



Relatório de Pesquisa: Jogo de Cintura - Promoção da Saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e de atividade física em adultos com excesso de peso da comunidade de São Sebastião-DF



Distrito Federal, 2011



Relatório de Pesquisa: Jogo de Cintura - Promoção da Saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e de atividade física em adultos com excesso de peso da comunidade de São Sebastião-DF

Caroline Olimpio Romeiro de Meneses Romeiro, Eliana Mendonça Vilar Trindade, Júlia Aparecida Devidé Nogueira, Kênia Mara Baiocchi de Carvalho, Lígia Teixeira Mendes de Azevedo, Marília Marques da Silva, Sarah Guerra Gama Tinoco e Simony Pereira Afonso Ferreira Leite



Este documento foi elaborado por Caroline Romeiro, Eliana Mendonça Vilar Trindade, Júlia Nogueira, Kênia Baiocchi, Lígia Teixeira, Marília Marques, Sarah Tinoco e Simony Leite, ao final do Projeto de Pesquisa Jogo de Cintura - Promoção da Saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e de atividade física em adultos com excesso de peso da comunidade de São Sebastião-DF, executado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em conjunto com a Universidade de Brasília (UnB), Universidade Católica de Brasília (UCB), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e financiado pelo Ministério da Saúde (Portaria 3.228/2007) e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/Edital 57/2008).

As opiniões expressas neste documento, que não foi submetido à revisão editorial, são de exclusiva responsabilidade dos autores e podem não coincidir com as das organizações representadas pelos mesmos.

Para maiores informações, entre em contato com:
Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis
SGAN 601N Bloco O/P
Asa Norte, Brasília, Distrito Federal
70830-010
Tel.:55 61 3323-3056
E-mail:nvednt@gmail.com

CDU 612.39:796
B823p

Brasil. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis.

Promoção da saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e de atividade física em adultos com excesso de peso da comunidade de São Sebastião: relatório de pesquisa Jogo de Cintura. - 1.ed. – Brasília : Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis, 2011.

34p. : il.

1. Promoção da Saúde. 2. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 3. Hábitos alimentares. 4. Atividade física. 5. Excesso de peso. 6. Distrito Federal. I. Título. II. Jogo de Cintura.



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Governador

Agnelo Queiróz

Secretário de Estado de Saúde

Rafael Aguiar Barbosa

Subsecretária de Vigilância à Saúde

Cláudia Simone Costa da Cunha

Diretor de Vigilância Epidemiológica

Sonia Maria Geraldês

Gerente da Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis

Édisa Brito Lopes

Chefe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis

Lígia Teixeira Mendes de Azevedo

“... que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde...”

(Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2007)

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

QUADRO 1: Equipes do Programa Saúde da Família de São Sebastião em 2009.....	15
FIGURA 1: Consumo diário de frutas (Grupo experimental). Brasília, DF, 2009.....	18
FIGURA 2: Consumo diário de hortaliças cruas (Grupo experimental). Brasília, DF, 2009.....	18
FIGURA 3: Tempo gasto em minutos por dia em atividades vigorosas (média). Brasília, DF, 2009	19
FIGURA 4: Peso (Kg) no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009.....	20
FIGURA 5: Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg) no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009	21
FIGURA 6: Circunferência da Cintura no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009	21
FIGURA 7: Modelo Lógico – Programa “Jogo de Cintura”.....	22
TABELA 1: Perfil sócio-demográfico, dividido em classes. Brasília, DF, 2009.....	17
TABELA 2: Antropometria, no início, no meio e ao final do estudo.....	19
TABELA 3: Perfil Bioquímico, no início, no meio e ao final da intervenção.....	20

ÍNDICE

PREFÁCIO	<u>09</u>
INTRODUÇÃO	<u>10</u>
ANÁLISE SITUACIONAL DO DF.....	<u>12</u>
OBJETIVOS	<u>13</u>
METODOLOGIA	<u>14</u>
Tipo de estudo e amostragem.....	<u>14</u>
Procedimentos.....	<u>14</u>
Análise estatística.....	<u>16</u>
RESULTADOS.....	<u>17</u>
CONCLUSÃO	<u>24</u>
REFERÊNCIAS.....	<u>25</u>
ANEXO.....	<u>28</u>

PREFÁCIO

O presente relatório refere-se aos dados gerados pelo projeto de Pesquisa Jogo de Cintura- Promoção da Saúde por meio de mudança de hábitos alimentares e de atividade física em adultos com excesso de peso da comunidade de São Sebastião-DF.

O Projeto foi desenvolvido de março a novembro de 2009, por equipe multidisciplinar e inter-institucional. Cabe ressaltar que resultados parciais da pesquisa foram apresentados no ano de 2009 por ocasião do 5º Congresso Pan-americano de Incentivo ao Consumo de Frutas e Hortaliças para Promoção da Saúde, Brasília - DF, 22 a 24 de setembro, do 7º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, Porto de Galinhas - PE, 12 a 14 de novembro, e do 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis - SC, 03 a 06 de dezembro, no formato de pôsteres intitulados:

- Leite, SPAF; Lopes EB; Tinoco, SGG; Frota VCS; Santos VCF. Jogo de Cintura: contribuição para a promoção da saúde no Distrito Federal;

- Leite, SPAF; Meneses, COR; Pereira, MR; Cruz, KG; Tinoco, SGG. Capacitação em nutrição – um relato de experiência no Distrito Federal.

- Avelar, BP; Nogueira, JAD; Sousa, FC; Silva, CM; Tinoco, SGG. Mapeamento e avaliação de intervenção no PSF de São Sebastião – DF.

- Silva, CM.; Nogueira, JAD.; Sousa, FC²; Avelar, BP²; Santos, VCF. Nível de conhecimento em atividade física de profissionais de saúde dos PSF de São Sebastião - DF.

- Silva, MM; Fagundes, CC; Lima, KKS; Santos, VCF. Projeto Jogo de Cintura: Oficinas Psicoeducativas no contexto do PSF.

- Mattos, LM; Pinheiro JB; Marinho AG; Soethe C. Projeto Jogo de Cintura: cultivo de hortaliças em pequenos espaços.

Destaca-se, ainda, que em novembro de 2010, o Projeto do Distrito Federal foi selecionado para participar da 10ª Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologias, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI, sendo premiado pelo Ministério da Saúde como melhor experiência em inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde do ano.

Espera-se que as experiências vividas nesta iniciativa possam contribuir para a melhoria da saúde da população e para o estabelecimento de um modelo de intervenção passível de adoção por outros profissionais, especialmente por aqueles que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e apresentam grande impacto econômico para os países, em especial os de baixa e média renda (OPAS, 2005). Atualmente mais de 60% das mortes e 46% dos agravos à saúde no mundo são devidas às DCNT. De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades (OMS, 2002). Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física (BRASIL, 2007a). Considerando as causas multifatoriais das DCNT, os principais fatores de risco responsáveis pela atual tendência são principalmente aqueles considerados modificáveis, como os ambientais e os comportamentais. Dessa forma, faz-se necessário a implantação tanto a nível nacional, quanto a nível regional, de iniciativas que favoreçam um ambiente de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde da população, além do acompanhamento e avaliação da eficácia de tais ações (BRASIL, 2007b).

