor comparação dos resultados encontrados. A AF geral tem fatores associados distintos da realizada no lazer, no trabalho, nos afazeres domésticos e no deslocamento<sup>14; 23</sup>.

A prevalência de sedentarismo de 21,3% (IC<sub>95%</sub> 19,5 – 23,2) encontrada foi menor do que em outros estudos. Siqueira et al<sup>39</sup> encontrou uma prevalência de 31,8% (IC<sub>95%</sub> 30,4 – 33,2) numa população mais velha de adultos e idosos de alguns municípios de mais de 100 mil habitantes das regiões sul e nordeste do Brasil. Em Pelotas, Hallal et al<sup>25</sup> encontrou 41,1% de sedentários em adultos com 20 anos ou mais, achado semelhante aos 46,5% de Matsudo & Matsudo<sup>32</sup>. O Vigitel Brasil<sup>9-11</sup> encontrou uma prevalência para Porto Alegre de sedentarismo de 29,7% (IC<sub>95%</sub> 27,1-32,3) em 2007, de 27,1% (IC<sub>95%</sub> 24,4-29,7) em 2008 e 15,1% (IC<sub>95%</sub> 13,2-17,1) em 2009 demonstrando um declínio deste fator de risco na população geral da cidade. Os achados do Vigitel Brasil e de Hallal et al<sup>25</sup> foram obtidos através da versão longa do IPAQ,

sendo estes achados semelhantes aos de nosso estudo. Estudos utilizando a versão curta do IPAQ, assim como o de Matsudo & Matsudo<sup>32</sup> e Siqueira et al<sup>39</sup>, encontram prevalências de 29% em Pelotas (RS)<sup>24</sup> e de 57,4% em Joaçaba (SC)<sup>4</sup>. Embora muitos estudos utilizem só a dimensão lazer para avaliar a AF, é importante ressaltar a necessidade de inclusão das dimensões de deslocamento e de trabalho em países como o Brasil, tendo em vista as características sócio-econômicas.

O World Health Survey<sup>22</sup> encontrou no Brasil uma prevalência de sedentarismo nas mulheres de 30,2% e nos homens de 26,1%, neste estudo foi utilizado o mesmo instrumento que o do presente estudo, a versão curta do IPAQ. Encontramos uma prevalência menor nas mulheres do que nos homens assim como outros estudos<sup>2; 33</sup>, embora estes estudos tenham avaliado apenas a dimensão lazer. Outros estudos<sup>4; 25</sup> não demonstraram estas diferenças significativas entre homens e mulheres. Esta diferença em favor dos homens pode ter ocorrido por associação a atividades profissionais mais vigorosas fisicamente.

Na literatura existe a consideração de que com o aumento da idade ocorre uma redução dos níveis de AF<sup>25; 39</sup>. Em nosso estudo encontramos o mesmo padrão, cuja associação pode ser explicada pela redução das tarefas domésticas, do deslocamento e do trabalho mais vigoroso com o envelhecimento. Nos idosos, é fundamental manter a socialização e aumentar a capacidade funcional e desta forma preservar a sua autonomia, sendo o exercício físico uma ótima ferramenta para alcançar estes objetivos. Grandes et al<sup>21</sup> demonstrou que indivíduos com mais de 50 anos respondem melhor à mudança do nível de AF do que os indivíduos mais jovens, quando recebem aconselhamento do seu MFC ou uma prescrição específica de exercício. Desta forma, o nosso achado de que os indivíduos sedentários mais velhos estão recebendo mais orientação para realizar AF, pode gerar bons resultados na redução do sedentarismo nesta faixa etária no futuro. Com o envelhecimento da população brasileira, as estratégias de estímulo à AF específicas para esta faixa etária devem ser prioridade das políticas públicas, bem como a intensificação das ações no âmbito da APS.

A cor da pele é uma variável pouco explorada nos estudos sobre AF, no presente estudo encontrou-se uma associação entre brancos e sedentarismo similar a outro<sup>25</sup>. Considerando as iniquidades existentes em relação à cor da pele, quando as ações para promoção da AF forem planejadas, as peculiaridades referentes a este aspecto devem ser consideradas. Em relação à classe social, o sedentarismo foi mais prevalente nas classes A e B. Este padrão de associação das classes mais altas é encontrado quando se considera a atividade física global<sup>2</sup>, quando é avaliado AF apenas no lazer, esta relação se inverte como demonstrado por outros autores<sup>4; 25</sup>. Isto pode estar associado à menor disponibilidade de locais públicos para a prática esportiva e de lazer, assim como a quase inexistência de orientação adequada gratuita para a prática de AF em diferentes modalidades. Além disto, a desvinculação deste tipo de serviço com o Sistema de Saúde, no Brasil e no Mundo, dificulta o manejo desta situação, transformando o sedentarismo num dos grandes problemas de saúde pública mundial<sup>7</sup>.

Na corrente pesquisa não encontramos diferenças em relação à situação conjugal, assim como Hallal et al<sup>25</sup>. Além disto, Pitanga e Lessa<sup>38</sup> identificaram mais sedentarismo nos casados do que nos solteiros, no entanto avaliando a AF apenas nas horas de lazer. A AF ao ser analisada de forma geral<sup>25</sup> tem uma relação inversa com a escolaridade<sup>38</sup>, já quando se analisa a AF apenas no lazer a relação é direta. Foi encontrado neste estudo um padrão misto, uma prevalência maior de sedentarismo na baixa escolaridade (27,1%) e na escolaridade mais alta (23,8%) em relação à escolaridade média (18,8%). Isto pode ser resultado de distintos motivos, entre eles na escolaridade mais alta as atividades laborais são mais leves e a AF, quando praticada, ocorre mais no lazer e na baixa escolaridade ocorre o inverso<sup>25</sup>.

