



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia



NATHALIA BARBOSA DE AQUINO

SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS
DE UMA COMUNIDADE DO RECIFE

Recife
2017

NATHALIA BARBOSA DE AQUINO

**SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS
DE UMA COMUNIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.
Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilma Kruze Grande de Arruda
Professora Titular do Departamento de Nutrição – UFPE

Coorientador: Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Professor Titular do Departamento de Nutrição – UFPE

**Recife
2017**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A657s Aquino, Nathalia Barbosa de.
Síndrome metabólica em idosos de uma comunidade do Recife /
Nathalia Barbosa de Aquino. – 2017.
85 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Ilma Kruze Grande de Arruda.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.
Inclui referências e anexos.

1. Síndrome X metabólica. 2. Fatores de risco. 3. Idosos. I. Arruda,
Ilma Kruze Grande de (Orientadora). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-079)

NATHALIA BARBOSA DE AQUINO

**SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS DE UMA
COMUNIDADE DO RECIFE**

Dissertação aprovada em 09 de março de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ilma Kruze Grande de Arruda (Orientadora)
Departamento de Nutrição – UFPE

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira (Membro Externo)
Departamento de Nutrição – UFPE

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Chaves de Lemos (Membro Externo)
Departamento de Nutrição – UFPE

**Recife
2017**

Não te rendas
Mario Benedetti

*Não te rendas, ainda é tempo
De se ter objetivos e começar de novo,
Aceitar tuas sombras,
Enterrar teus medos
Soltar o lastro,
Retomar o voo.*

*Não te rendas que a vida é isso,
Continuar a viagem,
Perseguir teus sonhos,
Destruir o tempo,
Correr os escombros
E destapar o céu.*

[...]

*Viver a vida e aceitar o desafio,
Recuperar o sorriso,
Ensaaiar um canto,
Baixar a guarda e estender as mãos
Abrir as asas
E tentar de novo
Celebrar a vida e se apossar dos céus.*

*Não te rendas, por favor, não cedas,
Ainda que o frio te queime,
Ainda que o medo te morda,
Ainda que o sol se ponha e se cale o vento,
Ainda existe fogo na tua alma,
Ainda existe vida nos teus sonhos
Porque cada dia é um novo começo,
Porque esta é a hora e o melhor momento
Porque não estás sozinho.*

Dedico este trabalho, com profundo respeito e gratidão, a todos os idosos, que a partir desse mestrado me deram a oportunidade de aprender sobre viver e envelhecer de forma criativa e alegre, apesar do sistema.

Também dedico aos pilares mais fortes de minha vida, a minha mãe, Maria José Barbosa, ao meu irmão gêmeo, Nelson de Aquino Neto, a minha avó, Izabel Barbosa e ao meu pai, Nelson de Aquino Filho. A vocês, minha constante evolução como ser humano diante do mundo.

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida, pelo infinito amor e força, me ajudando a perseverar firme na caminhada, por mostrar que está comigo através de pequenos gestos de pessoas humildes e iluminadas, que passam pelo meu caminho, me ensinando, me ajudando a superar e a recomeçar, e a assim, a esperar com as pessoas.

A minha mãe, Maria José Barbosa, pelo amor e coragem de mãe reservados a mim e ao meu irmão, que soube nos proteger, nos fazendo permanecer alegres, mesmo diante de dificuldades. Por não medir esforços – a demonstração mais bonita do amor de mãe – em nos ajudar nos estudos e por nos ensinar desde cedo a trabalhar, nos tornando mais responsáveis desde a infância. Por me fazer ver alegria em tudo que acontece em nossa vida, por todas as vezes que proporciona boas risadas, a mim e a Nelsinho, com seu jeito distraído, extrovertido e sonhador de ser. E, acima de tudo, por me ajudar a me reerguer, de todas as maneiras e incansavelmente, no momento mais difícil de minha vida, sendo uma das principais pessoas que me ajudou a renascer para a vida.... Obrigada por sua presença contínua e marcante em minha vida e por nunca ter perdido a resistência e esperança por dias melhores, eu te amo muito e sempre!

Ao meu irmão gêmeo, Nelson de Aquino Neto, por escutar meus medos, minhas dúvidas e meus sonhos desde pequeno; por me mostrar pacientemente que sou mais forte do que imagino ser, e por me ensinar que o carinho entre irmãos não mora somente na euforia e na fala, mas também, nas entrelinhas das poucas palavras ditas e no silêncio que acalma e acolhe. E, mais ainda, por sempre me lembrar que somos seres inacabados, e que podemos constantemente evoluir, me ajudando a ser menos rígida comigo mesma. Obrigada por todos os abraços, conversas e risadas; e por ser esse ser altruísta e de luz. Obrigada por tudo o que faz por mim, você sempre será meu espectador preferido de minhas brincadeiras e histórias cotidianas, eu te amo muito e sempre!

A minha avó e madrinha, Izabel Barbosa, por me lembrar a presença constante de Deus em minha vida, por ter me ensinado, desde a minha infância, o poder que a espiritualidade tem em nossas vidas, por me mostrar que a felicidade mora nas coisas mais simples da vida e que a vida tem que ser vivida com dignidade e gratidão. Obrigada por fazer parte de minha vida, de forma contínua e intensa. Obrigada por recarregar minhas energias com tantos abraços e beijos – sem mesmo se dar conta do bem que me faz – em cada retorno meu para o interior, eu te amo muito e sempre!

A meu tio, André Barbosa, por acolher a mim e ao meu irmão em sua casa de forma tão carinhosa e alegre; pela preocupação, cuidado atencioso, torcida e, por compartilhar comigo, momentos de oração. Obrigada pelo seu jeito extrovertido nato de falar pelos “cotovelos”, sempre tendo histórias e brincadeiras para nos contar e, também, por ser o destinatário mais engraçado dos vídeos/áudios que envio e, assim, me ajudar a me desligar um pouco dos compromissos cotidianos. Obrigada por todo cuidado.

A minha tia e madrinha, Maria Izabel Barbosa, que mesmo morando tão distante, se faz presente em minha vida, torcendo, ajudando, aconselhando e, vibrando com cada conquista minha, obrigada por todo carinho dedicado a mim.

A toda a minha família, tios (as) e primos (as), obrigada pela compreensão quanto à ausência em alguns momentos especiais. E pelo carinhoso cuidado e momentos alegres que me proporcionam.

A minha orientadora, Ilma Kruze, pela paciência que teve com minha ansiedade, pelos diálogos enriquecedores, pela sua competência teórica e pelos momentos de descontração, fazendo com que eu me sinta mais tranquila perante os momentos mais apreensivos deste trabalho. E, também, por ter me dado a oportunidade de lecionar, me possibilitando o amadurecimento profissional de forma leve e responsável.

Ao meu coorientador, Alcides Diniz, pelos ensinamentos seguros e pela tranquilidade transmitida.

Ao professor Pedro Israel, pela atenção sensível e alegre; e pelo seu jeito cativante e profundo que tem nas conversas, regadas de estímulo, possibilitando e acentuando a fertilização de ideias, conhecimentos, sonhos e esperanças.

A professora Conceição Chaves, por ter me dado a oportunidade de aprender mais sobre o atendimento clínico no ambulatório geronto-geriátrico no Núcleo de Atenção ao Idoso/UFPE, me proporcionando um crescimento profissional e humano, uma experiência que guardarei com alegria.

A professora Juliana Oliveira, por conservar e aumentar a minha esperança nos meus sonhos e por todas as experiências que me proporciona, em extensão e pesquisas.... Obrigada por ouvir minhas ansiedades, angústias e alegrias; pela torcida, encorajamento e troca de pensamentos e ideias, me proporcionando evolução para muito além do meio acadêmico. E, ainda, por ter se feito presente no momento mais difícil de minha vida, se mostrando aberta para me ouvir de forma compreensiva e amável, me abraçando com palavras e atitudes e, me ajudando a me reintegrar de forma paciente, apaziguando assim, minha ansiedade e meus medos. Obrigada pela amizade pura e acolhedora.

A Rosete Bibiana, pelos ensinamentos, estímulo, torcida, inúmeros momentos de alegrias, pela energia e força que me transmite, e pelo cuidado amoroso presente em todos os momentos que estamos juntas. Dos presentes das pesquisas, você é o mais alegre. Obrigada pela amizade carinhosa.

Aos meus amigos e compadres, Evelyn Vieira e Gustavo Almeida, um casal extremamente solícito, com que sei que posso contar a qualquer momento e situação de minha vida, que me propiciam inúmeros momentos de descontração – tão essenciais –, e que torcem e se alegram com meus sonhos. E, de forma mais intensa, a Evelyn, por sempre ouvir meus choros e medos de forma acolhedora, estando presente nos momentos mais difíceis.... Pelos conselhos, cuidado e preocupação que tem comigo e pelo carinho sincero que existe em nossa amizade de longas datas.

As amigas que ganhei nas pesquisas, Mariana Ramalho e Nathalia Karolyne, pela amizade, por toda ajuda que disponibilizam sempre que preciso, pela torcida e pelos momentos alegres e risadas compartilhadas.

As amigas Emannelly Cabral e Angélica Patriota, que mesmo de longe, estão presentes em minha vida, torcendo e compartilhando momentos de dúvidas e alegrias. Obrigada pela cumplicidade e carinho de sempre.

A Allayni Vasconcelos, por me ajudar a ressignificar as situações da vida e a viver profundamente cada precioso minuto de minha vida no aqui e agora. Por me auxiliar a me

entender melhor de forma reflexiva, e assim, me ajudar na minha evolução como ser humano. Obrigada por cada abraço caloroso ao sair de sua sala, me transmitindo um sentimento de paz e tranquilidade, fazendo com que eu me sinta como exatamente somos: humanos; me fazendo também, reproduzir esse gesto nos convívios sociais, por mais que a minha timidez, algumas vezes, se sobreponha a minha vontade.

A Everton Sougey, por ter me ajudado a vencer o que parecia invencível, por me lembrar sobre o significado da felicidade em um momento em que eu senti dificuldades.... E por me transmitir uma vasta serenidade a cada encontro, me ajudando a me encontrar novamente, na grandiosidade e alegria da simplicidade.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, na pessoa da professora Márcia Carrera e professora Ana Paula Marques, pela responsabilidade, aprendizados e experiências possibilitadas.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia pela atenção, orientações e ensinamentos concedidos, com especial carinho, as professoras Maria Conceição Lafayette (Gerontologia, Sociedade e Cultura), Isolda Belo (Velhice, Poder e Relações de Gênero) e Adriana Falangola (Planejamento e Gestão de Serviços de Atenção ao Idoso), que diziam de forma confortável: “Vamos fazer uma roda de conversa sobre o que cada uma pensa a respeito desse assunto”, “Vamos debater e aprender juntas” e “Não existe pergunta besta, toda e qualquer pergunta é importante e proporciona crescimento”, respectivamente. Despertando, assim, minha curiosidade, minha liberdade de pensamento e minha compreensão como ser humano-sujeito, e que, dessa forma, em suas aulas, enterraram o meu medo de errar.

A todas as colegas de turma, pelos momentos de reflexão, aprendizado e descontração que compartilhamos em sala de aula.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGERO), na pessoa de Manoel, dona Nalva e Isabella, pela solicitude, compromisso, responsabilidade e atenção concedidos a todos os alunos do PPGERO.

A todos que fazem parte do laboratório de Nutrição em Saúde Pública, do Departamento de Nutrição, por colorirem o céu de quem passa por ele, com ensinamentos, carinho e alegria.

A todos os pesquisadores, elaboradores de questionários, entrevistadores, revisores, digitadores e motoristas que fizeram parte da pesquisa dos Coelhos, pela dedicação, paciência, comprometimento e responsabilidade, contribuindo de forma efetiva para realização deste trabalho.

Aos idosos que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, pela receptividade e paciência.

A todos os meus amigos que compartilham alegrias, sonhos, dividem um pouco algumas tristezas e assim, amenizam a dor e, que acima de tudo, tornam a vida tal como deve ser: viva e colorida!

Ao eterno professor Paulo Freire, com quem aprendo e reaprendo a cada leitura e releitura de seus manuscritos, e que mesmo não estando mais materialmente entre nós, ainda nos ensina, e muito.

E a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio financeiro.

Por fim, espero ter conseguido colocar nas palavras a intensidade da emoção, felicidade e, principalmente, gratidão, que sinto por ter aprendido com todos que participaram de alguma forma desse trajeto junto comigo, esse caminho de aprendizado em comunhão, que transcende o espaço acadêmico: não se limita ao crescimento profissional, mas, sobretudo, resulta em evolução como ser humano. A vocês, flores de minha permanente evolução, uma infinita primavera de alegria e gratidão.

"La constitución de nuestra naturaleza es tan notable que termina se aprendiendo mucho más por el dolor que la bonanza. No estoy recomendando el camino de dolor ni nada, lo que quiero decir y transmitir a la gente es que caemos y nos levantamos de nuevo. [...] Vale la pena vivir con intensidad y te puedes caer una, dos, tres, veinte veces, pero recuerda que puede levantarse y empezar de nuevo. Y siempre vale la pena recomenzar mil veces mientras se está vivo. Uno debe aprender a llevar sus cicatrices y luego mirar hacia el futuro, sólo aprendemos de lo que hemos pasado. Este es el mensaje más grande de la vida. Lucha, sueña y camina con los pies en el suelo frente a la realidad: este es el sentido de la existencia, el sentido de la vida."