O Brasil caracteriza-se como um país em transição epidemiológica e nutricional, com crescente número de pessoas com excesso de peso e tendo como principal causa de mortalidade a doença cardiovascular (MALTA et al, 2006). A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009 revelou que na população adulta brasileira o excesso de peso e a obesidade afetavam 62,5% dos homens e 64,9% das mulheres (IBGE, 2010). O Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico – VIGITEL apontou que no Distrito Federal, 45,5% de indivíduos apresentaram excesso de peso ou obesidade em 2009. Ainda de acordo com o Vigitel, a frequência do consumo de frutas e hortaliças e da prática de atividade física neste mesmo ano foi insuficiente para a maior parte da população do DF (BRASIL, 2010). No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 18,9%, e o percentual de indivíduos que praticam atividade física no tempo livre e ou no deslocamento atingiu 32%. Os fatores de risco para a ocorrência de doenças crônicas tem frequência elevada na cidade de São Sebastião. De acordo com dados do projeto de pesquisa VIVA Saúde DF, realizado em São Sebastião e Sobradinho em

2006, a taxa de adultos com sobrepeso e obesidade nessa região é de 49,5%. A prevalência de indivíduo com pressão arterial elevada constatada foi de 32%. Verificou-se, ainda, que 69% da população estudada apresentava baixo consumo de frutas e 52% baixo consumo de hortaliças (YOKOTA, 2007).

O Programa “Jogo de Cintura” é um projeto de incentivo à prevenção de DCNT e tem como finalidade contribuir para a promoção de mudanças comportamentais sustentáveis no estilo de vida da comunidade, com conseqüente redução de alguns dos principais fatores de risco para as DCNT relacionados ao consumo inadequado de alimentos, sedentarismo e tabagismo.

O Projeto é proposto na qualidade de instrumento cooperativo de intervenções integradas no campo da promoção, prevenção e organização de serviços, em conformidade com a Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física elaborada pela Organização Mundial de Saúde e com a PNPS (MS, 2006). No Distrito Federal (DF) a realização do presente estudo fundamenta-se, ainda, na necessidade de acompanhamento sistemático da evolução das ações de melhoria do estado de saúde da sua população e avaliação da adequação das estratégias de intervenção.

O Jogo de Cintura foi concebido e desenvolvido pelo grupo formado por técnicos e especialistas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), juntamente com pesquisadores da Universidade de Brasília - Departamento de Nutrição e Faculdade de Educação Física, da Universidade Católica de Brasília – Departamento de Psicologia e da Embrapa Hortaliças. Este trabalho foi financiado pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS/DF) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

ANÁLISE SITUACIONAL DO DF

O Distrito Federal está localizado na Região Centro-Oeste, ocupando o centro do Brasil e o centro-leste do Estado de Goiás. Sua área é de 5.787,78 km², equivalendo a 0,06% da superfície do País, e sua população é de 2.562.963 habitantes (IBGE, 2010). Analisando a situação de morbimortalidade das doenças e agravos não transmissíveis, destacam-se alguns pontos relevantes da análise situacional, contidos no Relatório de Eventos Vitais 2005, da Secretaria de Saúde do DF (GDF, 2006).

A análise da mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de óbitos no período de 1970 a 2005 indica que, desde 1979, as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) aparecem em 1^o lugar como causa de óbitos no Distrito Federal, alcançando 29,0% do total de óbitos em 2005 (GDF, 2006). Assim como no caso dos valores de mortalidade proporcional, o coeficiente de mortalidade por grandes grupos de causas confirmou em 2005 as doenças do aparelho circulatório como primeira causa de óbitos, com um coeficiente de mortalidade para cada 100 mil habitantes de 113,8.

Considerando a importância dos dados epidemiológicos e nutricionais de todo o DF, priorizou-se a região administrativa de São Sebastião para o desenvolvimento do Projeto em razão da regional possuir a maior cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) no Distrito Federal à época. A região eleita apresenta uma área total de 383,71 Km² e população projetada, considerando taxa de crescimento anual de 20,52% (vegetativo e migratório), de 115.630 mil habitantes para 2009 (CODEPLAN, 2008).

A população alvo do estudo encontra-se localizada em região de baixa renda, com índice de desenvolvimento humano abaixo da média do Distrito Federal, caracterizando como uma comunidade pobre, que enfrenta inúmeras adversidades sociais, econômicas e estruturais. No entanto, a regional conta com o pleno funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF), envolvido neste protocolo de intervenção, possuindo a maior cobertura deste no DF. Sabendo-se dos agravos gerados pelas condições de excesso de peso, os quais atualmente vêm crescendo em especial dentre indivíduos de baixa renda (OPAS,2005), e acreditando em ações de promoção da saúde, a proposta foi de que o desenvolvimento do projeto proposto tivesse impacto importante na melhoria da qualidade de vida dos participantes do mesmo.

OBJETIVOS

GERAL:

Implantar e avaliar um programa de intervenção para redução dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na promoção da alimentação saudável e da prática de atividade física, em comunidade com excesso de peso assistida pelo Programa Saúde da Família de São Sebastião, no Distrito Federal.

ESPECÍFICOS:

- Verificar a resposta ao programa de intervenção com relação à antropometria, pressão arterial e perfil bioquímico;
- Avaliar mudanças no hábito alimentar e na prática de atividade física da população em estudo;
- Criar instrumento de planejamento a ser aplicado em programa de intervenção para mudanças no hábito alimentar e na prática de atividade física;
- Contribuir para a promoção de mudanças comportamentais sustentáveis no estilo de vida, com ênfase na alimentação saudável e no incremento da prática de atividade física, visando redução de fatores de risco para as DCNT.
- Disseminação de métodos e resultados.
- Após avaliação, implantar o programa de intervenção nas demais regionais de saúde do DF.

METODOLOGIA

I. Tipo de Estudo e amostragem

Estudo analítico de intervenção, quase experimental, controlado e aberto, realizado a partir de amostra de conveniência composta por pessoas assistidas em seis equipes completas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) do Programa Saúde da Família de São Sebastião. A similaridade entre as equipes visou garantir atendimento igual para ambos os grupos (experimental e controle).

II. Procedimentos

Antes do início das atividades do Projeto com os voluntários, todos os profissionais das equipes do Programa Saúde da Família foram sensibilizados e capacitados em três momentos: reunião de apresentação, capacitação teórica (60hs) e capacitação prática (60hs).