No presente estudo, não se identificou associação entre sedentarismo e os fatores de risco para doença cardiovascular estudados (fumar, consumo de álcool e obesidade). A prevalência de sedentarismo entre os não fumantes foi maior em relação aos fumantes, ao contrário de outros estudos<sup>25</sup>. Em relação à obesidade, nosso achado foi semelhante aos outros estudos<sup>4; 30</sup> com uma frequência maior entre os obesos. Contudo, devido à possibilidade de

causalidade reversa, não é possível estabelecer uma relação de causa-efeito desta associação.

Os achados em relação à utilização de medicamentos e AF corroboram a relação inversa de outros estudos<sup>6; 39</sup>, a saber, pessoas sedentárias fazem um uso maior de medicamentos cronicamente. Entretanto, o desenvolvimento de mais pesquisas é necessário para investigar a associação entre sedentarismo e uso crônico de medicamentos. No ajuste com o modelo de Poisson, não ocorreu a perda da associação com o uso de medicamentos, assim como do grau de auto-percepção de saúde. O uso de medicamentos ocorre em decorrência do estado de saúde do indivíduo e a prática de atividade física pode influenciar positivamente este estado de saúde. Isto é demonstrado em nosso achado de que os indivíduos com auto percepção de saúde boa/muito boa são fisicamente mais ativos, relação semelhante encontrada em outros estudos<sup>4; 30</sup>.

No presente estudo verificou-se que os indivíduos que mais precisam ser fisicamente ativos estão recebendo mais orientação para praticar AF em seus serviços de saúde, o que pode apontar para um aumento futuro dos níveis de AF na população em geral, se está atitude for ampliada com qualidade na APS<sup>40</sup>. Azevedo et al<sup>2</sup> encontrou, entre as razões indicadas para estar praticando AF, a mais prevalente “ser importante para a saúde” entre homens (41,2%) e mulheres (52,9%) e em segundo lugar “ter recebido o aconselhamento do seu médico” em 8,4% para os homens e 18,5% das mulheres. No presente estudo, caracterizou-se que os serviços de saúde com alto escore para APS orientam mais para o exercício os indivíduos sedentários. Isto pode estar associado com a boa qualidade do serviço de saúde<sup>5</sup>, com o número de consultas que o indivíduo frequentou e com a assistência longitudinal que permite um cuidado integral e não apenas curativo. A confiança e o compromisso depositados pelo paciente no seu médico podem contribuir para uma mudança nos seus hábitos de vida<sup>5</sup>. Pelos resultados encontrados neste estudo, os melhores serviços de APS estão aconselhando mais os indivíduos que teriam mais benefícios com a prática de exercícios, ou seja, os de classe social mais baixa, obesos, que referiram ter problemas de saúde crônica, sendo uma forma de diminuir as iniquidades. Estes achados

corroboram os de outros estudos<sup>15; 42</sup>, quanto ao perfil dos indivíduos que mais recebem estes aconselhamentos. Embora sejam os indivíduos mais vulneráveis, os jovens e saudáveis podem representar uma boa oportunidade perdida para a promoção de saúde. Os efeitos benéficos do exercício físico na população são muito desejáveis<sup>16</sup> e a ampliação do conhecimento sobre este assunto nas equipes de Saúde da Família pode ser uma importante estratégia de ação global, liderada pela APS, para a diminuição do sedentarismo no país.

O manejo do sedentarismo fica, na maioria das vezes, a cargo de outros setores que não os serviços de saúde. Todavia, muitas vezes é tratado como um fator de risco menor e nem sempre considerado quando traçado o planejamento da terapêutica dos pacientes, tendo em vista que não pode ser resolvido com a prescrição de um fármaco.

Embora não existam evidências de que intervenções em larga escala em comunidades aumentem os níveis de atividade física nas comunidades<sup>3</sup>, as intervenções individuais na APS devem ser enfatizadas e estimuladas, pois o seu impacto nos indicadores de Saúde Pública é efetivo<sup>18; 19; 21</sup>. Nestes aconselhamentos, a abordagem individualizada com foco na superação das barreiras e acompanhada de um suporte contínuo<sup>17</sup>, pode obter efeitos melhores a curto e longo prazo. Esta orientação de prática de exercício deve fazer parte da agenda dos profissionais da APS e um grande esforço intersetorial é necessário para que seja incluída na agenda dos pacientes. Para modificar este hábito de inatividade, o profissional de saúde precisa atuar com estratégias estabelecidas, que precisam ser mais bem investigadas no cenário da APS, principalmente no Brasil que atualmente tem poucas evidências nesta área. Estudos atuais apontam para um papel do médico da APS como promotor e estimulador deste processo de mudança nos indivíduos<sup>17; 20; 21</sup> e de outros profissionais da saúde e outros setores públicos auxiliando nesta mudança, assim como na manutenção da adoção de novos hábitos<sup>7; 27; 28</sup>.