(José Mujica, 81 años)

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar a frequência da síndrome metabólica (SM) e os fatores associados em idosos de uma comunidade do município de Recife. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, desenvolvido com idosos inseridos no contexto do estudo “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*”, realizado na Comunidade dos Coelhoos. A amostra foi composta por 166 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados relativos às variáveis socioeconômicas, clínica, antropométricas, bioquímicas e estilo de vida foram coletados através de questionário estruturado. A frequência de SM foi estimada utilizando o critério diagnóstico do NCEP-ATPIII. A análise dos dados foi efetuada com a utilização dos programas estatísticos SPSS para Windows (versão 13.1). Na comparação entre proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fischer. A razão prevalência foi utilizada como medida efeito considerando a SM como variável dependente. Para rejeição da hipótese de nulidade foi utilizado o nível de significância de 5%. A prevalência de síndrome metabólica encontrada foi de 38,3%, a maioria dos idosos estavam com excesso de peso (54,4%) e que foram considerados insuficientemente ativos (63,2%). Os fatores associados à SM após ajustes foram: a idade, na faixa etária 60-69 anos (44,4%, $p=0,05$), o sexo feminino (43,1%, $p=0,056$) e o excesso de peso (57,3%, $p<0,001$). Com relação ao consumo alimentar houve uma associação significativa apenas entre os idosos insuficientemente ativos e os alimentos protetores. A lipoproteína de alta densidade alterada (HDL-c) foi o componente mais frequente (85,7%) em todos os níveis de escolaridade, seguido da HAS (68,5%) entre os idosos de menor escolaridade, a obesidade abdominal foi maior entre as mulheres (68,6%). O baixo nível de HDL-c foi mais frequente entre os idosos insuficientemente ativos (81,1%) e com excesso de peso (88,7%), a HAS foi maior entre os idosos com excesso de peso (70,8%). Diante dos resultados analisados, a síndrome metabólica apresentou uma frequência importante na população estudada, sendo associada as características demográficas e ao estado nutricional, onde houve uma maior prevalência entre as mulheres, entre os idosos mais jovens e com excesso de peso. Faz-se necessário a prática de atividades de educação alimentar e nutricional e de atividade física, para que esse público possa alcançar o envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Síndrome X metabólica. Fatores de risco. Idosos.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the frequency of metabolic syndrome (MS) and associated factors in the elderly in a community in the city of Recife. This is a cross-sectional study, developed with elderly people inserted in the context of the study "Health, nutrition and care services in a favela population of Recife: a baseline study", carried out in the Community of Rabbits. The sample consisted of 166 elderly individuals, aged 60 years or older. Data on socioeconomic, clinical, anthropometric, biochemical and lifestyle variables were collected through a structured questionnaire. The frequency of MS was estimated using the NCEP-ATPIII diagnostic criteria. Data analysis was performed using SPSS statistical software for Windows (version 13.1). Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to compare proportions. The prevalence ratio was used as an effect measure considering SM as the dependent variable. For rejection of the null hypothesis, a significance level of 5% was used. The prevalence of metabolic syndrome was 38,3%; the majority of the elderly were overweight (54.4%) and considered insufficiently active (63.2%). The factors associated with MS after adjustments were: age, 60-69 years old (44.4%, $p = 0.05$), female (43.1%, $p = 0.056$) and overweight (57.3%, $p < 0.001$). With regard to food consumption, there was a significant association only among underactive elderly and protective foods. The altered high-density lipoprotein (HDL-c) was the most frequent component (85.7%) in all schooling levels, followed by hypertension (68.5%) among the elderly with lower levels of education, abdominal obesity was higher Among women (68.6%). The low level of HDL-c was more frequent among the under-active elderly (81.1%) and overweight (88.7%), the SAH was higher among the elderly with overweight (70.8%). In view of the results analyzed, the metabolic syndrome presented an important frequency in the studied population, being associated the demographic characteristics and the nutritional status, where there was a higher prevalence among the women, among the older and overweight elderly. It is necessary to practice food and nutrition education activities and physical activity, so that this public can achieve active and healthy aging.

Keywords: Metabolic syndrome X. Risk factors. Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
1	Caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas, estilo de vida e estado nutricional residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	39
2	Associação entre Síndrome Metabólica e variáveis sociodemográficas, medidas de estilo de vida e nutricional de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	40
3	Medianas e intervalos interquartílicos dos escores de consumo alimentar segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e antropométricas de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	41
4	Associação entre os componentes da Síndrome Metabólica e variáveis sociodemográficas dos idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	43
5	Associação entre os componentes da Síndrome Metabólica e variáveis de estilo de vida dos idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	44

LISTA DE QUADROS

Quadro	Título	Página
1	Descrição das variáveis sociodemográficas, antropométricas e de estilo de vida de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	32
2	Métodos utilizados para avaliação de perfil bioquímico de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CA	Circunferência Abdominal
CC	Circunferência da Cintura
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EGIR	<i>European Group for the study of Insulin Resistance</i>
GJ	Glicemia de Jejum
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-c	HDL-Colesterol
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC_{95%}	Intervalo de Confiança de 95%
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IQ	Intervalo Interquartilico
JIS	<i>Joint Interim Statement</i>
NCEP-ATPIII	<i>Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
SM	Síndrome Metabólica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG	Triglicerídeos
VLDL	<i>Very Low Density Lipoprotein</i>
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Envelhecimento Populacional	20
2.1.1	Gerontologia: O necessário olhar interdisciplinar e a escassez de recursos humanos na área de saúde do idoso	21
2.2	Transição Epidemiológica e Nutricional	23
2.3	Síndrome Metabólica	24
2.3.1	Critérios Diagnósticos da Síndrome Metabólica	25
2.3.2	Prevalência da Síndrome Metabólica em Idosos	27
2.4	Educação alimentar e nutricional e prática de atividade física no Brasil globalizado: Perspectivas para o enfrentamento da síndrome metabólica em idosos	28
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo Geral	30
3.2	Objetivos Específicos	30
4	MÉTODOS	31
4.1	Desenho, Local e Período do Estudo	31
4.2	População do Estudo	31
4.3	Cálculo da Amostra	31
4.4	Critérios de Elegibilidade	31
4.4.1	Critérios de Inclusão	31
4.4.2	Critérios de Exclusão	31
4.5	Descrição e Categorização das Variáveis	31
4.6	Procedimentos, Técnicas e Exames	33
4.6.1	Diagnóstico de Síndrome Metabólica	33
4.6.2	Avaliação Antropométrica	34
4.6.3	Avaliação Bioquímica	35
4.6.4	Avaliação dos Níveis Pressóricos	35
4.6.5	Avaliação do Estilo de Vida	36
4.6.6	Consumo Alimentar	36

4.6.7	Perfil Socioeconômico	37
4.7	Algoritmo de Análise dos Dados	37
4.8	Considerações Éticas	38
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	64
	ANEXO B – Formulário de Identificação do Domicílio	66
	ANEXO C – Formulário de Identificação do Domicílio e Aspectos de Renda Familiar	68
	ANEXO D – Formulário Individual	71
	ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética	84

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observa-se o envelhecimento da população mundial, sobretudo, em países em desenvolvimento como no Brasil, onde essa transição demográfica está ocorrendo de forma muito rápida, reflexo da diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, bem como o aumento da expectativa de vida, sendo os idosos, o grupo etário que mais cresce na população brasileira (ZANON et al, 2013; SILVA et al, 2014), onde segundo a OMS (2005), em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o indivíduo como idoso de acordo com o nível socioeconômico do país, sendo 60 anos ou mais de idade em países em desenvolvimento e, em países desenvolvidos, passa a ser a partir dos 65 anos (OMS, 2002).

O envelhecimento pode ser compreendido por duas vertentes, a senescência, processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e, a senilidade, condição patológica decorrente de doenças, acidentes e estresse emocional. É importante salientar que as mudanças advindas do processo da senescência podem ter suas repercussões minimizadas através da adoção de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007), entretanto, ambos exigem intervenções de profissionais de saúde com especialidades nesse público (CIOSAK et al, 2011).

Além da transição demográfica, o Brasil também está vivenciando o processo de transição nutricional, estudo pioneiro realizado por Batista Filho (2003), mostra que no Brasil, ao mesmo tempo em que há a redução contínua dos casos de desnutrição também são constatadas prevalências crescentes de sobrepeso e obesidade. O aumento da prevalência da obesidade na população brasileira é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda, podendo coexistir, no mesmo domicílio, indivíduos obesos e desnutridos.

No indivíduo idoso as mudanças na ingestão alimentar provocadas por perda de apetite, diminuição da capacidade gustativa e olfativa, distúrbios de deglutição, conduz a menor absorção de vitaminas, minerais e outros nutrientes. O reduzido consumo de alimentos ou uma alimentação monótona pode conduzir o idoso a apresentar depleção de nutrientes essenciais para a manutenção da saúde e controle das doenças (ASSUMPÇÃO et al, 2014).

Na velhice, se associa à obesidade: o aumento da mortalidade e dos riscos de diabetes mellitus tipo 2, intolerância à glicose, aterosclerose, hipertensão arterial, dislipidemia, acidente vascular cerebral, coronariopatias, colelitíase, osteoartrose, alguns tipos de câncer, declínio funcional e invalidez (VENTURINI et al, 2013; NAGATSUYU et al, 2009; HUANG et al, 2005). A agregação de obesidade central, resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão

arterial caracterizam a chamada Síndrome Metabólica (SM), nesse contexto, a SM destaca-se como um complexo de fatores de risco para doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares (ALBERTI et al, 2009). E, para o indivíduo idoso, as consequências dessa síndrome parecem ser ainda mais acentuadas, principalmente devido às mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento (SAAD et al, 2014).

Estudos realizado por Clares et al (2011) e Viegas-Pereira et al (2008) analisaram que idosos com baixa escolaridade e em vulnerabilidade social apresentam maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, sendo imprescindível investigações sobre as DCNT nessas populações, tendo em vista que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 26,7% dos aglomerados urbanos subnormais se encontram na região Nordeste (IBGE, 2010).

O termo aglomerado urbano subnormal é adotado para definir áreas conhecidas no Brasil por diferentes nomes, como: favela, comunidade, grotão, vila, mocambo, entre outros. Trata-se de um conjunto constituído de, pelo menos, 51 unidades habitacionais carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, validando sua exclusão social (IBGE, 2010) e necessidade de intervenções, como no caso da Comunidade dos Coelho, localizada na cidade do Recife.

Assim, a pesquisa poderá contribuir para o planejamento de futuras ações de gestores da saúde e possibilitar intervenções específicas em áreas socioeconomicamente vulneráveis, auxiliando na promoção e prevenção da saúde dos idosos e colaborando para o envelhecimento ativo e saudável.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional diz respeito à modificação na estrutura etária da população, de forma que a participação do público idoso no total da população se expande de maneira contínua (ZANON, 2013).

A proporção de pessoas com 60 anos ou mais no mundo está aumentando mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Espera-se um crescimento de 223%, entre 1970 e 2050. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

Em relatório sobre envelhecimento mundial, a OMS revelou que o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil irá aumentar de forma mais intensa quando comparado com o crescimento mundial (OMS, 2015).

Em análise feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sobre indicadores socioeconômicos da população brasileira, a população do país em 2015 foi calculada em 204,9 milhões, com crescimento de 0,8% comparando com o ano anterior. No período de 2005 a 2015, a faixa etária de 0 a 14 anos no total da população diminuiu de 26,5% para 21% e, a de 15 a 24 anos, de 19% para 16,1%, ao passo que a parcela de adultos de 40 a 59 anos cresceu de 21,5% para 25,4%, assim como a parcela dos idosos, que subiu de 9,9% para 14,3%, no mesmo período (IBGE, 2015).

No que diz respeito ao processo de envelhecimento no Brasil, de acordo com Carvalho & Rodríguez-Wong (2008), entre 40 e 60 o país apresentou declínio significativo da mortalidade, após esse período observou-se que houve uma redução na taxa de fecundidade que, de início, acometeu principalmente as classes sociais mais privilegiadas e regiões mais desenvolvidas, mas em seguida, atingiu todas as regiões, resultando no processo de transição da estrutura etária, com uma população de perfil envelhecido e ritmo de crescimento baixo.

Caracterizando os dados da atual transição demográfica brasileira de acordo com o sexo, observa-se um processo de feminização da velhice, isto é, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna (KÜCHEMANN, 2012), já que as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (NICODEMO, 2010). Segundo o censo demográfico, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011). Para explicar esse evento, especialistas enfatizam as mortes por acidentes ou assassinatos, onde as vítimas, quando jovens e adultas, são em sua maioria, do

sexo masculino, além do acompanhamento médico contínuo ser maior entre o sexo feminino (BANDEIRA et al, 2010).

Tendo em vista, que existe uma maior proporção de mulheres entre os idosos, e sobretudo, entre os idosos acima de 80 anos, infere-se que sejam elas as maiores dependentes de cuidados com influência importante na demanda por políticas públicas. A velhice possui um forte componente de gênero, já que as mulheres idosas apresentam uma maior probabilidade de tornarem-se viúvas, de vivenciar uma condição socioeconômica desfavorável e terem piores condições de saúde. A maioria das idosas não teve trabalho remunerado na vida adulta, em contrapartida, são elas que participam, mais do que os homens, de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e trabalho remunerado temporário. Ao contrário da vida adulta, são elas que assumem gradualmente, o papel de provedoras e chefes de família (CAMARANO, 2004).

Além disso, de acordo com a socióloga, Guita Debert (1998), é importante salientar, que o papel do idoso revela-se distinto na sociedade atual, uma vez que a representação da velhice, como processo de perdas, foi objeto de uma inversão. Verifica-se que essa etapa da vida passou a ser valorizada e privilegiada, haja vista a busca de prazer, da satisfação e da realização pessoal, o que faz da Gerontologia, um tema de crescente interesse. No Brasil, percebe-se que o crescimento da população idosa estimula o interesse para o desenvolvimento de pesquisas que explanem essa temática. Além disso, nota-se uma preocupação com a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos, baseada no cuidar gerontológico (BEZERRA, 2012).