O projeto teve seguimento de 8 meses, com início em março de 2009. Indivíduos que concordaram em participar do estudo foram alocados em dois grupos, com seguimento de nove meses: grupo experimental – GE (acompanhamento padrão pelo Programa Saúde da Família – PSF, associado ao programa de intervenção multidisciplinar) e grupo controle - GC (acompanhamento padrão pelo PSF). Foram incluídos 280 indivíduos (199 do grupo de intervenção e 81 para o grupo controle) moradores de São Sebastião, de ambos os sexos, com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 25\text{kg/m}^2$ e/ ou Circunferência da Cintura (CC) acima de 102cm para homens e acima de 88 cm em mulheres, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos do estudo portadores de diabetes tipo I, gestantes, portadores de doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis que tivessem iniciado, após o começo da intervenção, uso de medicações que pudesse interferir no resultado do estudo e, por fim, indivíduos que tivessem realizado cirurgia para redução de estômago como forma de tratamento da obesidade.

A Regional de São Sebastião possuía, no início do estudo, 15 equipes de saúde da família dispostas em 08 unidades básicas de saúde, 02 postos de saúde urbanos e 01 centro de saúde, correspondendo a uma cobertura de 70% da área urbana e 20% da área rural. As equipes do PSF eram:

Localização	Equipes do Programa Saúde da Família de São Sebastião, 2009												
Urbana	Morro Azul	Vila Nova1	Vila Nova2	Bosque1	Bosque2	Oeste1	Oeste2	Tradicional	Vila do Boa	João Cândido	São Francisco	São José	PACS
Rural	Nova Betânia	Morro da Cruz											

Quadro 1. Equipes do Programa Saúde da Família de São Sebastião em 2009

Participarão do Projeto os indivíduos das equipes Vila Nova 1 e Vila Nova 2, Bosque 1 e Bosque 2, Oeste e Oeste 2.

A captação de voluntários foi realizada com sensibilização por meio de visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde, seguida da exposição da proposta do projeto e da realização de cadastro dos indivíduos interessados em participar do Projeto.

A coleta dos dados e o monitoramento foram executados por equipe devidamente treinada e capacitada, formada pela equipe do PSF, nutricionistas, estudantes de nutrição, professores de educação física e estagiários, psicólogos, pesquisadores e técnicos da EMBRAPA. Foram aferidos consumo alimentar e prática de atividade física por meio de questionário específico (em anexo) , pressão arterial e medidas antropométricas, além de coleta de material para realização dos exames laboratoriais (perfil glicídico e lipídico) no início, meio e final do protocolo de intervenção. Além das visitas domiciliares, foram realizadas oficinas mensais, com ênfase no aumento do consumo de frutas e hortaliças e incentivo à prática de atividade física. Houve ainda a formação de turmas para práticas diárias de atividade física e grupos de caminhadas orientados.

Durante a aplicação do questionário foi realizada medida única de peso, utilizando balança portátil digital (TANITA®) com indivíduo descalço, vestindo roupas leves; aferição de altura com utilização de estadiômetro de parede (Sanny®); determinação da circunferência abdominal com utilização de fita graduada em 0,1 cm (SANNY®). As pressões sistólica e diastólica também tiveram medição única, ao final da entrevista, utilizando-se aparelho digital automático (OMRON®), com manguito adequado para a circunferência do braço e atendendo as especificações técnicas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2007). Os indivíduos foram orientados a realizar jejum de 12 horas, não praticar atividades físicas e abster-se do consumo de álcool no dia anterior à coleta. Foram analisados colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol,

glicemia e triglicerídios. Todos os entrevistadores receberam treinamento de 8 horas quanto aos procedimentos do inquérito, antropometria e aferição da pressão arterial. A coleta sanguínea foi feita por técnicos capacitados para a função. As análises bioquímicas foram realizadas no Laboratório da Unidade Mista de Saúde da Regional de São Sebastião, no mesmo dia da coleta.

Para classificação do estado nutricional foi considerado como sobrepeso valores de índice de massa corporal (IMC). Foram consideradas com pressão arterial não controlada as pessoas que apresentaram pressão sistólica $> 140\text{mmHg}$ ou pressão diastólica $> 90\text{mmHg}$. Os pontos de corte para os parâmetros bioquímicos foram: 110mg/dL e 126mg/dL para glicemia em jejum, 200mg/dL para colesterol total, 150mg/dL para triglicerídios e 40mg/dL para HDL colesterol.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). A pesquisa realizada não apresentou nenhum risco à população envolvida em nenhuma das etapas e a participação esteve condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os resultados bioquímicos foram devolvidos aos participantes pelo médico ou enfermeiro de sua respectiva equipe do PSF.

III. Análise estatística

Os dados foram tabulados em máscara elaborada no programa EPI INFO. As análises descritiva e analítica foram realizadas pelo programa SPSS, versão 13.1, sendo aplicados o teste t pareado para investigar mudanças ocorridas após o período de intervenção, para as variáveis quantitativas, intra-grupos e teste t não pareado para investigar diferenças entre os grupos. Foi considerado nível de significância estatística quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A média (\pm DP) de idade do GC (**Grupo Controle**) foi de $42,93 \pm 11,31$ anos e do GE (**Grupo Experimental**) foi de $39,64 \pm 10,65$ ($p < 0,05$). O perfil sócio-demográfico, observado a partir das variáveis faixa etária e escolaridade, é apresentado na tabela 1. Observa-se que em ambos os grupos, a maior parte dos participantes apresentava baixo nível de escolaridade (nível fundamental seja ele completo ou incompleto).

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico, dividido em classes. Brasília, DF, 2009

	GC (n=81) %	GE (n=198) %	Total %
Faixa etária			
18-25 anos	8,6%	4%	5,4%
26-35 anos	23,5%	19,7%	20,8%
36-50 anos	48,1%	50%	49,5%
> 51 anos	19,8%	26,30%	24,4%
Escolaridade			
Analfabeto ¹	6%	8,1%	7,5%
Baixo nível de escolaridade ²	61,7%	61,6%	61,6%
Médio nível de escolaridade ³	28,4%	26,8%	27,2%
Alto nível de escolaridade ⁴	3,7%	3,5%	3,6%

¹ Analfabeto: nenhum ano de estudo; ² Baixo nível de escolaridade: nível fundamental, completo ou incompleto; ³ Médio nível de escolaridade: ensino médio, completo ou incompleto; ⁴ Alto nível de escolaridade: nível superior, completo ou incompleto.

Após a realização das intervenções no grupo experimental, ao final do oitavo mês pode-se observar aumento significativo no percentual de indivíduos que consumiam frutas diariamente no GE ($p = 0,002$). Observou-se, ainda, que no início da pesquisa 48% dos indivíduos consumiam frutas diariamente, enquanto que ao final do estudo constatou-se que 77% dos indivíduos desenvolveram esse hábito (figura 1). Houve ainda aumento na frequência de indivíduos que consumiam hortaliças cruas diariamente, de 49,5% para 54%; que, apesar de não ser significativo, refletiu uma tendência positiva no aumento do consumo.