Para integrar as Unidades de Saúde da Família às ações de estímulo à prática de exercícios, o Projeto da Academia da Saúde foi lançado no Brasil, com o principal objetivo de criar espaços comunitários adequados para a prática da AF e vinculados às orientações de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas ações complementares podem resultar numa mudança

de hábito mais sustentável em relação à atividade física nas populações sedentárias<sup>1</sup>. Esta é uma forma de reduzir as iniquidades associadas à prescrição adequada e à necessidade de espaços públicos para lazer, integrando ao Sistema Único de Saúde serviços que possam auxiliar a diminuir o sedentarismo da população de forma mais permanente.

## Referências

- (1) Armit CM, Brown WJ, Marshall AL, Ritchie CB, Trost SG, Green A et al. Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. *Prev Med.*2009; 48(2):156-163.
- (2) Azevedo MR, Araujo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health.*2007; 52(1):8-15.
- (3) Baker, PRA, Francis, DP, Soares, J, Weightman, AL, and Foster, C. *Community wide intervention for increasing physical activity.* 28-6-2011. Última atualização em 2011.
- (4) Barreta E, Baretta M, Peres K. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica.*2007; 23(7):1595-1602.
- (5) Berry L, Parish J, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman G, Rayburn W et al. Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. *Ann Fam Med.*2008; 6:6-13.
- (6) Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJ. Physical activity and medicine use: evidence from a population-based study. *BMC Public Health.*2006; 6:224.
- (7) Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports Med.*2009; 43(1):1-3.
- (8) Ministério da Saúde . Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pactool*, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, and Departamento de Atenção Básica, Brasília, Brasil, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- (9) Ministério da Saúde . Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, BRASIL, Brasília, 2008. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

- (10) Ministério da Saúde . Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- (11) Ministério da Saúde . Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, informe da BRASIL.Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, and Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília, 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
- (12) Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.*2003; 35(8):1381-1395.
- (13) Cust AE. Physical Activity and Gynecologic Cancer Prevention. In: Courneya KS, Friedenreich CM, editors. *Physical Activity and Cancer*. Springer Berlin Heidelberg; 2011. p. 159-185.
- (14) Dumith SC. Physical Activity in Brazil: a systematic review. *Cad Saude Publica.*2009; 25(Sup 3):S415-S426.
- (15) Eakin E, Brown W, Schofield G, Mummery K, Reeves M. General practitioner advice on physical activity--who gets it? *Am J Health Promot.*2007; 21(4):225-228.
- (16) Elley CR, Kerse NM, Arroll B. Why target sedentary adults in primary health care? Baseline results from the Waikato Heart, Health, and Activity Study. *Preventive Medicine.*2003; 37(4):342-348.
- (17) Elley C, Dean S, Kerse N. Physical activity promotion in general practice: Patient attitudes. *Aust Fam Physician.*2007; 36(12):1061-1064.
- (18) Estabrooks PA, Glasgow RE. Translating effective clinic-based physical activity intervention into practice. *Am J Prev Med.*2006; 31(4S):S45-S56.
- (19) Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. Physical Activity Promotion Through Primary Care. *JAMA.*2003; 289(22):2913-2916.
- (20) Garrett S, Elley C, Rose S, O'Dea D, Lawton B, Dowell A. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *Br J Gen Pract.*2011; 61(584):e125-133.
- (21) Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.*2009; 169(7):694-701.

- (22) Guthold R, Ono T, Strong K, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity: a 51 country survey. *Am J Prev Med.*2008; 34(6):486-494.
- (23) Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. [Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review]. *Rev Saude Publica.*2007; 41(3):453-460.
- (24) Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.*2004; 36(3):556.
- (25) Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.*2003; 35(11):1894-1900.
- (26) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.*2006; 6:156.
- (27) Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin B et al. Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.*2007;1-8.
- (28) Jepson R, Harris F, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health.*2010; 10(538):1-16.
- (29) Kokkinos P, Sheriff H, Kheirbek R. Physical Inactivity and Mortality Risk. *Cardiology Research and Practice.*2011; 2011:1-10.
- (30) Lopes J, Longo G, Peres K, Boing A, Arruda M. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.*2010; 13(4):689-698.
- (31) Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry.*2008; 62 Suppl 47:25-29.
- (32) Matsudo S, Matsudo V. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov.*2002; 10:41-50.
- (33) Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, MatsudoVR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Pública.*2003; 14:246-254.
- (34) Morris JN, Heady JA, Raffle PAB, Roberts CG, Parks JW. CORONARY HEART-DISEASE AND PHYSICAL ACTIVITY OF WORK. *The Lancet.*1953; 262(6795):1053-1057.

- (35) Paffenbarger R, Hyde R, Wing A, Lee IM, Dexter L, Kampert J. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *NEJM*.1993; 328:538-545.
- (36) Pardini R, Matsudo SM, Araújo T, Matsudo VR, Andrade E, Braggion G et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev Bras Ciênc Mov*.2001; 9:45-51.
- (37) Pate RR. Physical activity and health: dose-response issues. *Res Q Exerc Sport*.1995; 66(4):313-317.
- (38) Pitanga F, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saude Publica*.2005; 21(3):870-877.
- (39) Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*.2008; 24:39-54.
- (40) Smith BJ, Eakin EG, Bauman AE. Physical activity is important, but can it be promoted in general practice? *Med J Aust*.2003; 179(2):70-71.
- (41) Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence [review]. *CMAJ*.2006; 174(6):801-809.
- (42) Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, PhillipsRS. Physician counseling about exercise. *JAMA*.1999; 282:1583-1588.
- (43) World Health Organization . Reducing Risks, Promoting Healthy Life 2002, informe da WHO, Geneva, 2002. (World Health Report)

Tabela 1 - Descrição da amostra de adultos adscrita a serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, agrupada por ser sedentários e fisicamente ativos, 2006-2007.