Desse modo, o envelhecimento populacional é um dos principais desafios mundial, com demandas sociais e econômicas, haja vista que o número de pessoas com mais de 60 anos está em contínua elevação (DIAS, 2013). De acordo com Lima-Costa (2003), ampliar os anos de vida, foi um dos maiores feitos da humanidade, de forma que nos tempos atuais, chegar à velhice, passa a ser regra também, nos países mais pobres, porém se faz necessário a associação de qualidade de vida aos anos adicionais conquistados.

2.1.1 Gerontologia: O necessário olhar interdisciplinar e a escassez de recursos humanos na área de saúde do idoso

De acordo com Santos e Hammerschmidt, a reflexão do sociólogo francês, Edgar Morin, apresenta a ideia de que o pensamento complexo visa:

Mover, conjugar, articular os diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno, religando matéria e espírito, natureza e cultura, sujeito e objeto, objetividade e

subjetividade, arte, ciência, filosofia. Considera igualmente o pensamento racional-lógico-científico e o mítico-simbólico-mágico. O pensamento complexo se estabelece como requisito para o exercício da interdisciplinaridade (2012, p. 564).

Dessa maneira, conforme Lovidici e Silveira (2011), a interdisciplinaridade, mantém uma relação de reciprocidade e mutualidade, imprescindíveis em todos os campos das ciências, especialmente, nas Ciências Humanas e Sociais, e, em particular, na Gerontologia, que necessita deste tipo de abordagem, onde incorpora conteúdos científicos de vários campos, merecendo destaque: Biologia, Psicologia e as Ciências Sociais.

A Gerontologia oportuniza a formação de novas estruturas conceituais que, ao romperem as estruturas disciplinares de origem, são recombinações e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade, de forma que, seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são tipicamente intersetoriais, com a participação de todas as ciências que estudam e atuam no envelhecimento (MOTTA E AGUIAR, 2007; CAMACHO, 2002).

Segundo Ramos (2003), o maior desafio do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, sendo necessário, também, ressaltar a importância do estímulo a formação de profissionais treinados, mediante a abertura de disciplinas nas universidades e de linhas de financiamento a pesquisas que identifiquem a área de gerontologia, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais.

Embora a partir do século XX a gerontologia tenha apresentado grandes avanços (MORAES, 2008), pesquisa realizada por Valadares et al (2013) mostra que ainda são escassos os estudos, já que visualizou-se que somente 1,4% dos grupos de pesquisa registrados, estudam o envelhecimento humano no Brasil, com 36,9% deles localizados na região Sudeste, seguido do Sul (29,7%) e Nordeste (22%) com área de predominância na Saúde Coletiva (14,9%) e, os grupos de pesquisa em nutrição, apresentaram uma frequência de 2,5% com pesquisas voltadas para o envelhecimento, adicionalmente, só existe um programa *Scrito Sensu* na área de Gerontologia em todo o Norte e Nordeste brasileiro.

Em contrapartida, no ano de 2015, o Projeto de Lei (334/2013), de autoria do senador Paulo Paim (PT-RS), que regulamenta a profissão do gerontólogo, foi aprovado em dezembro, pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, seguindo para análise terminativa na Comissão de Assuntos Sociais (BRASIL, 2015), pode-se salientar, dessa forma, que a área de gerontologia ainda avança a passos lentos, onde, mesmo com dados do IBGE

expondo o acelerado crescimento da população idosa no Brasil (IBGE, 2015), ainda há poucos estudos, bem como, recursos humanos interdisciplinares, ou seja, especializados na área de gerontologia, sendo necessário o urgente estímulo e investimento na área.

2.2 Transição Epidemiológica e Nutricional

Nas últimas décadas houve mudanças no perfil epidemiológico, onde as doenças infecciosas que eram responsáveis por cerca de 40% das mortes na década de 50, passaram a apresentar um percentual de 10% em 2009, paralelo a esse decréscimo, houve um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis, representando 40% das causas de morte, em 2009 (IBGE, 2009). Segundo Cunha (2016), essa transição tem relação com o novo perfil demográfico brasileiro, de uma população com maior expectativa de vida, já que com o aumento da idade as doenças crônicas aumentam significativamente, sendo os idosos, o grupo que possui maior taxa de doenças.

O processo de transição epidemiológica compreende três mudanças essenciais: a substituição das doenças transmissíveis por não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais juvenis para os grupos mais senis; e, a predominância de morbidades, em oposição às mortalidades (SCHRAMM et al, 2004).

Ademais, estudo realizado por Veras (2009), destaca que o Brasil é hoje um “jovem país de cabelos brancos”, onde 650 mil novos idosos são introduzidos na população a cada ano, sendo maior parte deles com doenças crônicas. E, em menos de 40 anos, o Brasil deixou de ter uma esfera de mortalidade própria de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, específico de países longevos, com necessidade de cuidados frequentes, medicações regulares e exames periódicos.

Segundo Schmidt et al (2011), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de global de saúde e prenúncio ao desenvolvimento humano e à saúde.

Estudo feito por Duncan et al (2012), mostrou que no Brasil, a mortalidade por DCNT está em declínio, porém os percentuais ainda estão inferiores da meta recomendada pela OMS (2005).

Além disso, é preciso enfatizar ainda, que existe um quadro de desigualdade na distribuição das DCNT no Brasil, visto que as regiões Norte e Nordeste, mostraram as maiores taxas de mortalidade por DCNT, desde o início da década de 90, permanecendo assim até os anos atuais (DUNCAN et al, 2012). De acordo com Pellanda et al (2011), os principais fatores de risco para as DCNT são: obesidade, sedentarismo, hipertensão, hábitos alimentares inadequados, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, dislipidemias e resistência à insulina.

Como já referido por Batista Filho (2003), observa-se ao mesmo tempo, o declínio da desnutrição e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira, constituindo dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, descrevendo umas das características marcantes do processo de transição nutricional no país.

Nesse contexto, a população brasileira, devido ao ritmo acelerado do mercado de trabalho, passou a consumir mais alimentos industrializados, ricos em carboidratos refinados, gorduras saturadas, gorduras trans, alto teor de sódio e baixo teor de nutrientes, e, associado a esse padrão alimentar, está a baixa prática de exercício físico, acarretando em altos índices de sobrepeso e obesidade, e, conseqüentemente em altas cargas de morbimortalidade por DCNT (REINALDO et al, 2015).

Pesquisas mostram que, tendo em vista o crescimento acelerado da população de idosos, torna-se necessário conhecer o perfil das taxas de mortalidade dessa população. E mostram ser possível a prevenção de doenças crônicas e suas sequelas, controle de suas causas e fatores de risco, com o acréscimo de ações e programas de prevenção (CARVALHO et al, 2014; SILVEIRA, 2013; SIQUEIRA, 2008; VERAS, 2009).

2.3 Síndrome Metabólica

A primeira descrição da síndrome metabólica foi em 1988, pelo endocrinologista Gerald Reaven, que definiu como “síndrome X”, a ocorrência em um mesmo indivíduo de alguns fatores de risco cardiovasculares e diabetes mellitus, como resistência à insulina, aumento da concentração plasmática de triglicérides, diminuição da concentração plasmática de HDL-colesterol e pressão arterial elevada (REAVEN, 1988).

A OMS (1999) foi a primeira a definir oficialmente a síndrome, como síndrome metabólica, expondo que deveriam existir, obrigatoriamente, a resistência à insulina/intolerância à glicose, com a justificativa de que os outros componentes estariam associados.

E, em 2001, o *Third Report of the National Cholesterol Education Program* (NCEP-ATP III), reconheceu a associação dos fatores de risco, com evidência para a obesidade e estabeleceu o conjunto de componentes como “síndrome metabólica”.

Nessa perspectiva, o consenso brasileiro de diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica (SM), define a SM como sendo um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina, sendo importante destacar sua associação com doenças

cardiovasculares, onde aumenta a mortalidade geral em 1,5 vezes e óbito cardiovascular em 2,5 vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al, 2005).

2.3.1 Critérios Diagnósticos da Síndrome Metabólica

De acordo com Meigs (2003) e Rigo (2009), diferentes critérios diagnósticos para a síndrome metabólica surgiram na última década, com a finalidade de identificar antecipadamente os indivíduos sob elevado risco de desenvolver diabetes e doença cardiovascular. Além dos eventos cardiovasculares e diabetes, Dominguez (2007) afirma que, a prevalência da síndrome metabólica tem sido relacionada com a prevalência crescente de obesidade, que está acontecendo progressivamente mesmo em grupos etários mais velhos.

A definição da OMS (1999) recomenda como ponto de partida a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, o que, segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al, 2005), dificulta a sua utilização. Ainda segundo a OMS, para compor a SM é necessário estar associado à resistência insulínica ou a anormalidade da tolerância à glicose os seguintes componentes: pressão arterial elevada (PA \geq 140/90 mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva); elevação dos triglicérides séricos (\geq 150 mg/dL) e/ou diminuição do colesterol HDL ($<$ 35 mg/dL para homens, $<$ 39 mg/dL para mulheres); relação da cintura/quadril elevada ($>$ 0,90 para homens e $>$ 0,85 para mulheres) e/ou índice de massa corporal (IMC) $>$ 30 kg/m²; e microalbuminúria (taxa de excreção de albumina \geq 20 μ g/min) ou relação albumina/creatinina \geq 30 mg/g.

No ano de 1999, a *European Group for the study of Insulin Resistance* (EGIR) estabeleceu uma nova definição em que substituíra à determinação direta da resistência à insulina pela insulinemia de jejum (ponto de corte é o quarto quartil da população em estudo), excluía a microalbuminúria como um dos componentes da SM, avaliava a obesidade medindo circunferência da cintura e adotava a glicemia de jejum para medir a intolerância à glicose. Adotando os seguintes pontos de corte: Resistência à insulina, quarto quartil dos valores da insulinemia de jejum na população de não-diabéticos e mais pelo menos dois componentes alterados, podendo ser triglicérides \geq 180 mg/dL e/ou tratamento, HDL-colesterol $<$ 40 mg/dL (ambos sexos), tratamento anti-hipertensivo ou PA \geq 140/90 mmHg, obesidade central CC \geq 94 cm em homens e CC \geq 80 cm em mulheres e glicose de jejum \geq 110 mg/dL. Conforme Freitas e cols. (2008), embora esses critérios sejam mais simples, possuía importantes limitações para o uso clínico, por não ser aplicável a pacientes diabéticos e incluir a insulinemia de jejum, que não é um exame habitual (BALKAU, 1999).

A *International Diabetes Federation* (IDF, 2005) propõe que a obesidade central e a resistência à insulina são consideradas fatores centrais para a SM, de acordo com esse critério a obesidade abdominal é um fator de risco pré-requisito, sendo classificada como circunferência da cintura (CC) de acordo com as etnias, onde a CC apresentando valor ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres para etnia europeia e ≥ 90 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres em etnia sul-americana, somado a obesidade central deve-se apresentar mais dois dos quatro fatores: triglicerídeos com valor ≥ 150 mg/dL (ou em tratamento específico para essa anormalidade lipídica); colesterol HDL < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres (ou em tratamento específico para essa anormalidade lipídica); Pressão arterial elevada ($\geq 130/85$ mmHg ou em tratamento medicamentoso); glicemia de jejum elevada (≥ 100 mg/dL ou diagnóstico prévio de diabetes tipo 2).

Em 2009, Alberti e cols., apresentaram um critério para o diagnóstico de SM, o *Joint Interim Statement* (JIS), com apoio de várias sociedades, decidiram pela presença de três ou mais componentes alterados, sendo os pontos de corte: medida da CC ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres de etnia europeia e ≥ 90 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres de etnia sul-americana, pressão arterial $\geq 130/85$ mmHg ou tratamento de HAS, triglicerídeos com valor ≥ 150 mg/dL (ou em tratamento); colesterol HDL < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres (ou em tratamento) e glicemia de jejum (GJ) ≥ 100 mg/dL (ou em tratamento).

O *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults* (NCEP-ATP III, 2001) foi desenvolvido para aplicação clínica e não requer a comprovação de resistência à insulina, facilitando seu emprego (AZAMBUJA et al, 2015). Perante esse critério, a SM representa a combinação de pelo menos três componentes dos seguintes: obesidade central apresentando circunferência abdominal (CA) > 88 cm para mulheres e > 102 cm para homens, PA alta (sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg), glicemia de jejum (GJ) ≥ 100 mg/dL, triglicérides (TG) ≥ 150 mg/dL e baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) (< 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres). O indivíduo passa a ser considerado portador da SM se apresentar três ou mais dessas alterações. Os critérios mais utilizados na literatura internacional e nacional são os propostos pela IDF e NCEP-ATPIII, porém por ser mais simples, a do NCEP-ATPIII é a definição recomendada pelo consenso brasileiro de diagnóstico e tratamento para SM.

De acordo com Manna (2006), independentemente do critério diagnóstico adotado para Síndrome Metabólica, todas as organizações internacionais identificam a relevância da investigação e tratamento de cada um dos fatores de risco constatados. Nos indivíduos adultos

recomenda-se um estilo de vida saudável, com atividade física regular e busca do peso ideal. Adicionalmente, são indicados tratamentos terapêuticos farmacológicos para o tratamento da hipertensão arterial, dos distúrbios lipídicos, do estado pró-trombótico e do diabetes mellitus.