Figura 1. Consumo diário de frutas (Grupo experimental). Brasília, DF, 2009

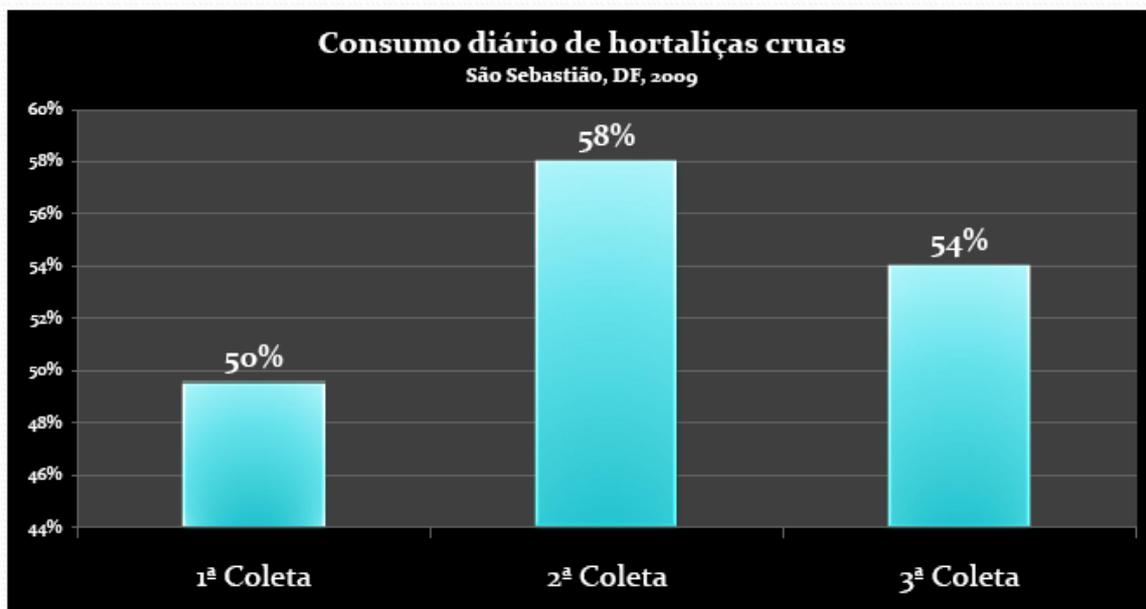


Figura 2. Consumo diário de hortaliças cruas (Grupo experimental). Brasília, DF, 2009

Com relação à prática de atividade física, houve aumento no tempo gasto por dia em atividade vigorosa, inicialmente de $65,5 \pm 64,4$ min. para $78,0 \pm 76,9$ min (figura 3). Verificou-se, além disso, redução no número de dias por semana que as pessoas dedicam para assistir televisão ou usar computador ou vídeo game, de $6,3 \pm 1,5$ dias na 1ª coleta para $5,7 \pm 2,2$ na última coleta no GE, o que também reflete uma boa tendência quanto à atividade física.

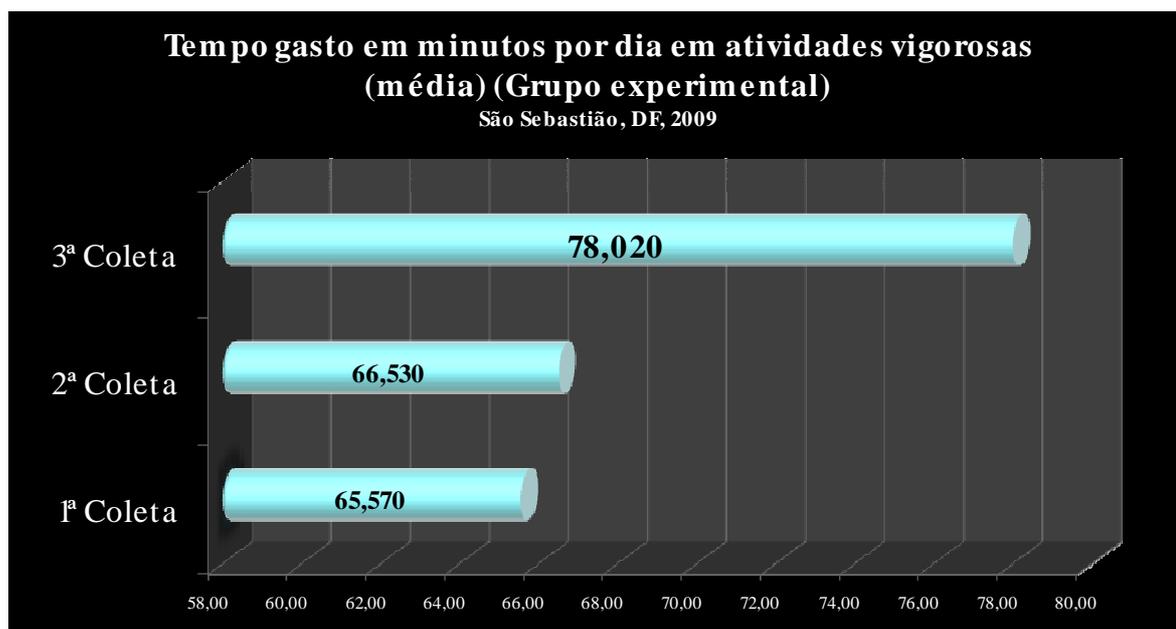


Figura 3. Tempo gasto em minutos por dia em atividades vigorosas (média). Brasília, DF, 2009

Considerando os dados antropométricos e bioquímicos, observou-se que o GE obteve redução significativa de peso, IMC e circunferência da cintura (Tabela 2) (Figuras 4, 5 e 6), assim como redução significativa no colesterol total (Tabela 3). No GC não foi notada alteração significativa dos parâmetros estudados.

Tabela 2 – Antropometria, no início, no meio e ao final do estudo.

	GC		GE	
	Média ± DP	n	Média ± DP	n
Peso				
1ª Coleta	77,48 ± 12,21	34	75,98 ± 12,69	85
2ª Coleta	77,70 ± 12,63		75,15 ± 12,78 ^a	
3ª Coleta	78,16 ± 13,10		74,57 ± 13,28 ^{b, c}	
IMC				
1ª Coleta	31,30 ± 4,16	33	31,33 ± 4,70	84
2ª Coleta	31,19 ± 4,50		30,94 ± 4,81 ^a	
3ª Coleta	31,45 ± 4,34		30,65 ± 5,02 ^{b, c}	
CC				
1ª Coleta	96,06 ± 10,54	32	100,74 ± 11,10 ^d	88
2ª Coleta	95,99 ± 15,14		95,70 ± 12,07 ^a	
3ª Coleta	96,23 ± 10,65		95,19 ± 12,16 ^b	

a: ≠ significativa entre 1ª e 2ª coleta; **b:** ≠ significativa entre 1ª e 3ª coletas; **c:** ≠ significativa entre 2ª e 3ª coletas; **d:** grupo experimental ≠ do grupo controle na 1ª coleta.