Variáveis	N	Sedentários (%)	Fisicamente Ativos (%)
Sexo	2536		
Masculino		42,3 (39,6 - 45,1)	38,7 (34,2 - 43,1)
Feminino		57,7 (54,9 - 60,4)	61,3 (56,9 - 65,8)
Idade (anos)	2535		
18 - 60		70,7 (64,5 - 77,0)	85,1 (81,1 - 89,0)
> 60		29,3 (23,0 - 35,5)	14,9 (11,0 - 18,9)
Cor da Pele (auto-referida)	2531		
Branços		69,1 (63,0 - 75,3)	63,6 (58,2 - 69,1)
Não Brancos		30,9 (24,7 - 37,0)	36,4 (30,9 - 41,8)
Escolaridade (anos completos)	2527		
0 - 4		22,2 (14,3 - 30,1)	16,1 (1,5 - 3,5)
5 - 11		54,9 (47,1 - 62,8)	64,2 (59,0 - 69,4)
> 12		22,9 (13,1 - 32,7)	19,7 (10,9 - 28,6)
Padrão de consumo sócio econômico	2536		
CDE		56,9 (46,2 - 67,7)	62,7 (53,3 - 72,0)
AB		43,1 (32,3 - 53,8)	37,3 (28,0 - 46,7)
Situação Conjugal	2530		
Sem Companheiro		41,3 (37,4 - 45,2)	39,9 (37,5 - 42,3)
Com Companheiro		58,7 (54,9 - 62,6)	60,1 (57,7 - 62,5)
Tabagismo	2525		
Não, nunca fumou		77,8 (71,5 - 84,2)	73,3 (69,0 - 77,5)
Fumante atual		22,2 (15,8 - 28,5)	26,7 (22,5 - 31,0)
Obesidade (IMC>30Kg/m <sup>2</sup> )	2490		
Ausência		71,3 (67,8 - 74,7)	76,0 (73,4 - 78,7)
Presença		28,7 (25,3 - 32,2)	24,0 (21,4 - 26,6)
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	2531		
Não		53,2 (47,8 - 58,5)	47,4 (44,3 - 50,5)
Sim		46,9 (42,5 - 52,2)	52,6 (49,5 - 55,7)
Referiu ter problemas de saúde crônicos (mental/psicológico/físico)			
Não		39,0 (32,4 - 45,6)	46,0 (42,2 - 50,9)
Sim		61,0 (54,4 - 67,6)	54,0 (50,1 - 57,8)
Uso contínuo de medicamentos	2536		
Não		48,2 (41,8 - 54,6)	61,6 (55,0 - 68,2)
Sim		51,8 (45,4 - 58,2)	38,4 (31,8 - 45,0)
Saúde auto-referida	2533		
Regular/Ruim/Muito ruim		28,1 (22,7 - 33,5)	20,9 (17,8 - 24,1)
Boa/Muito Boa		71,9 (66,5 - 77,3)	79,1 (75,9 - 82,2)
Você recebeu orientação de praticar atividade física nos últimos 12 meses	2488		
Não		59,0 (48,1 - 69 -9)	63,8 (54,1 - 73,6)
Sim		41,0 (30,1 - 51,9)	36,2 (26,5 - 46,0)
Está vinculado a serviço de APS	2536		
Não		59,0 (34,3 -83,6)	52,3 (27,6 - 77,1)
Sim		41,0 (16,4 - 65,7)	47,7 (22,9 - 72,4)
Avaliação do grau de orientação à APS no serviço de saúde a que está vinculado	2533		
Baixo escore		82,59 (76,80 - 88,39)	81,3 (78,0 - 84,6)
Alto escore		17,41 (11,61 - 23,20)	18,7 (15,4 - 22,0)

Tabela 2 - Razão de Prevalência de sedentarismo em relação às variáveis independentes em adultos, adscritos a serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, 2006-2007.

Variáveis	Bruta RP (IC95%)	Ajustada RP (IC95%)	p
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	0,89 (0,79 - 1,00)**	0,84 (0,75 - 0,94)	0,002
Idade (anos)			
18 -60	1		
> 61	1,89 (1,44 - 2,46)*	1,67 (1,34 - 2,08)	0,000
Cor da Pele			
Não Brancos	1		
Branco	1,22 (1,05 - 1,42)**		
Escolaridade (anos completos)			
0 - 4	1		
5 - 11	0,69 (0,52 - 0,92)		
>12	0,88 (0,68 - 1,14)*		
Classe Social			
CDE	1		
AB	1,21 (1,02 - 1,42)	1,18 (1,02 - 1,37)	0,028
Situação Conjugal			
Sem Companheiro	1		
Com Companheiro	0,96 (0,84 - 1,08)		
Tabagismo			
Não, Nunca fumou	1		
Fumante	0,82 (0,69 - 0,98)**		
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias			
Não	1		
Sim	0,84 (0,71 - 0,98)**		
Obesidade			
Ausência	1		
Presença	1,21 (1,01 - 1,45)**		
Referiu ter problemas de saúde crônicos (mental/psicológico/físico)			
Não	1		
Sim	1,26 (1,05 - 1,51)**		
Uso contínuo de medicamentos			
Não	1		
Sim	1,53 (1,22 - 1,92)*	1,31 (1,04 - 1,64)	0,021
Saúde auto-referida			
Regular/Ruim/Muito ruim	1		
Boa/Muito Boa	0,74 (0,61 - 0,91)*	0,77 (0,61 - 0,97)	0,025
Você recebeu orientação de praticar atividade física nos últimos 12 meses			
Não	1		
Sim	1,17 (1,01 - 1,36)**		
Está vinculado a serviço de APS			
Não	1		
Sim	0,81 (0,70 - 0,93)*	0,86 (0,74 - 0,99)	0,038
Avaliação do serviço de APS a que está vinculado			
Baixo escore	1		
Alto escore	0,93 (0,72 - 1,21)		