2.3.2 Prevalência da Síndrome Metabólica em Idosos

Quanto a prevalência da SM, essa apresenta uma ampla variação quanto à nível mundial, podendo ser devido às singularidades do grupo populacional estudado e, também, ao critério diagnóstico adotado, estudo feito no Chile apresentou uma prevalência de 59,9%, pelo IDF, na Índia 65,6% utilizando IDF, Egito 55% pelo NCEP-ATPIII, Alemanha 35% pelo IDF e EUA foi de 63,9% pelo critério NCEP-ATPIII, sendo a SM associada com o aumento da idade (MUJICA et al, 2008; PRASAD et al, 2012; MAHABALESHWARKAR et al, 2016; ELAZIZ, 2014; BUCHMANN, 2016).

No Brasil, a prevalência entre a população geriátrica, também tem se mostrado alta, estudo feito na região nordeste, no estado do Ceará, mostrou uma prevalência de 50% pelo NCEP-ATPIII e 53,4% pelo IDF (OLIVEIRA et al, 2016), enquanto que em Alagoas foi encontrado 57,3% pelo NCEP-ATPIII (OLIVEIRA et al, 2010), na região centro-oeste, pesquisa realizada por Franco (2009) e Vieira (2014), nos estados de Goiás e Mato Grosso, encontraram uma prevalência de 58,6% pela OMS e 70,2% pelo NCEP-ATPIII, respectivamente; na região sul, no Rio Grande do Sul, foi estimada uma prevalência de 53,4% pelo NCEP-ATPIII e no sudeste, Rio de Janeiro, utilizou-se quatro critérios diagnósticos, apresentando um percentual de 51,9% pela OMS, 45,3% pelo NCEP-ATPIII, 61,4% pelo IDF e 69,1% pelo JIS (RIGO, 2009; SAAD, 2014).

A síndrome metabólica transformou-se em um dos maiores desafios na área da saúde pública. Estima-se que entre 20% e 25% da população global de adultos, provavelmente, tenham a SM, que aumenta cinco vezes o risco de desenvolver diabetes tipo II, três vezes a de ataque cardíaco e derrame, e duas vezes a probabilidade de morte, (LEITÃO & MARTINS, 2012). Além disso, essa prevalência é ainda maior em homens e mulheres mais velhos (FOGAL, 2014).

O acelerado aumento da ocorrência da SM nos últimos anos, tem sido observado mais frequentemente em populações caracterizadas por ingestão excessiva de nutrientes, inatividade física e em idosos (JACONDINO et al 2016; GRUNDY, 2016).

De acordo com Freitas (2009), a prevalência de síndrome metabólica em indivíduos idosos tem se apresentado elevada e tem variações de acordo com a situação social em que está inserida a população estudada, bem como o critério diagnóstico utilizado, além disso, seu

reconhecimento como fator de risco para doenças cardiovasculares aumentou o interesse em se avaliar não apenas as suas causas, mas sua distribuição nas populações.

2.4 Educação alimentar e nutricional e prática de atividade física no Brasil globalizado: Perspectivas para o enfrentamento da síndrome metabólica em idosos

A globalização trouxe consigo mudanças sociais profundas, acarretando assim, novos desafios a serem enfrentados dentro da sociedade brasileira (MARTINS, 1996). Segundo o geógrafo brasileiro, Milton Santos, para grande maior parte da humanidade a globalização está se impondo como uma fábrica de perversidades, onde:

O desemprego crescente torna-se crônico. A pobreza aumenta e as classes médias perdem a qualidade de vida. A fome e o desabrigo se generalizam em todos os continentes. A educação de qualidade é cada vez mais inacessível [...]. A perversidade sistêmica que está na raiz dessa evolução negativa da humanidade tem relação com a adesão desenfreada aos comportamentos competitivos que atualmente caracterizam as ações hegemônicas. Todas essas mazelas são direta ou indiretamente imputáveis ao presente processo de globalização (2001, p. 19-20).

Essas mudanças, têm impacto direto na saúde da população, onde o modo de vida exaustivo do mundo globalizado, imposto na juventude – de acordo com Martins (1996), o modelo que impulsiona a globalização é a competição, juntamente com tudo aquilo que ela exige como condições de sua realização integral, vale salientar, competição irrestrita e universal –, terá repercussão na velhice, a tal ponto, que o indivíduo poderá vivenciar uma terceira idade com uma significativa carga de doenças crônicas e limitações funcionais e cognitivas, quando deveria usufruir o final da vida de forma ativa, saudável e tranquila (DANTAS et al 2013; LEITE-CAVALCANTI, 2009; MACHADO et al 2011).

Destaca-se nesse âmbito, o fácil, excessivo e indutor acesso – devido à vantagem do ganho de tempo e mídia publicitária – aos alimentos industrializados (ricos em gorduras saturadas, sódio e carboidratos simples), até mesmo nas camadas sociais mais empobrecidas, e, em paralelo, existe uma baixa prática de atividade física, comumente relacionada ao ritmo de vida adotado (BRASIL, 2006).

Diante dessa conjuntura e levando em consideração que a alimentação é uma prática social, derivada de uma integração entre as dimensões biológica, sociocultural, ambiental e econômica; órgãos, entidades, acadêmicos, gestores e profissionais que atuam na área, sejam nas universidades ou nas políticas públicas, têm enfatizando a necessidade da prática de

educação alimentar e nutricional (EAN), intersetorial e contínua, para promoção autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis dentro da sociedade (BRASIL, 2012).

Simultaneamente, foi proposto um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, que prevê, dentre outros objetivos, o incentivo à prática de atividade física na população brasileira, em consequência das altas prevalências de sedentarismo no país (BRASIL, 2011).

Estudos internacionais e nacionais (ALENCAR et al, 2008; YAN CHUNG et al, 2014; MCCLELLAND et al, 2015) conduzidos com a população geriátrica mostraram que a EAN pode ser um meio legítimo para melhorar o estado de saúde do cidadão idoso, onde a EAN baseada na metodologia problematizadora (BRASIL, 2012) poderá gerar idosos mais empoderados frente às escolhas alimentares e, ainda, Alencar (2008) enfatiza que na prática, os programas de universidades abertas e demais unidades de ensino podem surgir como espaços para aquisição de conhecimentos, melhoria da autoestima e ampliação da rede de sociabilidade da pessoa idosa, onde por essa perspectiva, a EAN se insere na gerontologia educacional, que também pode ser realizada de várias maneiras.

Ao passo que, a prática de atividade física, na senescência, contribui para muito além de um estilo de vida saudável, trazendo como fatores positivos: aumento da força muscular dos membros superiores e inferiores, melhora na flexibilidade e diminuição de quedas. Apresentando melhorias conjuntamente nos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos (MATSUDO et al, 2000; TRIBESS & JUNIOR, 2005; FRANCHI et al, 2009).

Evidencia-se assim, em decorrência da dinâmica social ocorrida, a importância do estímulo contínuo as atividades de EAN integrada à atividade física para que o país se torne, efetivamente, um longo vivo com saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência da síndrome metabólica e os fatores associados em idosos de uma comunidade do município de Recife.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de estudo quanto aos fatores sociodemográficos, clínicos, antropométricos, bioquímicos e estilo de vida;
- Avaliar o consumo de alimentos protetores e preditores da SM e sua associação com fatores sociodemográficos, antropométricos e estilo de vida;
- Analisar a associação entre os componentes da SM e as variáveis sociodemográficas, antropométricas e estilo de vida;

4 METÓDOS

4.1 Desenho, Local e Período do Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado por meio de busca ativa da população idosa residente na Comunidade dos Coelhos, no período de junho a dezembro de 2014.

4.2 População do Estudo

O estudo foi realizado com idosos inseridos no contexto do estudo “Saúde, nutrição e serviços assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*” desenvolvido pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

4.3 Cálculo da Amostra

Foram identificados 478 idosos moradores da Comunidade dos Coelhos. Para o cálculo da amostra levou-se em consideração uma prevalência de 45,2% (SAAD, 2014), e um erro de estimado de mais ou menos 6,5% para um nível de confiança de 95%, resultando numa amostra mínima de 155 indivíduos. O processo de seleção da amostra foi de forma sistemática na razão de 1:3 totalizando no estudo 166 idosos.

4.4 Critérios de Elegibilidade

4.4.1 Critérios de Inclusão

Idosos com idade igual ou superior a 60 anos residentes na Comunidade dos Coelhos, município de Recife.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Idosos acamados, portadores de deficiências físicas e de doenças neurológicas e idosos que não possuíam condições cognitivas de responderem as perguntas dos questionários.

4.5 Descrição e Categorização das Variáveis

No presente estudo, foram utilizados os dados de grau de escolaridade, classe social, idade, sexo, consumo alimentar, estado nutricional, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, atividade física (Quadro 1) e perfil bioquímico (Quadro 2).

Quadro 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas, antropométricas e de estilo de vida de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014

Variáveis	Descrição	Categorias
Sexo	Gênero	Masculino/Feminino
Idade	Estágio de vida	60 - 69 anos ≥ 70 anos
Escolaridade	Números de anos completos de estudo. (ABEP, 2010)	Agrupados em: - Analfabeto / Fundamental I incompleto Fundamental I completo - Fundamental II incompleto Fundamental II completo/Médio incompleto - Médio completo / Superior incompleto Superior completo.
Classe social	O Critério de Classificação Econômica Brasil enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias, a divisão de mercado definida é de classes econômicas (ABEP, 2010).	Agrupadas em: B1, B2, C1 e C2 e em D e E.
Estado Nutricional	Índice de Massa Corporal: Peso (kg/altura ²) de acordo com Lipschitz (1994)	- Com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) - Sem excesso de peso (baixo peso e eutrofia)
Circunferência Abdominal	Crítérios do NCEP-ATPIII (2005)	CC de Homens ≥ 102 CC de Mulheres ≥ 88
Tabagismo	Consumo de cigarros	Sim – Fumante ou ex-fumante Não – Nunca fumou
Consumo de bebida alcoólica	Consumo de álcool	Sim – Se consumiu álcool nos últimos 30 dias Não – Se não consumiu álcool nos últimos 30 dias
Atividade Física	Prática de atividade física (IPAQ, 2001).	Ativos: idosos que praticam, pelo menos, 150 minutos por semana (min/sem) de atividade física, no mínimo moderada. Inativos ou insuficientemente ativos: idosos que praticam < 150 minutos por semana de atividade
Hipertensão Arterial	Crítérios do NCEP-ATPIII (2005)	PA ≥ 130/85 mmHg
Consumo Alimentar	Modelo proposto por Fórnes (2002) utilizando escores de frequência de consumo alimentar	Grupo I – Alimentos Protetores Grupo II – Alimentos Preditores

Fonte: National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), 2005 Revisado. Lipschitz da. screening for nutritional status in the elderly.vol. 21 n.1 1994. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2008. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2008 – IBOPE.

Quadro 2 – Métodos utilizados para avaliação de perfil bioquímico de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014

Parâmetro	Método	Faixa de normalidade	Referência
Triglicerídeos	Color-Enzimático – Automação, Advia 1650 (siemens)	< de 150 mg/ dL < 150 mg/Dl	NCEP-ATP III IDF
Colesterol HDL	Color-Enzimático – Automação, Advia 1650 (siemens)	Homem > 40 mg/dL Mulher > 50 mg/dL	NCEP-ATP III / IDF
Glicose de Jejum	Color-Enzimático – Automação, Advia 1650 (siemens)	< 100 mg/dL	NCEP-ATP III /IDF

Fonte: National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III), 2005 Revisado.

4.6 Procedimentos, Técnicas e Exames

No período de 19 a 23 de maio de 2014 foi realizada a capacitação de entrevistadores para a coleta de dados da população, sob a responsabilidade de docentes, pesquisadores e técnicos do IMIP, UFPE e Prefeitura da Cidade do Recife, tendo como objetivo principal descrever e analisar a situação epidemiológica da comunidade dos Coelhos, numa perspectiva de saúde integral, visando posteriores intervenções. Foram capacitados 16 potenciais entrevistadores, com vistas à seleção final de 12 para compor a equipe de trabalho de campo (PERNAMBUCO, 2016).

Foi utilizado um formulário onde foram anotadas informações sobre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor e escolaridade), antropométricas (índice de massa corpórea - IMC e a circunferência da cintura – CC), clínica (pressão arterial), bioquímicas (High Density Lipoprotein HDL- colesterol, triglicerídeos e glicemia de jejum) e estilo de vida (atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica). A supervisão do trabalho em campo foi realizada pelos pesquisadores responsáveis e a coleta dos dados foi feita por uma equipe de técnicos previamente treinados para a aferição das medidas antropométricas e aplicação de questionário específico. A coleta do material biológico foi realizada por técnicos de laboratórios legalmente habilitados para a referida função.

4.6.1 Diagnóstico de Síndrome Metabólica

A síndrome metabólica foi definida de acordo com o critério do NCEP-ATPIII revisado (2005) que determina a presença de três ou mais componentes:

- Obesidade abdominal: CC \geq 102 cm para homens e CC \geq 88 cm para mulheres;
- Hiperglicemia: \geq 110 ml/dL (modificado para \geq 100 mg/dL em 2005 pela AHA / NHLBI);
- Hipertrigliceridemia: \geq 150 ml/dL (ou uso de drogas hipertrigliceridemia);

- Baixos Níveis de HDL-colesterol: < 40 ml/dL para homens e < 50 ml/dL para mulheres (ou tratamento medicamentoso);
- Pressão arterial elevada: $\geq 130/85$ mmHg ou uso de drogas antihipertensivas.

4.6.2 Avaliação Antropométrica

A avaliação antropométrica constou de dupla tomada do peso e altura dos idosos, de acordo com as técnicas estabelecidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003). Quando a diferença entre as avaliações excedia 0,5cm para altura e 100g para o peso, repetia-se a mensuração e anotavam-se as duas medições com valores mais próximos, sendo utilizada sua média para registro (BRASIL, 2011).