Tabela 3 – Perfil Bioquímico, no início, no meio e ao final da intervenção.

	GC (n=35) Média± DP	GE (n=88) Média± DP
Glicose		
1ª Coleta	92,21±12,8	88,13±20,02 ^a
2ª Coleta	102,74±14,04	98,19±16,21
3ª Coleta	94,88±11,30	91,44±15,56 ^{b, c}
Triglicerídeos		
1ª Coleta	146,83±67,18	140,53±84,16
2ª Coleta	151,66±81,46	142,58±100,97
3ª Coleta	154,06±80,58	134,93±108,14
Colesterol total		
1ª Coleta	205,97±48,60	196,10±43,23
2ª Coleta	212,86±48,57	197,73±39,82
3ª Coleta	190,49±39,07	179,35±38,94 ^{b, c}

a: ≠ significativa entre 1ª e 2ª coleta; **b:** ≠ significativa entre 1ª e 3ª coleta; **c:** ≠ significativa entre 2ª e 3ª coleta.

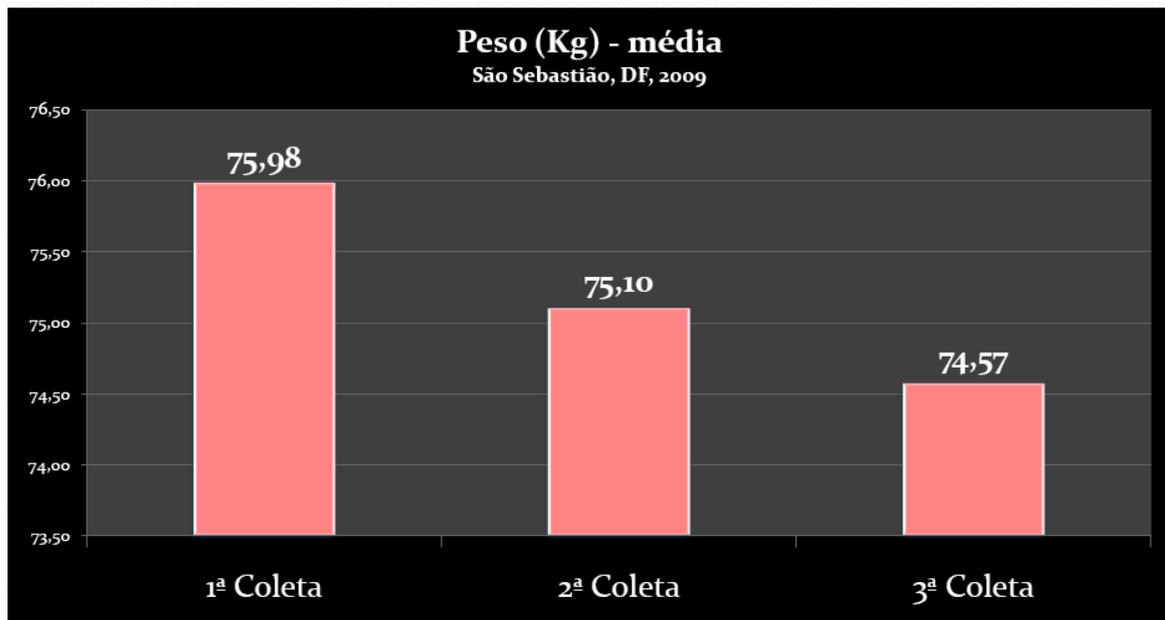


Figura 4. Peso (Kg) no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009

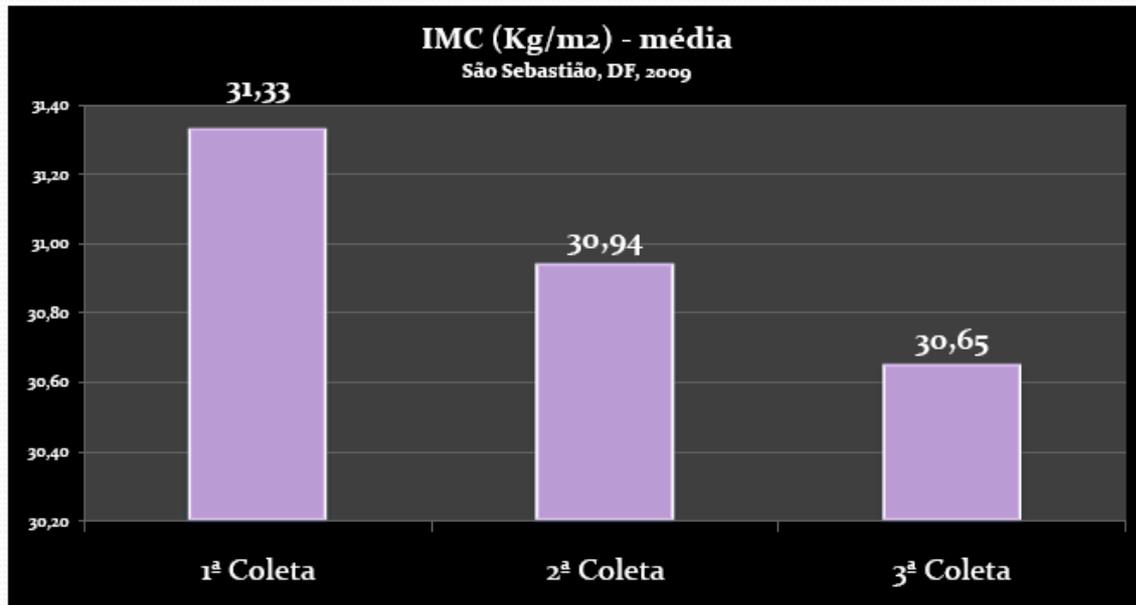


Figura 5. Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg) no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009