\*p < 0,005 e \*\*p < 0,05

Tabela 3 – Razão de Prevalência dos adultos sedentários, adscritos a serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, sobre ter recebido orientação de realizar atividade física nos últimos 12 meses em relação às variáveis independentes, 2006-2007.

Variáveis		Bruta RP (IC95%)	Ajustada RP (IC95%)	p
Sexo				
	Masculino	1		
	Feminino	1,10 (0,95 - 1,27)		
Idade (anos)				
	18 - 60	1		
	> 61	1,10 (0,92 - 1,33)		
Cor da Pele				
	Não Brancos	1		
	Branco	1,12 (0,86 - 1,49)		
Escolaridade (anos completos)				
	0	0,98 (0,55 - 1,73)*		
	1 - 4	0,86 (0,45 - 1,66)*		
	5 - 8	1,11 (0,60 - 2,08)*		
	9 - 11	1,42 (0,75 - 2,68)*		
	>12	1,04 (1,01 - 1,06)*		
Classe Social				
	AB	1		
	CDE	1,45 (1,17 - 1,80)*	1,30 (1,07 - 1,57)	0,007
Situação Conjugal				
	Sem Companheiro	1		
	Com Companheiro	1,10 (0,87 - 1,39)		
Tabagismo				
	Não, nunca fumou	1		
	Fumante	0,59 (0,45 - 0,77)*	0,72 (0,54 - 0,94)	0,018
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias				
	Não	1		
	Sim	0,91 (0,76 - 1,09)		
Obesidade				
	Ausência	1		
	Presença	1,57 (1,25 - 1,98)*	1,40 (1,17 - 1,68)	0,000
Referiu ter problemas de saúde crônicos (mental/psicológico/físico)				
	Não	1		
	Sim	1,88 (1,60 - 2,20)*	1,50 (1,18 - 1,90)	0,001
Uso contínuo de medicamentos				
	Não	1		
	Sim	1,55 (1,24 - 1,93)*		
Saúde auto-referida				
	Boa/Muito Boa	1		
	Regular/Ruim/Muito ruim	0,96 (0,80 - 1,15)		
Está vinculado a serviço de APS				
	Não	1		
	Sim	0,74 (-0,68 - 0,86)		
Avaliação do serviço a que está vinculado				
	Baixo escore			
	Alto escore	1,85 (1,37 - 2,48)*	1,82 (1,24 - 2,66)	0,002

\*\*p < 0,005

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação dos fatores de risco é muito relevante, apenas levemente menos prioritária que o manejo das condições agudas ou crônicas já estabelecidas. Portanto, as estratégias para o diagnóstico precoce e o manejo dos fatores de risco possibilitam uma forma de avaliar a qualidade dos serviços de APS. É importante conhecer a prevalência dos fatores de risco, assim como o seu risco atribuível, entendendo como eles contribuem para o reconhecimento do cenário em que a política de promoção ou de prevenção será implementada. Desta forma, conhecer os hábitos de toda a população, e não apenas daqueles que utilizam os serviços de Saúde Pública, é essencial para que as políticas planejadas abranjam toda a população.

Como foi apontado pela revisão da literatura desta tese, existem lacunas de conhecimento nesta área de Promoção da Saúde e APS que ainda precisam ser esclarecidas como, por exemplo, quais tipos de técnicas de promoção da saúde vêm sendo praticadas na APS e quais as mais efetivas para o nosso contexto brasileiro.

A prevalência de sedentarismo encontrada neste estudo, embora aparentemente baixa 21,3% (IC<sub>95%</sub> 19,5 – 23,2), é referente às atividades físicas gerais e não apenas as associadas ao lazer. As características dos indivíduos sedentários encontradas são semelhantes à de outros estudos. Isto corrobora os achados anteriores de que mulheres, obesos, idosos, quem utiliza medicamentos continuamente e quem refere doenças crônicas são mais sedentários. Sendo assim, realmente está correto aconselhá-los mais sobre exercícios físicos como o que está sendo feito nos serviços públicos de APS de Porto Alegre. Todavia a cobertura dessas ações deve ser ampliada, pois ainda está abaixo do esperado para a obtenção de resultados mais relevantes em nível populacional.

Entre os indivíduos sedentários que receberam orientação para mudança de hábitos de vida ocorreu a associação maior com aqueles que têm risco mais acentuado e, conseqüentemente, são mais suscetíveis a adoecerem. Isto corrobora a necessidade de ampliação do aconselhamento para a modificação deste fator de risco na APS e da incorporação de políticas e

serviços que possam permitir a modificação do comportamento em relação ao sedentarismo e outros fatores de risco e a manutenção de hábitos mais saudáveis. Este é um bom modelo de redução das iniquidades na saúde.