Peso

Na tomada de peso, foi utilizada uma balança digital eletrônica, da marca Seca®, modelo 876, com capacidade de 200Kg e precisão de 100g. Os idosos foram pesados descalços, sem objetos nas mãos e nos bolsos e sem adornos na cabeça. Uma vez na plataforma, a pessoa deveria ficar ereta e com os braços estendidos ao longo do corpo e o olhar na linha do horizonte (BRASIL, 2011).

Altura

A medida da altura foi realizada com estadiômetro portátil Alturaexata efetuada em cm, com precisão de 1 mm, com o sujeito posicionado com os pés lado a lado, encostando calcanhares, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro (BRASIL,2011).

Diagnóstico do Estado Nutricional

O diagnóstico da obesidade foi realizado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é a relação entre peso (em quilogramas) e altura (em metros) ao quadrado. O resultado encontrado foi comparado com os pontos de corte recomendados por Lipschitz et al. (1994) que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, a saber: baixo peso IMC < 22 kg/m², eutrofia IMC entre 22 e 27 kg/m² e excesso de peso IMC > 27 kg/m². Na análise foi utilizado os pontos de corte: com excesso (sobrepeso e obesidade) e sem excesso de peso (baixo peso e eutrófico).

Diagnóstico da obesidade abdominal

O diagnóstico da obesidade abdominal foi realizado através da determinação da circunferência da cintura (CC). A circunferência da cintura foi aferida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca com uma fita métrica inextensível. O entrevistado deverá estar em pé, descalço, com a blusa/camisa levantada, os braços flexionados e cruzados a frente do tórax, pés afastados, abdômen relaxado e respirando normalmente. O resultado encontrado foi comparado com os pontos de cortes estabelecidos pelo NCEP-ATP III, bem como pelos parâmetros do IDF. Para garantir a acurácia das mensurações foram aferidas duas medidas da CC. Quando a diferença entre as duas avaliações excedia 0,5cm repetia-se a mensuração e anotavam-se as duas medições com valores mais próximos, sendo utilizada sua média para registro (BRASIL, 2011).

4.6.3 Avaliação bioquímica

Para estimar os parâmetros bioquímicos, foram colhidos 8-10ml de sangue venoso cubital por técnicos do laboratório do LAPAC com os pacientes em jejum de 12 horas. O sangue foi acondicionado em tubos de ensaio secos, contendo anticoagulante (EDTA, 1mg/mL de sangue ou fluoreto de Na⁺, 1,5 mg/mL de sangue), transportados em caixas isotérmicas para evitar alterações *in vitro* do material biológico até o local de processamento – Laboratório de Análises Clínicas – LAPAC para determinação dos níveis de glicose, triglicerídeos e lipoproteína de alta densidade (HDL-c). O processamento das amostras ocorreu no mesmo dia da coleta para centrifugação a 2500 rpm por 15 minutos para obtenção do soro.

As análises dos níveis de triglicerídeos (TG) foram realizadas de acordo com as orientações do fabricante dos kits. O HDL-c foi mensurado pelo método reativo precipitante de VLDL-c e de LDL-c. Os níveis de GJ foram determinados pelo método enzimático colorimétrico nas amostras com plasma fluoretado.

4.6.4 Avaliação dos Níveis Pressóricos

Para aferição da pressão arterial foi utilizado um aparelho automático com monitor MICROLIFE®, com tomadas de duas medidas em cada idoso, com o indivíduo sentado, sendo realizada no mesmo braço. Foram realizadas duas medidas, com intervalo de um minuto entre elas. Foi tomado como valor final, a média dos níveis pressóricos obtidos nas duas aferições, conforme as técnicas preconizadas pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), também foi considerado como hipertenso os idosos que faziam uso de tratamento medicamentoso, mesmo que apresentasse pressão arterial adequada no momento da aferição.

4.6.5 Avaliação de Estilo de Vida

Para análise da atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, 2001), em sua versão curta, que leva em consideração as quatro dimensões da atividade física: no lazer, atividades domésticas, atividades ocupacionais e atividades relacionadas ao deslocamento. Esse instrumento mede a frequência e a duração das atividades físicas moderadas, vigorosas e caminhadas realizadas na última semana por pelo menos dez minutos contínuos, incluindo exercícios, esportes, atividades físicas ocupacionais e de recreação realizadas em casa, no tempo livre, como meio de transporte e no lazer. O ponto de corte utilizado para classificar os indivíduos como insuficientemente ativos ou sedentários foi de < 150 minutos por semana de atividade (MATSUDO et al, 2001).

Em relação as variáveis comportamentais (tabagismo e consumo de bebida alcoólica), para o tabagismo foram consideradas as categorias: fumante (o idoso que relatou o hábito de fumar), ex-fumante (o idoso que relatou o hábito de fumar em algum momento da vida, porém no momento da aplicação do questionário, não o fazia mais) e não fumante (o idoso que relatou nunca ter fumado). Para a variável consumo de bebida alcoólica, avaliou-se o consumo de bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário, sendo considerada a resposta: sim ou não.

4.6.6 Consumo Alimentar

Os dados referentes ao consumo alimentar foram coletados por meio de um questionário sobre hábitos alimentares que possibilitou ao entrevistado informar o número de vezes que consumiu determinado alimento em cinco categorias de frequência: 1 a 2 dias, 3 a 4 dias, 5 a 6 dias, todos os dias, quase nunca/nunca. Foram avaliados 13 alimentos/preparações e foi atribuído um peso (S) a cada categoria de frequência para que cada item fosse tratado como variável quantitativa. O modelo proposto por Fornes et al (2002), foi utilizado, com adaptações, na transformação dessas diferentes categorias para frequência em de consumo semanal. Foi definido como peso (S) máximo o valor igual a 1 para a frequência de todos os dias e para nunca ou quase nunca foi atribuído o valor igual a 0. Os demais pesos foram obtidos de acordo a equação: $S = (1/7) \times [(a+b)/2]$, sendo que *a* e *b* representam o número de dias da frequência que o idoso consumiu determinado alimento.

Após o cálculo do peso da frequência de consumo de cada item, os alimentos analisados foram inseridos em dois grupos: o grupo I considerado protetor para o desenvolvimentos da SM e composto por alimentos/preparações fontes de fibras (feijão, legumes, verduras, salada, suco de fruta e frutas) e o grupo II considerado de risco para o desenvolvimento da SM e composto

pelos alimentos/fontes de carboidratos simples e gorduras saturas (refrigerantes, carne vermelha, doce, frango, leite, trocar almoço por lanches, trocar jantar por lanches). Posteriormente, foi calculado o escore de frequência do grupo pelo somatório do peso de cada item (PINHO, 2012).

4.6.7 Perfil Socioeconômico

Para determinação do nível socioeconômico foram empregados os “Critérios de Classificação Econômica do Brasil”, estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), tendo como função estimar o poder de compra das famílias urbanas. A avaliação leva em consideração o grau de instrução do chefe da família e a presença de determinados bens de consumo como geladeira, televisor, automóvel, entre outros, e estabelece as seguintes classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (ABEP, 2010). Após a classificação, a classe econômica foi recategorizada em subclasses: classe econômica alta (categorias A1, A2 e B1) e classe econômica baixa (categorias B2, C1, C2, D e E) (CRISTOPHARO et al, 2011). No presente estudo foram agrupadas em B1, B2, C1, C2 e em D e E, não foram encontrados idosos na classe A1 e A2.

4.7 Algoritmo de Análise dos Dados

A construção do banco de dados foi realizada no programa Epi-Info versão 6.04b (WHO/CDC, Atlanta, GE, USA) em dupla entrada e verificadas com o módulo VALIDATE para checar a consistência e validação das informações. As análises estatísticas foram realizadas no Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows, versão 13.1 (SPSS Inc. Chicago, II USA).

Foi realizada análise exploratória dos dados (exclusão dos outliers), as variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov Smirnov (para avaliar a simetria da curva da distribuição das variáveis). As variáveis com distribuição normal foram expressas na forma de média e desvio padrão. As variáveis com distribuição não-Gaussiana foram apresentadas sob a forma de medianas e dos respectivos intervalos interquartílicos. Para testar a homogeneidade das variâncias, foi aplicado o teste de *Levene*. Na descrição das proporções, a distribuição binomial foi aproximada à distribuição normal, pelo intervalo de confiança de 95%. Na comparação entre proporções foi utilizado o Teste de qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fischer, quando necessário. A Razão de Prevalência foi utilizada como medida de efeito considerando a SM como variável dependente.

Os escores de frequência de consumo alimentar, em virtude de se tratar de uma mensuração em escala ordinal, foram descritos sob a forma de mediana e Intervalo Interquartilico (IQ). Foi utilizado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

4.8 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (Projeto de Pesquisa nº 3201-12) em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Antes da aplicação do questionário, o entrevistador explicou ao entrevistado os objetivos do estudo. Também foram prestados esclarecimentos sobre a confidencialidade dos dados, os participantes que concordaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início da entrevista (Anexo 5).

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 166 idosos. Ocorreram algumas perdas nas seguintes variáveis do estudo: IMC (19), por não obedecer a reprodutibilidade estabelecida para aferição das medidas antropométricas; Tabagismo (20) e consumo de bebida alcoólica (20) por ausência de respostas, escolaridade (1) e atividade física (42) por inconsistência de informações, HDL-c (16), Glicose (5), TG (5) por material biológico insuficiente.

O perfil da população estudada mostrou que a maioria dos idosos, 69,3%, era do sexo feminino, com uma maior predominância na faixa etária entre 60 e 69 anos (63,9%). Cerca de 61,2% possuíam baixo nível de escolaridade, bem como 54,8% pertenciam às classes sociais mais empobrecidas. E, 54,4% dos idosos apresentaram excesso de peso, a grande maioria referiu nunca ter fumado, 78,6%, nem ter feito uso de bebida alcoólica, 78,8% e 63,2% foram considerados insuficientemente ativos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da população segundo variáveis sociodemográficas, estilo de vida e estado nutricional residentes na comunidade dos Coelho, Recife, 2014

Variáveis	N	%	IC_{95%}
Sexo			
Masculino	51	30,7	24,2-38,1
Feminino	115	69,3	61,8-75,7
Idade			
60-69 anos	106	63,9	56,3-70,7
≥ 70 anos	60	36,1	29,2-43,6
Escolaridade			
Analfabeto/ Fundamental 1 incompleto	101	61,2	53,6-68,3
Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto	40	24,2	18,3-31,2
Fundamental 2/ Médio/Superior	24	14,5	9,9-20,7
Classe social			
B1 e B2/C1 e C2	75	45,2	37,8-52,7
D e E	91	54,8	47,2-62,2
Estado Nutricional			
Sem excesso de peso	67	45,6	
Com excesso de peso	80	54,4	46,4-62,3
Tabagismo			
Fumante/ Ex-fumante	35	24,0	17,7-31,5
Nunca fumou	111	76,0	68,4-82,2
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	31	21,2	15,3-28,5
Não	115	78,8	71,4-84,6
Atividade Física*			
Insuficientemente ativo	72	63,2	54,0-71,4

Suficientemente ativo 42 36,8 28,5-45,9

* Suficientemente ativos: atividade moderada, vigorosa ou caminhada por tempo \geq 150 minutos/semana. Insuficientemente ativos ou sedentários: indivíduos com atividade moderada, vigorosa ou caminhada $<$ 150 minutos/semana.

Observou-se uma frequência de 38,3% (IC95%= 30,7-46,5) para síndrome metabólica entre os idosos da Comunidade dos Coelhos. A frequência da SM foi estaticamente maior entre a faixa etária de 60-69 anos (44,4%), assim como entre o sexo feminino (43,1%), essa associação situou-se no limiar da significância estatística 0,050 e 0,056, respectivamente. Mais da metade (57,3%) dos idosos com excesso de peso apresentaram a SM, não houve diferenças significativas com relação às outras variáveis. (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre Síndrome Metabólica e variáveis sociodemográficas, medidas de estilo de vida e nutricional de idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014

Variáveis	Síndrome Metabólica				p-valor*
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Idade					
60-69 anos	40	44,4	50	55,6	0,050
\geq 70 anos	14	27,5	37	71,2	
Sexo					
Masculino	10	25,6	29	74,4	0,056
Feminino	44	43,1	58	56,9	
Escolaridade					
Analfabeto/Ensino Fundamental 1 incompleto	35	39,3	54	60,7	
Ensino Fundamental 1 completo/ Ensino Fundamental 2 incompleto	12	35,3	22	64,7	0,917
Ensino Fundamental 2/ Ensino médio/ Ensino Superior	7	38,9	11	61,1	
Classe social					
B1 e B2/C1 e C2	23	37,7	38	62,3	1,000
D e E	31	38,8	49	61,3	
Estado nutricional					
Sem excesso	10	15,4	55	84,6	0,000
Com excesso	43	57,3	32	42,7	
Tabagismo					
Fumante/Ex-fumante	10	35,7	18	64,3	0,828
Nunca fumou	41	39,4	63	69,6	
Consumo de bebida alcoólica					
Sim	8	30,8	18	69,2	0,501
Não	43	40,6	63	59,4	
Atividade física					
Insuficientemente ativos	25	37,9	41	62,1	0,837

A lipoproteína de alta densidade (HDL-c) alterada foi o componente mais frequente, em todos os níveis de escolaridade, variando entre 80,6% e 85,7%. Em sequência aparece a HAS com 68,5%, sendo a pressão arterial elevada, mais frequente entre os idosos com menor escolaridade. A obesidade abdominal foi maior entre as mulheres (68,6%). Os componentes de menor frequência foram hipertrigliceridemia e hiperglicemia. (Tabela 4).