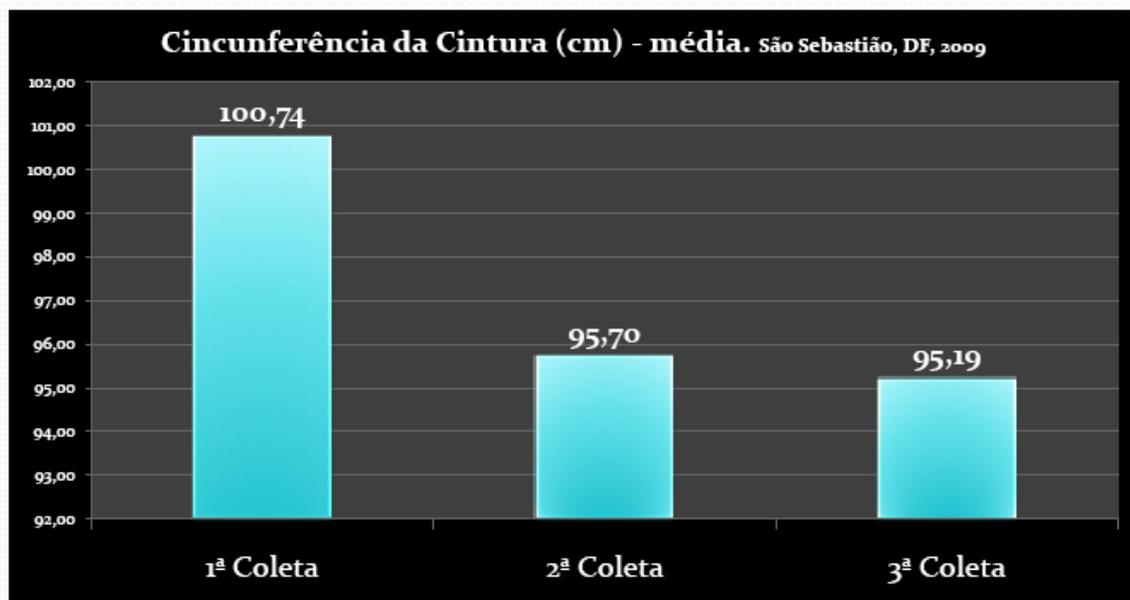


Figura 6. Circunferência da Cintura no início, no meio e ao final da intervenção (grupo experimental). Brasília, DF, 2009

Outro resultado importante deste trabalho foi a construção do modelo lógico do projeto (figura 7). Esta ferramenta foi elaborada com o objetivo de mapear e avaliar as intervenções aplicadas pelo Projeto Jogo de Cintura, visando nortear futuros programas de prevenção às DCNT.

FIGURA ANEXA – MODELO LÓGICO

A construção do modelo lógico permitiu a realização de descrição detalhada da intervenção e utilizou a metodologia descrita no Manual de Avaliação de Atividade física e Saúde (CDC, 2003). Para compilar e descrever as atividades foram usados roteiros de planejamento e entrevistas com os coordenadores de cada atividade. A avaliação inicial das atividades ocorreu através das listas de frequência, expresso em percentual de participantes.

Algumas das principais barreiras para o desenvolvimento das ações do Projeto, foram a redução de adesão dos participantes, a rotatividade de profissionais do PSF e o pequeno envolvimento dos agentes comunitários em algumas equipes.

Por fim, destaca-se como produto do Projeto o aprendizado decorrente de intervenções psico-educativas aplicadas por profissionais da psicologia, realizadas com o objetivo de incentivar e manter a adesão dos participantes nas atividades propostas. Foram realizadas oficinas com temas selecionados de acordo com as demandas e necessidades apresentadas pelo grupo. As oficinas resultaram em:

- Favorecimento do estabelecimento de vínculo entre participantes da comunidade e profissionais de saúde, de modo a viabilizar a discussão de estratégias de enfrentamento sobre dificuldades de adesão às ações e mudanças propostas pelo Projeto.
- Sensibilização dos participantes sobre a relevância do autoconhecimento e do autocuidado para promoção da qualidade de vida em saúde.
- Discussão sobre questões de o que é e como identificar e controlar a ansiedade.
- Avaliação sobre as modificações obtidas pelos participantes nas medidas antropométricas aferidas na avaliação física parcial e a atribuição de significado dos resultados para os mesmos.
- Estabelecimento de estratégias de construção de Rede e Apoio Social e sua relevância como fator protetivo a saúde.

Verificou-se, por meio destas atividades que os debates e discussões proporcionados pelas oficinas foram vivenciados de forma ativa pelo grupo presente. Ao término das intervenções psico-educativas os participantes relataram mudanças alimentares, perda de peso, aumento da auto-estima e do vínculo afetivo e social.

CONCLUSÃO

Programas sustentáveis de intervenção que visam promover mudanças de hábitos de vida da população são fundamentais para a redução dos fatores de risco associados ao excesso de peso e obesidade, principalmente em populações de baixa renda. Apesar da relevância do tema, pouco se sabe sobre as formas efetivas de prevenção e controle dos fatores de risco e das DCNT em comunidades. Parte do problema se deve à dificuldade em produzir um modelo lógico das intervenções comunitárias que em geral são abrangentes e multidisciplinares, somada à falta de avaliação adequada dos programas o que dificulta a interpretação dos resultados obtidos.

Pode-se observar algumas melhoras nos hábitos e nas condições de saúde dos indivíduos participantes do Projeto Jogo de Cintura. A avaliação dos resultados, juntamente com a análise do modelo lógico e dos registros de participação permite uma avaliação mais completa do programa, possibilitando a adequação da intervenção, reduzindo desistências e produzindo resultados pontuais de maior expressão no que se refere à saúde e qualidade de vida da população.

Avaliar e mapear intervenções, acompanhar o desenvolvimento e monitorar o impacto das propostas de ação, são atividades fundamentais que permitem retro-alimentar programas e projetos que visam à prevenção e promoção da saúde, reduzindo os fatores de risco associados às DCNT, melhorando a qualidade da atenção básica, contribuindo para a integralidade, a resolubilidade, a equidade e a universalidade das ações oferecidas pelo SUS.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF, inserido no contexto do PSF, é uma iniciativa que pode contribuir para a ampliação de programas como o Jogo de Cintura. Entretanto, para maior efetividade deve haver em seu quadro profissionais de nutrição, educação física, psicologia, dentre outros, para facilitar a execução das ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT propostas nesta intervenção.

Este projeto foi possível graças ao empenho, interesse e dedicação de uma equipe de quase uma centena de pessoas entre pesquisadores e técnicos e viabilizado pelo apoio financeiro do Ministério da Saúde e do Edital ESCS/FEPECS 057/2008, principais agências financiadoras deste projeto. Desta forma, em nome da coordenação do projeto, registre-se o agradecimento amplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2007a. 92p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2.ed. Brasília, DF, 2007b. 38p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2010. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CODEPLAN.Companhia de Planejamento de Brasília. Anuário Estatístico do DF 2008. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>. Acesso em 21.01.2011.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). **Manual de Avaliação de Atividade Física e Saúde**. Washington, D.C., 2003.

GDF(Governo do Distrito Federal). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação e Avaliação em Saúde. **Relatório de Eventos Vitais 2005**. Distrito Federal, Brasília, 2006. 64p.

Gibson RS. Anthropometric assessment of body composition. In: Gibson RS, editor. **Principles of Nutritional Assessment**. . New York. Oxford University Press; 1990. p.187-207.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Pesquisa de Orçamento Familiar – POF 208-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

_____.**Primeiros Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=df&tema=censo2010>. Acesso em: 20.01.2011.

Malaquias BF, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19(supl): S181-191, 2003.

Malta, DC; Cezário, AC.; Moura, L.; Neto, OLM.; Júnior, JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.1, p.47-65, 2006.

Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. **Bull World Health Organ** 2001; 79: 963-70.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **CARMEN - Iniciativa para prevenção de doenças não-transmissíveis nas Américas**. PAHO, 2003.

_____. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Washington, D.C, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/portugues.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. **Public Health Nutrition** 2002; 5(1A); 93-103.

Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. **The North Karelia Project: 20-year results and experiences**. Helsinki: Helsinki University Printing House, 1995.

Schooler C, Farquhar J, Fortman S and Flora J. Synthesis of findings and issues from community prevention trials. **Ann. Epidemiol.** 1997; S54-S68.

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.89, n.3, São Paulo, p. e-24-79, 2007.

WHO (World Health Organization). Regional Office for Europe. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) Programme: Bridging the health gap in Europe: a focus on noncommunicable disease prevention and control. **The CINDI-EUROHEALTH Action Plan**. Copenhagen: WHO, 1995.

____. **Global strategy on diet, physical activity and health.** Resolution WHA57.17. The 57th World Health Assembly, 2004.

____. **Technical report series 916.** Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Joint FAO/WHO Expert Consultation, World Health Organization, Geneva, 2003.

____. **The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life.** Geneva, World Health Organization, 2002.

Yokota, RTC; Vasconcelos, TF; Ito, MK; Dutra, ES; Baiocchi, KC; Merchán-Hamann, E; Lopes, EB; Barbosa, R. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. **Comunicações em Ciências da Saúde**, Brasília, v.18, n.4, p.289-296, 2007.

ANEXO – QUESTIONÁRIO

Secretaria de Estado de Saúde do DF
 Subsecretaria de Vigilância em Saúde
 Subsecretaria de Atenção à Saúde
 Diretoria Regional de Saúde de São Sebastião
 Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis
 Programa de Atenção a Saúde do Adulto



Universidade de Brasília
 Centro de Pesquisa em Alimentação Saudável
 Faculdade de Educação Física

Código identificador			
---------------------------------	--	--	--

QUESTIONÁRIO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

IDENTIFICAÇÃO, CONTROLE E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1) Nome completo: _____ Entrevistador: _____ Data de preenchimento do questionário: ____/____/____	1) nome
2) Qual a sua data de nascimento ____/____/____	2) nasc
3) Qual o seu sexo? 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	3) sexo
4) Qual o seu grau de escolaridade? ENTREVISTADOR: Leia as alternativas 1 a 8. 1. <input type="checkbox"/> Analfabeto 2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo 4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Médio completo 6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior completo 8. <input type="checkbox"/> Ensino especial	4) escol
5) Qual é a sua principal ocupação? Por exemplo: Motorista de ônibus, mecânico de automóveis, office boy, balconista, pedreiro, médico veterinário, professor, etc. _____	5) ocup

CONSUMO DE ÁLCOOL	
<p>As próximas perguntas são sobre a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas que o (a) Sr.(a) consome.</p> <p>6) Com que frequência o (a) Sr.(a) toma bebidas que contém álcool? Entrevistador: Leia as opções.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Nunca (passa 8) 2. <input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos 3. <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês, isto é, até uma vez por semana 4. <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana 5. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana 6. <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu 	6) frequalc
<p>7) Com que frequência o(a) Sr(a) toma “cinco ou mais doses” em uma única ocasião? Entrevistador: Leia os exemplos de “doses”</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES” VINHO: 1 taça (150 ml - 1 dose) ou 1 garrafa - 5 “DOSES” CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” ou 1/2 copo americano (60ml) - 2 “DOSES”, 1 “martelo” (100 ml) - 3 DOSES ou 1 garrafa – mais de 20 “DOSES” UÍSQUE, RUM, LICOR, etc. : 1 “dose de dosador”(45-50ml) - 1 “DOSE”</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 3. <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês, isto é, até uma vez por semana 4. <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana 5. <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana 6. <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu 	7)cinco
USO DE TABACO	
<p>As próximas perguntas são sobre o hábito de fumar</p> <p>ATENÇÃO Por definição, fumante é aquele que fuma, ou fumou, até 100 cigarros por ano ou 2 cigarros por semana.</p> <p>8) O(a) Sr(a) é:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Não fumante, nunca fumou (passa 11) 2. <input type="checkbox"/> Ex – fumante (parou de fumar há mais de seis meses) (passa 11) 3. <input type="checkbox"/> Fumante (atualmente ou parou há menos de seis meses) 	8)fuma
<p>9) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma(va) (até menos de seis meses) por dia? ENTREVISTADOR: No caso de menos de um cigarro por dia, assinale O(zero).</p> <p>1. _____ cigarros por dia</p>	9)quantfu
<p>10) Há quantos anos o(a) Sr(a) fuma? ENTREVISTADOR: No caso de menos de um ano, assinale O(zero).</p> <p>1. _____ anos</p>	10)anosfu
ATIVIDADE FÍSICA	
<p>Agora, nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL. Por favor, responda cada questão <i>mesmo</i> que considere que não seja ativo. Para responder considere as atividades como meio de transporte, no trabalho, exercício e esporte.</p>	11)atleve

<p>11) Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades LEVES ou MODERADAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar POUCO ou aumentam LEVEMENTE sua respiração ou batimentos do coração, como nadar, pedalar ou varrer:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 13)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 13)</p>	
<p>12) Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ horas _____ minutos</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder</p>	12)horatlev
<p>13) Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos, que façam você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração, como correr e nadar rápido ou fazer jogging:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 15)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 15)</p>	13)atvigor
<p>14) Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ horas _____ minutos</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder</p>	14)horatvig
<p>ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO</p> <p>15)Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não (passe 20)</p>	15)atrab
<p>16) Quantos dias de uma semana normal você trabalha?</p> <p>_____ dias</p>	16)diatrab
<p>17) Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta andando rápido:</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	17)horand
<p>18) Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta fazendo atividades de esforço moderado como subir escadas ou carregar pesos leves:</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	18)hoesc
<p>19) Durante um dia normal de trabalho, quanto tempo você gasta fazendo atividades vigorosas como trabalho de construção pesada ou trabalhar com enxada, escavar:</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	19)horenx
<p>ATIVIDADE FÍSICA EM CASA</p> <p>Agora, pensando em todas as atividades que você tem feito em casa durante uma semana normal:</p>	20)atcasa

<p>20) Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades dentro da sua casa por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como aspirar, varrer ou esfregar:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 22)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 22)</p>	
<p>21) Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta fazendo essas atividades POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	21)atcasdia
<p>22) Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço moderado como varrer, rastelar, podar:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 24)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 24)</p>	22)atcamo
<p>23) Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	23)atmodia
<p>24) Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos de esforço vigoroso ou forte como carpir, arar, lavar o quintal:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 26)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 26)</p>	24)atcavig
<p>25) Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo você gasta POR DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	25)atvgdia
<p>ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE Agora pense em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.</p> <p>26) Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 28)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 28)</p>	26)camrap
<p>27) Nos dias que você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta caminhando? (Não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	27)camrapt