Recomendamos que os incentivos à APS não ocorram somente na ampliação do número de equipes, mas também na sua qualificação e na dos serviços adjacentes, tendo em vista que os resultados desta pesquisa apontam que os serviços de saúde de maior qualidade referente aos atributos da APS, preconizados por Starfield, estão realizando mais aconselhamentos sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e ingestão de álcool. Como política de Estado seria fundamental o reforço da rede de assistência com referenciamento regionalizado que deve ser ampliada para serviços intersetoriais. Um bom exemplo disso é o proposto pelo Programa Academias da Saúde, onde os locais adequados para a prática de atividade física ficam próximos à moradia da população mais necessitada. Outro aspecto importante é a real efetivação do processo de educação permanente, como, por exemplo, os treinamentos para os profissionais de saúde da APS em que sejam abordados os fatores de risco com um enfoque no aconselhamento e orientação de medidas que modifiquem e manejem os mesmos.

Para alcançar os objetivos propostos de aumentar a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, estas e outras medidas são importantes, assim como a ampliação da cobertura qualificada da ESF com o foco nos atribuídos essenciais da APS.

## 9. ANEXOS

### a. ANEXO I - Detalhes metodológicos:

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves, MR Trindade TG, Oliveira M, Pinto MEB. **Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil.** BMC Health Services research 2006, 6:156 . doi 10.1186/14726963-6-156









--	--	--	--

## B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C5. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Uma vez que você chega "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12. Quando você tem que ir ao "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## D. ATENDIMENTO CONTINUADO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O "nome do médico/enfermeira/local" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D10. "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do médico/enfermeira/local" para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## E.COORDENAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro						
E1. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>						
E2. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta F1) <input type="checkbox"/> Não tem certeza/não lembra (Pule para a pergunta F1)										
E3. Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> /            <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> </td> <td colspan="5" style="border: none; text-align: center;">m m    a a a a</td> </tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table>	m m    a a a a				
<table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"> </table>	m m    a a a a										
E4. Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
E5. Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro						
E6. O "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>						
E7. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>						
E8. O "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>						
E9. O "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>						

--	--	--	--

(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E10. O "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Vacinas (imunizações)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura para um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G15. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Em consultas ao "nome do médico/enfermeira/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)					
H1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
11. O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1. Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O "nome do médico/enfermeira/local" ouviu opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

## J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do médico/enfermeira/local" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## K. COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedeiras, religião) você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## M. AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Agora nós mediremos sua Pressão Arterial e faremos perguntas e medidas para avaliar a sua saúde e seu risco de adoecer? (Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las)

M1. Perímetro braquial:   cm

M2. Pressão arterial (1ª medida):       mmHg

(Medir perímetro braquial (PB)! Utilizar manguito obeso se  $PB \geq 32$ cm)





--	--	--	--

## Questionário satisfação última consulta

Agora faremos perguntas relacionadas a esta última consulta realizada no "nome do médico/enfermeira/local" - o mesmo das perguntas anteriores. Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua OPINIÃO sobre os seguintes itens.

(Use o Cartão Resposta nº 3, utilizando a letra correspondente. Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado)

M16. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M17. Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M18. Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M19. Qual sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira foi cordial, educado(a), simpático(a))?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M20. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M21. Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira lhe examinou)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M22. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico/enfermeira (você confiou no médico/enfermeira)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M23. Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico/enfermeira)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M24. Qual sua opinião sobre as explicações do médico/enfermeira com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico/enfermeira lhe deu na consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M25. Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências do seu problema/doença)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M26. Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M27. Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?

" Carinha"  A  B  C  D  E



M39. Há quanto tempo você parou de fumar? ,  anos

M40. Por quanto tempo você fumou? ,  anos

M41. Quantos cigarros você fumava por dia em média?  cigarros

M42. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações ou sugestão de tratamento para parar de fumar?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M43. Nos últimos 30 dias, você consumiu alguma bebida alcoólica?

Sim  Não (Pule para a pergunta M51)

M44. Qual(is) bebida(s) você consumiu? (Pode marcar mais de uma opção)

Cerveja  Vinho  Destilado

M45. Nos últimos 7 dias, em quantos dias você ingeriu pelo menos um dose de bebida alcoólica? (marque 0 caso não tenha consumido um dos tipos)

N° de dias em que consumiu CERVEJA

N° de dias em que consumiu VINHO

N° de dias em que consumiu DESTILADO

M46. Num típico dia destes últimos 7 dias, quanto você consumiu desta(s) bebida(s)? (pode marcar mais de uma opção - marque 00 caso não tenha consumido um dos tipos)

N° de latas de CERVEJA  N° de cálices de VINHO  N° de doses de DESTILADO

M47. Quando consome essas bebidas, é junto às refeições? (Leia as alternativas)

Sempre  Frequentemente  Às vezes  Raramente  Quase nunca

M48. Considerando todos os tipos de bebidas alcoólicas, quantas vezes, durante os últimos 30 dias você ingeriu 5 doses ou mais numa única ocasião? (1 dose = 1 lata de cerveja, 1 cálice de vinho ou 1 dose de destilado - mostre Cartão de Doses de Álcool) (marque 00 caso não tenha consumido esta quantidade)

N° de dias

M49. Durante os últimos 30 dias, qual foi a maior quantidade de doses que você ingeriu numa mesma ocasião?