O componente HDL-C alterada também foi o componente mais frequente entre os idosos que eram insuficientemente ativos (81,1%) e com excesso de peso (88,7%). E, ainda, entre os idosos com excesso de peso, houve uma maior frequência de HAS (70,8%). Dentre os idosos que apresentaram excesso de peso, 88% estavam com obesidade abdominal. Com relação ao estilo de vida, apresentaram HAS, 41,9% dos idosos considerados etilistas e 34,3% dos que declararam fumar (Tabela 5).

Tabela 4 – Associação entre os componentes da Síndrome Metabólica e variáveis sociodemográficas dos idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014

Variáveis	Componentes da Síndrome Metabólica									
	HAS*		HDL-c** alterada		CC# alterada		TG*** alterado		Glicemia alterada	
	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)
Sexo										
Masculino	22 (53,7)	19 (46,3)	39 (83,0)	8 (17,0)	7 (17,9)	32 (82,1)	4 (9,8)	37 (90,2)	6 (14,6)	35 (85,4)
Feminino	67 (63,8)	38 (36,2)	84 (81,6)	19 (18,4)	70 (68,6)	32 (31,4)	22 (21,0)	83 (79,0)	22 (21,0)	83 (79,0)
p-valor	0,259		0,833		< 0,001		0,150 ^A		0,384	
Idade (anos)										
60-69 anos	54 (56,3)	42 (43,8)	80 (83,3)	16 (16,7)	53 (58,9)	37 (41,1)	16 (16,7)	80 (83,3)	18 (18,8)	78 (81,3)
≥ 70 anos	35 (70,0)	15 (30,0)	43 (79,6)	11 (20,4)	24 (47,1)	27 (52,9)	10 (20,0)	40 (80,0)	10 (20,0)	40 (80,0)
p-valor	0,106		0,571		0,218		0,617		0,856	
Classe social										
B1/ B2/C1/C2	39 (57,4)	29 (42,6)	56 (81,2)	13 (88,8)	31 (50,8)	30 (49,2)	15 (22,1)	53 (77,9)	12 (17,6)	56 (82,4)
D/ E	50 (64,1)	28 (35,9)	67 (82,7)	14 (17,3)	46 (57,5)	34 (42,5)	11 (14,1)	67 (85,9)	16 (20,5)	62 (79,5)
p-valor	0,404		0,805		0,496		0,210		0,661	
Escolaridade										
Analfabeto/ Fundamental 1 incompleto	61 (68,5)	28 (31,5)	75 (80,6)	18 (19,4)	53 (59,6)	36 (40,4)	16 (18,0)	73 (82,0)	18 (20,2)	71 (79,8)
Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto	19 (54,3)	16 (45,7)	29 (82,9)	6 (17,1)	17 (50,0)	17 (50,0)	6 (17,1)	29 (82,0)	5 (14,3)	30 (85,7)
Fundamental 2 completo/Médio incompleto e Superior	9 (40,9)	13 (59,1)	18 (85,7)	3 (14,3)	7 (38,9)	11 (61,1)	4 (18,2)	18 (81,8)	5 (22,7)	17 (77,8)
p-valor	0,038		0,850		0,227		0,676		0,834	

*Hipertensão Arterial Sistêmica, **Lipoproteína de alta densidade; ***Triglicérides, #Circunferência da cintura, ###Qui-quadrado de Pearson, ¥Índice de Massa Corporal

Tabela 5 – Associação entre os componentes da Síndrome Metabólica e variáveis de estilo de vida dos idosos residentes na comunidade dos Coelhos, Recife, 2014

Variáveis	Componentes da Síndrome Metabólica									
	HAS*		HDL-c** alterada		CC# alterada		TG*** alterado		Glicemia alterada	
	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)	SIM N (%)	NÃO N (%)
Atividade Física										
Suficientemente ativo	26 (61,9)	16 (38,1)	53 (80,3)	13 (19,7)	19 (47,5)	21 (52,5)	5 (11,9)	37 (88,1)	6 (14,3)	36 (85,7)
Insuficientemente ativo	40 (55,6)	32 (48,1)	30 (81,1)	17 (18,7)	38 (57,8)	28 (42,4)	17 (23,6)	55 (76,4)	16 (22,2)	56 (77,8)
p-valor##	0,508		0,024		0,324		0,147 ^Δ		0,300	
Estado Nutricional										
Sem excesso de peso	31 (50,0)	31 (50,0)	45 (75,0)	15 (25,0)	10 (15,4)	55 (84,6)	8 (12,9)	54 (87,1)	9 (14,5)	53 (85,5)
Com excesso de peso	51 (70,8)	21 (29,2)	63 (88,7)	8 (11,3)	66 (88,0)	9 (12,0)	16 (22,2)	56 (77,8)	17 (23,6)	55 (76,4)
p-valor##	0,014		0,040		0,000		0,161		0,184	
Consumo de bebida alcoólica										
Sim	13 (41,9)	18 (58,1)	20 (71,4)	8 (28,6)	10 (38,5)	16 (61,5)	5 (16,1)	26 (83,9)	3 (9,7)	28 (90,3)
Não	76 (66,1)	39 (33,9)	89 (84,0)	17 (16,0)	62 (58,5)	44 (41,5)	21 (18,3)	94 (81,7)	25 (21,7)	90 (78,3)
p-valor##	0,014		0,130		0,08		1,00 ^Δ		0,1998 ^Δ	
Tabagismo										
Fumante/Ex-fumante	12 (34,3)	23 (65,7)	25 (80,6)	6 (19,4)	14 (50,0)	14 (50,0)	5 (14,3)	30 (85,7)	4 (11,4)	31 (88,6)
Nunca fumou	77 (69,4)	34 (30,6)	86 (81,6)	19 (18,4)	58 (55,5)	46 (44,2)	21 (18,9)	90 (81,1)	24 (21,6)	87 (78,4)
p-valor##	< 0,001		0,909		0,671		0,620 ^Δ		0,224 ^Δ	

*Hipertensão Arterial Sistêmica, **Lipoproteína de alta densidade; ***Triglicerídeos, #Circunferência da cintura, ##Qui-quadrado de Pearson, ¥Índice de Massa Corporal, ΔExato de Fischer

6 DISCUSSÃO

A elevada frequência de síndrome metabólica observada no do estudo (38,3%), vem demonstrar a suscetibilidade às doenças consideradas crônicas e/ou metabólicas num grupo de reconhecida vulnerabilidade biológica, face às demandas em que envolve o período de envelhecimento. Estudo feito no Piauí também encontrou uma prevalência semelhante, 38,6% (SILVA et al, 2014), enquanto que resultados superiores foram descritos em pesquisas realizadas por Saad et al (2014) no Rio de Janeiro e por Wachholz e Masuda (2009) no estado do Paraná, que encontraram uma prevalência de 45,2%, e 51,6%, respectivamente. Torna-se importante a elaboração de políticas públicas de saúde específicas para o público geriátrico, tendo em vista que a SM já é prevalente em muitos idosos brasileiros.

No presente estudo, utilizando-se o critério diagnóstico do NCEP-ATPIII (2005), verificou-se que a frequência da SM foi maior entre o sexo feminino. Estudo realizado por Rigo (2009), Vieira (2014) e Teixeira de Paula (2015) também encontraram resultados similares, algumas considerações poderiam explicar esse resultado: a composição da amostra ter mais mulheres, seguindo o processo de feminização da velhice (SALGADO, 2002; IBGE, 2010), e, também, pelo fato de que a senescência leva a redistribuição da gordura corporal e a um maior acúmulo da gordura visceral, especialmente nas mulheres idosas (FIGUEIREDO NETO et al, 2010; ZAMOBINI, 1997).

A maior predominância da SM na faixa etária de 60-69 anos é um dado de certa forma esperado uma vez que um dos fatores de risco não modificável para hipertensão é a idade, que por sua vez, é um dos componentes da SM. A partir dos 40 anos as lesões do endotélio se tornam mais aparentes e a hipertensão ocorre, em geral, a partir dos 50 anos (MENDES, 2008). Estudo feito por Falsarella (2014), relata a variação da composição corporal durante o processo de envelhecimento, mostrando que há uma redução da massa magra a partir da quinta década de vida, enquanto o tecido adiposo, aumenta gradativamente em ambos os sexos até a sétima década de vida, após essa década a tendência é que diminua a circunferência da cintura (HUGHES et al., 2004), e conseqüentemente, o risco de desenvolver SM, já que segundo o consenso brasileiro de SM, a síndrome está relacionada com a deposição central de gordura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Dessa forma, estudos têm apresentado uma menor prevalência entre os idosos com idade igual ou superior a 70 anos (MAHABALESHWARKAR et al, 2016; CLOSS et al, 2016; PEREIRA et al, 2016). Entretanto, estudo produzido por Cabrera e Filho (2001) mostra que a

diminuição de obesidade entre a faixa etária de 80 anos ou mais pode sugerir a influência da obesidade e das patologias a ela associadas, como fatores que poderiam estar colaborando para maior mortalidade dos idosos obesos com 80 anos, ainda observou que não houve diferença de prevalência de obesos, entre os idosos de 60 e 69 anos e 70 a 79 anos, mostrando que a frequência de obesidade não se apresenta de forma homogênea nas diferentes faixas etárias.

No que se refere aos componentes da SM, a lipoproteína de alta densidade (HDL-C) alterada foi o componente mais frequente em ambos os sexos, e entre os idosos de todas as camadas sociais, particularmente, entre os considerados insuficientemente ativos (81,1%). A HAS foi o segundo componente mais frequente entre os idosos de menor nível escolar, resultado similar foi descrito no estudo desenvolvido no município de Cruz Alta (RS), que revelou uma prevalência de 81,3% para pressão arterial elevada (ROSA et al, 2016) e por Fogal et al (2014), que em sua revisão da literatura, encontrou a HAS como componente mais prevalente entre os idosos com SM, pode-se inferir que a maior frequência de HAS e HDL-c alterada deve estar associado a baixa prática de atividade física, bem como, a um elevado consumo de alimentos industrializados, isto é, alimentos ricos em sódio, como relatado em pesquisa apresentada por Abreu et al (2013), que destacou um elevado consumo de sódio entre os idosos de Minas Gerais, e também, ao fato de que existe forte correlação entre o envelhecimento normal e aumento da resistência vascular periférica (MIRANDA et al, 2002).

Estudo realizado por Mendes et al (2014) demonstrou que quanto menor o grau de escolaridade, maior a prevalência de pressão arterial elevada, e ainda, que este achado foi unânime em todas as regiões geográficas do Brasil entre os anos de 2006 e 2010, dando ênfase também ao fato de que idosos com menor nível escolar recebem menos informação e, portanto, não percebem a importância da efetiva adesão ao tratamento da HAS (GUS, 2004). Faz-se necessário atividades de educação em saúde de forma prolongada e, que essa, seja acessível, de forma que respeite e considere o saber e a cultura do público-alvo, para assim, obter melhores resultados.

Com relação circunferência da cintura aumentada, houve uma frequência maior entre o sexo feminino, resultado já esperado, tendo em vista que, como mencionado anteriormente, o processo de envelhecimento feminino tem suas particularidades com relação à redistribuição de gordura corporal. Estudo feito por Carr (2003) avaliou que devido a deficiência de estrogênio decorrente da menopausa, há o surgimento de alguns componentes da SM, como aumento da CC, diminuição dos níveis de HDL-c, aumento de triglicérides e resistência insulínica nas mulheres mais velhas.

No que diz respeito a associação da SM com as variáveis de estilo de vida, houve uma frequência maior de HAS, CC aumentada e baixos níveis de HDL-c entre os idosos insuficientemente ativos e com excesso de peso, a alta frequência dos três componentes pode estar relacionada à baixa prática de atividade física que o grupo estudado apresentou. Estudo conduzido por Sanchez et al (2014) mostrou que a prática de atividade física é um preditor de melhoria na qualidade de vida, e tem um aspecto fundamental que é a manutenção da capacidade funcional das pessoas que envelhecem, principal finalidade da Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2005).

Com relação ao estilo de vida, pesquisas mostram a relação entre tabagismo e etilismo com a HAS, justificando a frequência encontrada nesta pesquisa, ademais a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a cessação do tabagismo e moderação no consumo de álcool para melhor controle da pressão arterial (INCA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No que tange ao consumo alimentar, foi analisado que as maiores medianas foram do grupo de alimentos protetores, ou seja, alimentos mais saudáveis, resultado divergente a estudo feito em um ambulatório geriátrico de Porto Alegre revelou que na maioria dos idosos a dieta necessitava de adequações (CLOSS, et al 2016), trabalho elaborado por Malta (2013) também indicou uma prevalência de 32,9% de idosos com uma dieta de má qualidade; 60,3% necessitando de melhorias na dieta e apenas 6,8% com uma dieta de boa qualidade, assim como pesquisa realizada por Closs (2014) que constatou que 74,2% dos idosos avaliados necessitavam de melhoras na alimentação. Entretanto, Assumpção (2014) considerou que um melhor hábito alimentar no indivíduo idoso pode estar associado ao aumento das cargas de doenças crônicas, onde devido a presença das doenças, o indivíduo passa a se alimentar melhor e, adicionalmente, aposentados tendem a realizar suas refeições no próprio domicílio com uma frequência maior, podendo optar por preparações mais saudáveis.