<p>28) Em quantos dias de uma semana normal você pedala rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (Não inclua o pedalar por prazer ou exercício)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 30)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 30)</p>	28)pedrap
<p>29) Nos dias que você pedala para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta pedalando? (Não inclua as pedaladas por prazer ou exercício)</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	29)pedrapt
ATIVIDADES DE LAZER	
<p>30) Em quantos dias de uma semana normal você assiste televisão, usa o computador ou o videogame durante seu horário de lazer?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> _____ dias por SEMANA</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Não quero responder (passe 32)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Não sei responder (passe 32)</p>	30)televdia
<p>31) Nos dias em que você ASSISTE TELEVISÃO, USOU O COMPUTADOR ou o VIDEOGAME no seu horário de lazer, quanto tempo em média você gastou nessas atividades por DIA?</p> <p>_____ horas _____ minutos</p>	31)televhor
CONSUMO DE ALIMENTOS	
<p>As próximas perguntas são sobre sua alimentação.</p> <p>32) O(A) Sr(a) consome frutas diariamente?</p> <p><i>ENTREVISTADOR:Reforce a expressão "DIARIAMENTE", explicando que significa comer frutas todos os dias da semana, e LEIA as opções</i></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim (passe 33)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não (passe 34)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> nunca consumo frutas (passe 35)</p>	32)frud
<p>33) Quantas vezes, por dia, o(a) Sr(a) consome frutas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por dia</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por dia</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 1 vez por dia</p>	33)vezfrut
<p>34) Como seu consumo de frutas não é diário, com que frequência o(a) Sr(a) consome frutas?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 a 6 vezes por semana</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 1 a 4 vezes por semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por semana</p>	34)freqfru
<p>35) O(A) Sr(a) consome verduras, legumes ou hortaliças CRÚS diariamente?</p> <p><i>ENTREVISTADOR:Explique ao entrevistado que aqui estão incluídos, por exemplo, as hortaliças que são, geralmente, consumidas cruas, como por exemplo: alface, tomate, pepino, rabanete, agrião, rúcula e similares. Reforce as expressões "DIARIAMENTE" e "CRÚS", e LEIA as opções.</i></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim (passe 36)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> não (passe 37)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> nunca consumo (passe 38)</p>	35)vlhcdia

<p>36) Quantas vezes, por dia o(a) Sr(a) consome verduras, legumes ou hortaliças crús?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por dia 2. <input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por dia 3. <input type="checkbox"/> 1 vez por dia</p>	36)vezvlhc
<p>37) Como seu consumo de verduras, legumes ou hortaliças crús não é diário, com que frequência o(a) Sr(a) os consome?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 ou 6 vezes por semana 2. <input type="checkbox"/> 1 a 4 vezes por semana 3. <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por semana</p>	37)freqvlhc
<p>38) O(A) Sr(a) consome verduras, legumes ou hortaliças COZIDOS diariamente? Aqui não estão incluídos batatas, mandioca, inhame e cará. ENTREVISTADOR: Reforce as expressões "DIARIAMENTE" e "COZIDOS", esclareça as exceções, forneça exemplos (abóbora, abobrinha, vagem, cenoura, couve, beterraba) e LEIA as opções.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim (passe 39) 2. <input type="checkbox"/> não (passe 40) 3. <input type="checkbox"/> nunca consumo (passe 41)</p>	38)vlhzdia
<p>39) Quantas vezes, por dia o(a) Sr(a) consome verduras, legumes ou hortaliças cozidos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por dia 2. <input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por dia 3. <input type="checkbox"/> 1 vez por dia</p>	39)vezvlhz
<p>40) Como seu consumo de verduras, legumes ou hortaliças cozidos não é diário, com que frequência o(a) Sr(a) os consome?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5 ou 6 vezes por semana 2. <input type="checkbox"/> 1 a 4 vezes por semana 3. <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por semana</p>	40)Freqvlhz
<p>41) O(A) Sr(a) costuma adicionar sal, no prato, nas refeições já prontas? ENTREVISTADOR: Leia as opções.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim, provo e coloco se estiver sem sal 2. <input type="checkbox"/> Sim, coloco quase sempre mesmo sem provar 3. <input type="checkbox"/> Sim, mas só na salada 4. <input type="checkbox"/> Não coloco sal no prato de comida</p>	41)salprat
PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMETRIA aferida	
<p>Agora, se o(a) Sr(a) permitir, eu vou verificar sua pressão arterial e medir sua altura, peso e circunferência da cintura.</p> <p>42) PRESSÃO ARTERIAL: Entrevistador: Posicione o(a) entrevistado(a) para a verificação da pressão arterial conforme especificado no Manual do Entrevistador.</p> <p>Aferição: _____ x _____ mmHg</p> <p>Entrevistador : Se houver alguma intercorrência que tenha impossibilitado a verificação da pressão arterial, descreva-a aqui:</p>	42)segPA

<p>43) PESO</p> <p>Agora vou verificar seu peso. Para isso é necessário que o(a) Sr(a) retire seus sapatos (chinelos, sandálias, etc) e suba na balança.</p> <p>Entrevistador: Posicione o(a) entrevistado(a) para a verificação do peso conforme especificado no Manual do Entrevistador. Na impossibilidade de realizar a medida, preencha a lacuna com 9999.</p> <p>_____,_____ kilogramas</p> <p>Entrevistador : Se houver alguma intercorrência que tenha impossibilitado a aferição do peso, descreva-a aqui:</p>	43)peso
<p>44) ALTURA</p> <p>Agora vou medir sua altura. Para isso é necessário que o(a) Sr(a) continue sem seus sapatos (chinelos, sandálias, etc).</p> <p>Entrevistador: Posicione o(a) entrevistado(a) para a verificação da altura conforme especificado no Manual do Entrevistador. Na impossibilidade de realizar a medida, preencha a lacuna com 9999.</p> <p>_____,_____ metros</p> <p>Entrevistador: Se houver alguma intercorrência que tenha impossibilitado a medida da altura, descreva-a aqui:</p>	44)altur
<p>45) CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL</p> <p>Agora vou medir sua cintura. Para isso é necessário que o(a) Sr(a) continue de pé.</p> <p>Entrevistador: Posicione o(a) entrevistado(a) para a medida da circunferência da cintura conforme especificado no Manual do Entrevistador. Na impossibilidade de realizar a medida, preencha a lacuna com 9999.</p> <p>_____ centímetros</p> <p>Entrevistador : Se houver alguma intercorrência que tenha impossibilitado a medida da circunferência abdominal, descreva-a aqui:</p>	45)circunf

Elaborado com base no Questionário do Projeto de Pesquisa VIVA Saúde DF. Yokota et al, 2007. Brasília: 2009.