N° de doses (1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 cálice de vinho ou 1 dose de destilado)

M50. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para diminuir ou parar seu consumo de bebidas alcoólicas?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

--	--	--	--

Agora vamos falar sobre orientações de saúde que você recebeu no "nome do médico/enfermeira/local" nos últimos 12 meses

M51. Nos últimos 12 meses, você teve sua pressão arterial medida no "nome do médico/enfermeira/local" ?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

M52. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para a prática de atividade física (exercícios)?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

M53. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

M54. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre higiene bucal (forma correta escovar os dentes, uso de fio dental) ?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

M55. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses vacina contra gripe (contra influenza) ?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

M56. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu alguma vez nos últimos 5 anos vacina contra pneumococo, um tipo de bactéria que provoca pneumonia?

Sim     Não     Não sei/Não lembro

Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter

#### DIABETES

M57. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?

- Sim  
 Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M75)  
 Não (Pule para a pergunta M75)  
 Não sei (Pule para a pergunta M75)

M58. Há quanto tempo você sabe ter diabetes?   ,  anos

M59. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes?

n° de consultas

M60. Há quantas semanas foi sua última consulta com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes?

,  Semanas

M61. Esta consulta foi agendada?  Sim     Não     Não sei

M62. Você faz dieta para tratar o diabetes?

Sim     Não (Pule para a pergunta M64)     Não sei (Pule para a pergunta M64)

--	--	--	--

M63. Esta dieta foi orientada/prescrita no "nome do médico/enfermeira/local"?  Sim  Não  Não sei

M64. Você precisa usar remédios ou insulina para tratar o diabetes?  Sim  Não  Não sei

M65. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez um exame chamado hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (explique se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses)?

n° de vezes que fez HbG (marque 00 caso não tenha feito nenhuma vez)

M66. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta no "nome do médico/enfermeira/local" fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar a sua sensibilidade?

Sim  Não  Não sei

M67. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre cuidados que deve ter com seus pés, exemplo olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M68. Você realiza estes cuidados nos seus pés, por exemplo, você examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M69. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de diabéticos no "nome do médico/enfermeira/local" ?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M70. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" a consultar com oftalmologista e nesta consulta com o oftalmologista suas pupilas foram dilatadas (colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M71. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" e conseguiu consultar com dentista para revisar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M72. Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes do seu diabetes?

Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Amputação de membros ou de parte de um membro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Coma diabético	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

M73. Durante sua vida, você teve alguma internação por diabetes?

Sim, quantas vezes?   n° de internações por diabetes

Não (Pule para a pergunta M75)

M74. Alguma destas internações por diabetes aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim, quantas vezes?   n° de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço

Não

--	--	--	--

## HIPERTENSÃO

M75. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?

- Sim  
 Sim,mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M85)  
 Não (Pule para a pergunta M85)  
 Não sei (Pule para a pergunta M85)

M76. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta (hipertensão)? ,  anos

M77. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)?  n° de consultas

M78. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? ,  Semanas

M79. Esta consulta foi agendada?  Sim  Não  Não sei

M80. Você precisa usar remédios para tratar a pressão alta (hipertensão)?  Sim  Não  Não sei

M81. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de hipertensos no "nome do médico/enfermeira/local"?  Sim  Não  Não sei

M82. Algum médico já lhe disse se você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua pressão alta (hipertensão)?

Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

M83. Durante sua vida, você teve alguma internação por pressão alta (hipertensão)?

- Sim, quantas vezes?  n° de internações por pressão alta (hipertensão)  
 Não (Pule para a pergunta M85)

M84. Alguma destas internações por pressão alta (hipertensão) aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim, quantas vezes?  n° de internações por hipertensão desde que está consultando neste serviço  
 Não

--	--	--	--

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

M85. Você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta M92)  
 Não sei (Pule para a pergunta M92)

M86. Quantas vezes você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?

infartos

M87. Que idade você tinha quando infartou pela 1ª vez?   anos

M88. Você usa remédios atualmente para prevenir ou tratar um infarto do miocárdio (infarto do coração)?

- Sim  Não  Não sei

M89. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim  Não  Não sei

M90. Você já internou alguma vez devido a infarto do miocárdio (infarto do coração) desde que está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim, quantas vezes?   nº de internações por infarto desde que está consultando neste serviço  
 Não

M91. Antes do infarto agudo do miocárdio, algum médico já tinha lhe dito que você tinha angina (cardiopatia isquêmica ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta M101)  
 Não sei (Pule para a pergunta M101)

## ANGINA - CARDIOPATIA ISQUÊMICA

M92. Algum médico já lhe disse que você tem angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta M101)  
 Não sei (Pule para a pergunta M101)

M93. Há quanto tempo você sabe ter angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

,  anos

M94. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

nº de consultas

M95. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

,  Semanas

M96. Esta consulta foi agendada?  Sim  Não  Não sei/Não lembro

--	--	--	--

M97. Você precisa usar remédios para tratar a angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

Sim  Não  Não sei

M98. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei

M99. Durante sua vida, você teve alguma internação por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

Sim, quantas vezes?  n° de internações por angina

Não (Pule para a pergunta M101)

M100. Alguma destas internações por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto") aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim, quantas vezes?  n° de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço

Não

Estas perguntas (M101-M107) são para os entrevistados identificados como DIABÉTICOS E/OU COMO HIPERTENSOS E/OU INFARTADOS E/OU COM ANGINA (infartados previamente ou portadores de cardiopatia isquêmica).

Caso seu entrevistado não tenha declarado nenhuma dessas 4 condições, pule para a pergunta M108.

M101. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua pressão arterial medida?

Sim  Não  Não sei

M102. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve seu peso medido?

Sim  Não  Não sei

M103. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua cintura medida?

Sim  Não  Não sei

M104. Nas consultas que você realizou no "nome do médico/enfermeira/local" você já teve sua altura medida alguma vez?

Sim  Não  Não sei

M105. Nos últimos 12 meses, foi solicitado no "nome do médico/enfermeira/local" e você fez um exame de urina para avaliar o funcionamento dos rins?

Sim  Não  Não sei

M106. Nos últimos 12 meses, você já teve seu colesterol medido através de exames de sangue solicitados no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei

M107. Nos últimos 12 meses, você fez eletrocardiograma de repouso solicitado no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei



--	--	--	--

Agora vamos falar sobre a história de doenças na sua família

N1. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha diabetes?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N3)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N3)

N2. Se sim, qual familiar teve ou tem diabetes? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai     Mãe     Irmão/Irmã

N3. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha pressão alta (hipertensão)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N5)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N5)

N4. Se sim, qual familiar teve ou tem pressão alta (hipertensão)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai     Mãe     Irmão/Irmã

N5. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha cardiopatia isquêmica (angina do coração)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N7)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N7)

N6. Se sim, qual familiar teve ou tem cardiopatia isquêmica (angina do coração)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai     Mãe     Irmão/Irmã

N7. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que já tenha tido infarto do coração (infarto do miocárdio)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta O1)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta O1)

N8. Se sim, qual familiar já teve infarto do coração (infarto do miocárdio)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai     Mãe     Irmão/Irmã



--	--	--	--

Q7. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

- Sanitário com descarga   
 Sanitário sem descarga   
 Casinha   
 Não tem

Q8. Quantos banheiros têm na sua casa?

- Nenhum   
 1   
 2   
 3   
 4 ou mais

Q9. Quantos dormitórios têm na sua casa?

- Nenhum   
 1   
 2   
 3   
 4 ou mais

Q10. Vamos fazer perguntas sobre eletrodomésticos e aparelhos que vocês têm em casa. Nós queremos saber se você tem cada um destes aparelhos e quantos destes eletrodomésticos estão funcionando, em condição de uso, esta bem? (anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o nº de artigos - 00 = não tem OU nº de aparelhos caso o entrevistado diga: "sim, tenho")

Rádio	<input type="text"/>	Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	<input type="text"/>
Tv a cores	<input type="text"/>	Forno Microondas	<input type="text"/>
Video/DVD	<input type="text"/>	Linha telefonica	<input type="text"/>
Geladeira	<input type="text"/>	Microcomputador	<input type="text"/>
Freezer separado da geladeira ou duplex	<input type="text"/>	Condicionador de ar	<input type="text"/>
Aspirador de pó	<input type="text"/>	Automóvel	<input type="text"/>

Q11. Você tem empregada mensalista (doméstica, babá, motorista) em sua casa? Se sim, quantas (os)?

- Nenhuma   
 1   
 2   
 3   
 4 ou mais

Q12. (Entrevistador: anote o tipo de casa)

- Tijolo   
 Papelão/Lata  
 Tijolo/Madeira   
 Apartamento  
 Madeira regular (pré-fabricada)   
 Outra   
 Madeira irregular

Q13. Qual é o destino do lixo da sua casa?

- Recolhido pelo caminhão   
 Jogado fora do pátio  
 Enterrado   
 Não sei  
 Queimado   
 Outro

--	--	--	--

Q14. Escolha a alternativa que melhor descreve a sua atividade principal neste momento: (Leia as opções e marque apenas uma)

- Desempregado      Há quanto tempo?(meses)   (Pule para a pergunta Q18)
- Empregado, com carteira assinada
- Empregado, sem carteira assinada
- Fazendo biscates
- Dona de casa (Pule para a pergunta Q17)
- Estudante (Pule para a pergunta Q17)
- Aposentado (Pule para a pergunta Q17)
- Auxílio doença (encostado por doença) (Pule para a pergunta Q17)
- Pensionista (Pule para a pergunta Q17)
- Dono do próprio negócio
- Trabalhador autônomo
- Outro (Especificar):

Q15. Qual a sua ocupação atual (no que você está trabalhando)?

Q16. Quantas horas por dia você trabalhou em média no último mês?   horas trabalhadas por dia

Q17. Existe alguém desempregado vivendo com vocês atualmente? (Dona de casa não é desempregada)

- Sim
- Não
- Não sei

Q18. Esta é uma das últimas perguntas. No último mês, EXCLUINDO VOCÊ, quanto ganharam as pessoas que moram neste domicílio? (considere como renda individual: salários, pensões, bolsa-família, etc - de todos que moram na casa)

Pessoa 1? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 5? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 2? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 6? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 3? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 7? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 4? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 8? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

Q19. No último mês, quanto você ganhou? R\$

Q20. A família tem outra fonte de renda não citada até agora? Quanto ganha com esta renda?

Sim     Não      Outra renda 1 R\$

(00 caso não tenha outra fonte de renda)

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.

Estas são suas medidas(entregue a carteirinha). TCHAU!

(Não esqueça de combinar a coleta de sangue para os pacientes identificados com diabetes!)

Horário do término da entrevista :