Ainda com relação ao hábito alimentar, verificou-se neste trabalho, que a mediana do consumo de alimentos protetores foi maior entre o grupo de idosos insuficientemente ativos quando comparado com o público suficientemente ativo, pode-se argumentar que devido ao fato desses idosos praticarem atividade física, acabam deduzindo que podem, algumas vezes, substituir os alimentos mais saudáveis pelos que devem ser consumidos com moderação, como os alimentos industrializados. Também, analisou-se que a mediana de alimentos protetores foi maior no grupo feminino, estudo produzidos com idosos de Botucatu, também detectou que uma maior prevalência a adesão de padrões alimentares mais saudáveis no gênero feminino (FERREIRA et al, 2014) isso pode estar correlacionado ao fato das mulheres se cuidarem e

frequentarem mais as redes de saúde que os homens (GOMES et al, 2007; PINHEIRO et al, 2002). Todavia, é importante salientar que neste estudo não foi avaliado o consumo alimentar com detalhe dos ingredientes e preparações afim de melhor classificar os alimentos consumidos.

Assim como estudo feito por Scherer (2010), a maior parte dos idosos apresentavam baixa escolaridade e baixa renda, segundo Feliciano (2004), a organização social do começo do século bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. O baixo nível escolar compromete o acesso de qualidade aos programas de educação em saúde que propiciam a adesão de comportamentos saudáveis (ANDRADE, 2014). Além disso, pode-se observar que nos últimos anos as capitais apresentaram aumento populacional, passando a ter grandes aglomerados urbanos onde os habitantes envelhecem sob condições de vida precárias (FELICIANO et al, 2004; COELHO FILHO & RAMOS, 1999), estudo produzido por Campos et al (2013) relatou que os idosos também migram para as cidades grandes com o objetivo de ter companhia dos filhos e/ou parentes, e acesso a serviços de saúde especializados. Logo, o suporte para idoso é a família, especialmente em residências multigeracionais, onde há uma probabilidade maior que o idoso seja mais pobre e com mais problemas de saúde do que a média dos idosos (RAMOS, 2003).

Nesta pesquisa cerca de metade da população dos idosos estudados apresentaram excesso de peso. Estudos realizados por Mello (2016), Silva (2011) e Soar (2015) encontraram resultados semelhantes, mostrando que a epidemia de obesidade no Brasil atinge, inclusive, a população geriátrica e bolsões de pobreza. Pode-se afirmar que ao se relacionar o pensamento do pedagogo Paulo Freire, em suas obras, *Pedagogia da Autonomia* (1996) e *Educação como Prática de Liberdade* (1999), com a área da alimentação e nutrição, a Educação Alimentar e Nutricional surge e se apresenta como uma prática de liberdade do sistema alimentar capitalista, um sistema que tem prejudicado o estado nutricional e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos indivíduos, independente da faixa etária, renda e nacionalidade, gerando milhões de obesos nos últimos anos (BRASIL, 2012).

E ainda, partindo do fato que a pedagogia freiriana trouxe um modelo de alfabetização crítica não somente para alcançar o público infantil, mas também, o público adulto/idoso, como exemplo existe a Educação de Jovens e Adultos (DI PIERRO et al, 2008), a EAN baseada na metodologia de Freire (1987), pode ser um instrumento efetivo para reverter esse quadro de obesidade na população idosa, onde irá proporcionar ao indivíduo, o senso crítico e reflexivo sobre a alimentação saudável, desenvolvendo uma maior autonomia nas escolhas dos alimentos, de acordo com sua realidade de vida e, uma maior adesão à melhores hábitos alimentares, de

forma que na terceira idade, pode contribuir também, na cognição e socialização desse público, gerando assim, um prolongamento de uma velhice autônoma e independente (CRISCOULO et al, 2012).

Ademais foi visto que apenas 36,8% dos idosos praticavam atividade física, Sousa et al (2013) encontrou um percentual de 25,4% e Ribeiro et al (2016) apresentaram uma prevalência de 29,9% de idosos suficientemente ativos, mostrando que a prática de atividade física entre a população idosa ainda é baixa, podendo ser inferido que uma menor renda familiar está relacionada à dificuldade no acesso a espaços de atividade física, bem como disponibilidade de tempo livre para a prática de atividade física (SOUSA, 2013), pode-se ter relação, também, com o fato de que populações com baixo nível de escolaridade tem relação com altos índices de criminalidade (SANTOS, 2009), o que gera receio de praticar atividades físicas em espaços abertos e que deixam os indivíduos mais expostos à violência.

Assim, devido às mudanças ocorridas nos últimos anos, como inserção da mulher no mercado de trabalho, ritmo de vida acelerado do mundo capitalista e indústrias aplicando grandes quantidades de açúcares simples, sódio e gorduras em produtos alimentícios semiprontos ou prontos para o consumo, pode-se observar um aumento na prevalência de obesos e DCNT também na terceira idade, já que enquanto o indivíduo permanece ativo como trabalhador ele opta por alimentos semiprontos ou prontos devido a praticidade, após a aposentadoria o indivíduo passa a ter mais tempo para escolher alimentos mais saudáveis e poder prepará-los, porém já iniciam a terceira idade com uma carga de DCNT alta, devido à um padrão alimentar inadequado de toda uma vida.

Dessa forma, é necessária a adoção de práticas alimentares e estilo de vida mais saudáveis desde a infância, para isso, a EAN deve ser praticada em todas as faixas etárias, para que os indivíduos possam desenvolver e criar o hábito de analisar os alimentos mais saudáveis e criar meios para poder obtê-los, respeitando suas condições socioeconômicas e rotina de vida, podendo assim, no futuro, conquistar um envelhecimento ativo e saudável.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os fatores que se associaram à SM, merecem destaque o sexo feminino, a faixa etária entre 60-69 anos e o excesso de peso, devido as particularidades fisiológicas durante o processo de envelhecimento do sexo feminino, ao processo de feminização da velhice, bem como a reduzida prática de atividade física, em ambos os sexos, encontrada nessa população.

Embora tenha se observado uma maior mediana de consumo de alimentos protetores, a maioria dos idosos estavam insuficientemente ativos, de forma que para se obter melhores resultados com relação ao estado de saúde, faz-se necessário a integração entre alimentação saudável e prática de atividade física.

Com relação aos componentes da SM, analisou-se que a hipertensão arterial foi maior entre os idosos com excesso de peso, e, a HDL-c alterada foi maior entre os idosos insuficientemente ativos, sendo imprescindível, novamente, o estímulo as atividades físicas.

Os resultados desta pesquisa apontam, ainda, que os idosos residentes em uma área de exclusão social apresentam baixo nível de escolaridade, podendo influenciar diretamente na baixa receptividade às atividades de educação em saúde e, portanto, uma baixa adesão à tratamentos e medidas preventivas, resultando numa alta frequência de obesidade e síndrome metabólica e baixa prática de atividade física.

É importante destacar, ainda, que não existe um critério diagnóstico para SM específico para os idosos, sendo necessários estudos, que considerem as características singulares do processo de envelhecimento, com o objetivo de propor um critério mais fidedigno para essa população.

Ademais, ao se contextualizar os fatores escolaridade, classe social, estado nutricional e estilo de vida, infere-se que o cenário sociológico ao qual pertence o indivíduo em sua juventude, reflete em suas condições de vida na velhice. E, sobretudo, o modo de vida acelerado imposto pelo sistema capitalista contemporâneo à sociedade associado ao poder alienador da grande mídia publicitária – principalmente enquanto o indivíduo permanece ativo e apto no mercado trabalhista, ou seja, enquanto intenso gerador de capital –, apresenta forte influência sob a real autonomia dos indivíduos, sendo necessária a prática de liberdade através da educação, especialmente, na área de alimentação e nutrição, como alerta aos cidadãos sobre o seu direito irrestrito à alimentação adequada e saudável.

Nesse sentido, as atividades de educação alimentar e nutricional integrada à prática de atividade física, apresentam-se como uma perspectiva para o enfrentamento aos componentes

da síndrome metabólica, com ênfase na obesidade – tendo em vista ser esse o fator predisponente para os outros componentes –, onde a EAN baseada na metodologia de Paulo Freire – que não se limita a aspectos científico-biológicos –, deve ser praticada por profissionais habilitados à essa função, em todo o curso de vida do ser humano, para que a sociedade como um todo, possa criar o hábito de analisar e distinguir os alimentos saudáveis e criar meios de obtê-los, considerando seu ritmo de rotina de vida e condições socioeconômicas.

E, para muito além do subsídio para a alimentação saudável, a EAN, na população geriátrica, poderá colaborar de forma efetiva, também, na cognição e socialização, porque assim como foi retratado o Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas, a EAN, não cabe em si mesma, e pode, ainda, ser um dos principais fatores que contribuirá para o prolongamento do almejado envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

ABREU, I.; GUIMARÃES, G. M.; SILVA, R. R.; RIBEIRO, S. M. R.; MARTINO, H. S. D. Baixa renda entre os idosos participantes da terceira idade está associada à qualidade da dieta. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 24, n. 3, p. 358, 2013.

ALBERTI, K. G. et al. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. **Circulation**, v. 120, n. 16, p. 1640-5, 2009.

ALBERTI, K. G. M. M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome. **Circulation**, v. 120, n. 16, p. 1640-1645, 2009.

ALENCAR, M. D. S. S.; JÚNIOR, B.; DE OLIVEIRA, F.; CARVALHO, C. M. R. G. D. Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Revista de Nutrição**, p. 369-381, 2008.

ANDRADE, J. M. O.; RIOS, L. R.; TEIXEIRA, L. S.; VIEIRA, F. S.; MENDES, D. C., VIEIRA, M. A.; SILVEIRA, M. F. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & saúde Coletiva**, p. 3497-3504, 2014.

ASSUMPCÃO, D. D.; DOMENE, S. M. Á.; FISBERG, R. M.; BARROS, M. B. D. A. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2014.

AZAMBUJA, C. R.; FARINHA, J. B.; ROSSI, D. S.; SPOHR, C. F.; SANTOS, D. L. D. O diagnóstico da síndrome metabólica analisado sob diferentes critérios de definição. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 482, 2015.

BALKAU, B.; CHARLES, M.A. Comment on the provisional report from the WHO consultation. **Diabetic medicine**, v. 16, n. 5, p. 442-443, 1999.

BANDEIRA, L; MELO, H. P; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. p. 107- 119, 2010.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003;19 (Suppl 1):S181-91.

BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I. D.; THERRIEN-NÓBREGA, S. M. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012.

BRASIL, Critério Padrão de Classificação Econômica; FILIADAS, B. E. ABEP—associação brasileira de empresas de pesquisa. v. 25, n. 10, p. 2011, 2008.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm> Acesso em 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**: Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS; 2012

BRASIL. **Projeto que regulamenta a profissão de gerontólogo é aprovado em comissão**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/12/09/projeto-que-regulamenta-a-profissao-de-gerontologo-e-aprovado-em-comissao>> Acesso em 15 de dezembro de 2015.

BUCHMANN, N.; NIKOLOV, J.; SPIRA, D.; DEMUTH, I.; STEINHAGEN-THIESSEN, E.; ECKARDT, R.; NORMAN K. Identifying sarcopenia in metabolic syndrome: data from the Berlin Aging Study II. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 71, n. 2, p. 265-272, 2016

CABRERA, M. A.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 229-33, 2002.

CAMARANO, A. A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? v. 60, n. 1, p. 137-167, Rio de Janeiro, **IPEA**, 2004.

CAMPOS, M. B.; BARBIERI, A. F. Considerações teóricas sobre as migrações de idosos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. 69-84, 2013.

CARR, M. C. The emergence of the metabolic syndrome with menopause. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 88, n. 6, p. 2404-2411, 2003.

CARVALHO, J. A. M. D.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CARVALHO, M. H. R. D.; CARVALHO, S. M. R. D.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S. L.M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 347-354, 2014.

CHUNG, L. M. Y.; CHUNG, J. W. Y. Effectiveness of a food education program in improving appetite and nutritional status of elderly adults living at home. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 23, n. 2, p. 315-320, 2014.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; NAKANO, N. G. R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R. A.; DA ROCHA, A. C. A. L. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011.

CLARES, J. W. B.; DE ALMEIDA, P. C.; DE GALIZA, F. T.; QUEIROZ, T. A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2016.

CLOSS, V. E.; FEOLI, A. M. P.; GOMES, I.; SCHWANKE, C. H. A. Healthy eating index of elderly: description and association with energy, macronutrients and micronutrients intake. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 64, n. 1, p. 34, 2014.

CLOSS, V. E.; FEOLI, A. M. P.; SCHWANKE, C. H. A. Síndrome Metabólica em idosos da atenção terciária em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: associação com o Índice de Alimentação Saudável. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, p. 6, 2016.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, 1999.

CRISCUOLO, C.; MONTEIRO, M. I.; JUNIOR, R. T. Contribuições da educação alimentar e nutricional junto a um grupo de idosos. **Brazilian Journal of Food & Nutrition/Alimentos e Nutrição**, v. 23, n. 3, 2012.

CUNHA, A. C. N. P.; CUNHA, N. N. P.; BARBOSA, M. T. Geriatric teaching in Brazilian medical schools in 2013 and considerations regarding adjustment to demographic and epidemiological transition. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 2, p. 179-183, 2016.

DANTAS, C. M. D. H. L.; BELLO, F. A.; BARRETO, K. L.; LIMA, L. S. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 914, 2013.

DEBERT, G. G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias. In: Moraes M, Barros L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p.49-67.

DI PIERRO, M. C.; RIBEIRO, E.; VÓVIO C. **Alfabetização de jovens e adultos no Brasil: lições da prática**. Brasília, DF: UNESCO, 2008.

DIAS, E. F. O envelhecimento Populacional e o Direito à Saúde da Pessoa Idosa. **Revista jurídica direito, sociedade e justiça**, v. 1, n. 1, 2015.

DOMINGUEZ, L. J.; BARBAGALLO, M. The cardiometabolic syndrome and sarcopenic obesity in older persons. **Journal of the Cardiometabolic Syndrome**, v. 2, n. 3, p. 183-189, 2007.

DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; ISER, B. P. M.; MALTA, D. C.; SILVA, G. A.; SCHMIDT, M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. **Saúde Brasil**, p. 117-133, 2010.

ELAZIZ, K. M. A.; GABAL, M. S.; ALDAFRAWY, O. A.; SEIF, H. A. A. A.; ALLAM, M. F. Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk factors among voluntary screened middle-aged and elderly Egyptians. **Journal of Public Health**, p. fdu097, 2014.

FALSARELLA, G. R.; GASPAROTTO, L. P. R.; COIMBRA, I. B.; COIMBRA, A. M. V. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 17, n. 2, p. 57-77, 2014.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.

FERREIRA, P. M.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Diversity of eating patterns in older adults: A new scenario?. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 1, p. 67-79, 2014.

FIGUEIREDO NETO, J. A. D.; FIGUERÊDO, E. D.; BARBOSA, J. B.; BARBOSA, F. D. F.; COSTA, G. R. C.; NINA, V. J. D. S.; NINA, R. V. D. A. H. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 339-45, 2010.

FOGAL, A. S.; RIBEIRO, A. Q.; PRIORI, S. E.; FRANCESCHINI, S. D. C. C. Prevalência de síndrome metabólica em idosos: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 6, n. 1, p. 29-35, 2014.

FORNES, N. S. D.; MARTINS, I. S.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; LATORRE, M. D. R. D. D. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 12-18, 2002.

FRANCHI, K. M. B.; MONTEIRO, L. Z.; DE ALMEIDA, S. B.; PINHEIRO, M. H. N. P.; MEDEIROS, A. I. A.; MONTENEGRO, R. M.; JÚNIOR, R. M. M. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, p. 158-166, 2009.

FRANCO, G. P. P.; SCALA, L. C. N.; ALVES, C. J.; FRANÇA, G. D.; CASSANELLI, T.; JARDIM, P. C. B. V. Síndrome metabólica em hipertensos de Cuiabá-MT: prevalência e fatores associados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 92, n. 6, p. 472-8, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 3, 1987.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, E. D. D.; FERNANDES, A. C.; MENDES, L. L.; PIMENTA, A. M.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Síndrome metabólica: uma revisão dos critérios de diagnóstico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 403-411, 2008.

FREITAS, E.D.; HADDAD, J.P.A.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.5, pp. 1073-1082. ISSN 1678-4464.

GOMES, R.; DO NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GRUNDY, S. M. Metabolic syndrome update. **Trends in cardiovascular medicine**, v. 26, n. 4, p. 364-373, 2016.

GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIELS, S.R.; DONATO, K.A.; ECKEL, R.H.; FRANKLIN, B.A.; GORDON, D.J.; KRAUSS, R.M.; SAVAGE, P.J.; SMITH, S.C.; SPERTUS, J.A.; COSTA, F. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation**. 2005; 112 (17): 2735-52

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, p. 424-8, 2004.

HUANG, K.C.; LEE, M.S.; LEE, S.D.; CHANG, Y.H.; LIN, Y.C.; TU, S.H.; PAN, W.H. Obesity in the elderly and its relationship with cardiovascular risk factors in Taiwan. **Obesity**, v. 13, n. 1, p. 170-178, 2005.

HUGHES, V. A.; ROUBENOFF, R.; WOOD, M.; FRONTERA, W. R.; EVANS, W. J.; SINGH, M. A. F. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 80, n. 2, p. 475-482, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Aglomerados subnormais Primeiros resultados**. Censo Demográfico. Rio de Janeiro; 2010. 259 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do censo demográfico 2010/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo, um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. **Belgium: IDF**; 2005.

JACONDINO, C. B.; CLOSS, V. E.; DA SILVA FILHO, I. G.; SCHWANKE, C. H. A. Adesão à dieta por idosos com síndrome metabólica assistidos na Estratégia Saúde da Família: frequência e associação com depressão. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, p. 2, 2016.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LEITÃO, M. P. C.; MARTINS, I. S. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo–SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 60-69, 2012.

LEITE-CAVALCANTI, C.; DA CONCEIÇÃO RODRIGUES-GONÇALVES, M.; RIOS-ASCIUTTI, L. S.; LEITE-CAVALCANTI, A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55, 1994.

LODOVICI, F. M. M.; SILVEIRA, N. D. R. Interdisciplinaridade: desafios na construção do conhecimento gerontológico. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 16, n. 2, 2011.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. D. C. L.; COTTA, R. M. M.; LEAL, P. F. D. G. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109-21, 2011.

MAHABALESHWARKAR, R.; TAYLOR, Y. J.; SPENCER, M. D.; MOHANAN, S. Prevalence of Metabolic Syndrome in a Large Integrated Health Care System in North Carolina. **North Carolina Medical Journal**, v. 77, n. 3, p. 168-174, 2016.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 377-384, 2013.

MANNA, T. D.; DAMIANI, D.; SETIAN, N. Síndrome metabólica: revisão. **Pediatria (São Paulo)**, v. 28, n. 4, p. 272-7, 2006.

MARTINS, C. E. Da globalização da economia à falência da democracia. **Economia e Sociedade**, v. 5, n. 1, p. 1-23, 1996.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2012.

MCCLELLAND, J. W.; JAYARATNE, K. S. U.; BIRD, C. Use of Song as an Effective Teaching Strategy for Nutrition Education in Older Adults. **Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics**, v. 34, n. 1, p. 22-33, 2015.

MEIGS, J. B. The metabolic syndrome: may be a guidepost or detour to preventing type 2 diabetes and cardiovascular disease.(Editorials). **British Medical Journal**, v. 327, n. 7406, p. 61-63, 2003.

MELLO, A. P. A.; BELO, L. A. D. O.; PONTES, A. E. B.; PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; MARTINS, K. A. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idosos na região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 3, p. 151-157, 2016.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENDES, R.; BARATA, J. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 2, p. 193-8, 2008.

MORAES, E. N. Avanços e perspectivas em gerontologia. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MIRANDA, R. D.; PERROTTI, T. C.; BELLINAZZI, V. R.; NÓBREGA, T. M.; CENDOROGLIO, M. S.; TONIOLO NETO, J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

MOTTA, L. B. D.; AGUIAR, A. C. D. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-72, 2007.

MUJICA, V.; LEIVA E.; ICAZA, G.; DIAZ, N.; ARREDONDO, M., MOORE-CARRASCO, R.; ORREGO R.; VÁSQUEZ, M.; PALOMO, I. Evaluation of metabolic syndrome in adults of Talca city, Chile. **Nutrition Journal**, v. 7, n. 1, p. 14, 2008.

NAGATSUYU, D.T.; MORIGUTI, E. K. U.; PFRIMER, K.; FORMIGHIERI, P. F.; LIMA, N. K. C.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C. O impacto da obesidade abdominal sobre os níveis plasmáticos de lípidos nos idosos. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 42, n. 2, p. 157-163, 2009.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, p. 40-53, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; LEITE, A. B.; DE LIMA, A. R. V.; VASCONCELOS, S. M. L. Prevalência de síndrome metabólica em hipertensos de município da Zona da Mata Alagoana. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 23, n. 5, p. 270-276, 2010.

OLIVEIRA, B. M. G. B.; DAS CHAGAS MEDEIROS, M. M.; CERQUEIRA, J. V. M.; SOUZA QUIXADÁ, R. T.; OLIVEIRA, Í. M. A. X. Síndrome metabólica em pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide acompanhados em um Hospital Universitário do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 2, p. 117-125, 2016.

PELLANDA, L. C. Determinantes precoces das doenças cardiovasculares no curso da vida: uma mudança de paradigma para a prevenção. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 06, p. 608-609, 2011.

PEREIRA, A. M. V. B.; DA SILVA FILHO, I. G.; SCHWANKE, C. H. A. Síndrome metabólica em idosos assistidos na atenção terciária à saúde em Curitiba, Paraná: prevalência e associação com saúde, capacidade funcional, estilo de vida e fatores sociodemográficos. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, p. 8, 2016.

PERNAMBUCO. Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Nutrição. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Pesquisa “Saúde, nutrição e serviços assistenciais na comunidade dos Coelhos - Recife: um estudo baseline”: Relatório Final**. Recife; 2016.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. D. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHO, C. P. S., DINIZ, A. D. S., ARRUDA, I. K. G. D., LIRA, P. I. C. D., CABRAL, P. C., SIQUEIRA, L. A.S., BATISTA FILHO, M. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. **Revista de Nutrição**, p. 341-351, 2012.

PRASAD, D. S.; KABIR, Z.; DASH, A. K.; DAS, B. C. Prevalence and risk factors for metabolic syndrome in Asian Indians: A community study from urban Eastern India. **Journal of Cardiovascular Disease Research**, v. 3, n. 3, p. 204-211, 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

REAVEN, G. M. Role of insulin resistance in human disease. **Diabetes**, v. 37, n. 12, p. 1595-1607, 1988.

REINALDO, E. D. F.; FARIAS, M. R. S.; BIELEFELD, N. G.; GARAVELLO, M. E. E. P. Mudanças de hábitos alimentares em comunidades rurais do semiárido da região nordeste do Brasil. **Interciencia**, Venezuela. v. 40, n. 5, maio, 2015, pp. 330-336.

RIBEIRO, A. Q.; SALGADO, S. M. L.; GOMES, I. S.; FOGAL, A. S.; MARTINHO, K. O.; ALMEIDA, L. F. F.; OLIVEIRA, W. C. Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 483-493, 2016.

RIGO, J. C.; VIEIRA, J. L.; DALACORTE, R. R.; REICHERT, C. L. Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 2, p. 85-91, 2009.

ROSA, C. B.; AGOSTINI, J. A.; BIANCHI, P. D. A.; GARCES, S. B. B.; HANSEN, D.; MOREIRA, P. R.; SCHWANKE, C. H. A. Síndrome metabólica e estado nutricional de idosos cadastrados no HiperDia. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, p. 5, 2016.

SAAD, M. A. N.; CARDOSO, G. P.; MARTINS, W. A.; VELARDE, G. C.; FILHO, R. A. C. Prevalência de síndrome metabólica em idosos e concordância entre quatro critérios diagnósticos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 3, p. 263-9, 2014.

SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS /Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 4, 2002.

SANCHEZ, M. A.; BRASIL, J. M. M.; FERREIRA, I. A. M. Benefícios de um programa de atividade física para a melhoria da qualidade de vida de idosos no estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 3, 2014.

SANTOS M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal/** Milton Santos. – 6ª edição – Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. J. Dinâmica temporal da criminalidade: Mais evidências sobre o “efeito inércia” nas taxas de crimes letais nos estados brasileiros. **Revista Economia**, v. 10, n. 1, p. 169-194, 2009.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 561-5, 2012.

SCHERER, F.; VIEIRA, J. L. D. C. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. **Revista de Nutrição**, 2010.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; COSTA, I. L.; VALENTE, J. G.; GADELHA, Â. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B., SILVA, G. A. M.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR D., MENEZES P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. 2011. **Séries Saúde no Brasil**, v. 4.

SILVA FILHO, J.; FREIRE, J. A. P.; FROTA, K. D. M. G.; JÚNIOR, A. J. D. S. Fatores de risco cardiovascular e prevalência de síndrome metabólica em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Impresso)**, v. 27, n. 4, p. 447-484, 2014.

SILVA, K. M.; SANTOS, S.M.A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.5, n.3, p.20-24, 2014.

SILVA, V. S.; SOUZA, I.; PETROSKI, E. L.; SILVA, D. A. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 289-94, 2011.

SILVEIRA, R. E. D.; SANTOS, Á. D. S.; SOUSA, M. C. D.; MONTEIRO, T. S. A. Expenses related to hospital admissions for the elderly in Brazil: perspectives of a decade. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 4, p. 514-520, 2013.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. D.; HALLAL, P. 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. 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):39-54, jan, 2008.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 385-395, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, n. supl. 1, p. 3-28, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 1-51, 2010.

SOUZA, C. A. D.; CÉSAR, C. L. G.; BARROS, M. B. D. A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Prevalência de atividade física

no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013.

TEIXEIRA DE PAULA, A.; COSTA MOREIRA, J.; DINIZ DA SILVA, O.; SANTOS, C.; SILVA, D.; AMORIM, P. R. S. Metabolic syndrome prevalence in elderly of urban and rural communities participants in the HIPERDIA in the city of Coimbra/MG, Brazil. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 33, n. 2, p. 325-333, 2015.

TRIBESS, S. Prescrição de exercícios físicos para idosos. **Revista Saúde.com**, v. 1, n. 2, 2005.

VALADARES, M. O.; VIANNA, L. G.; MORAES, C. F. A temática do envelhecimento humano nos grupos de pesquisa do Brasil. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 117-128, 2013.

VENTURINI, C. D.; ENGROFF, P.; GOMES, I.; DE CARLI, G. A. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 591-601, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 2, p. 365-76, 2008.

VIEIRA, E. C.; PEIXOTO, M. D. R. G.; SILVEIRA, E. A. D. Prevalence and factors associated with Metabolic Syndrome in elderly users of the Unified Health System. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 805-817, 2014.

WACHHOLZ, P. A.; MASUDA, P. Y. Caracterização e prevalência de síndrome metabólica em idosos segundo dois critérios diagnósticos diferentes. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 14, n. 1, 2009

WILLIAMS, L. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. **Circulation**, v. 106, n. 25, p. 3143-3143, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. In: **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation**. 1999. p. 59-59.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde/** World Health Organization. – Genebra, 2015.

ZAMBONI, M.; ARMELLINI, F.; HARRIS, T.; TURCATO, E.; MICCIOLO, R. Effects of age on body fat distribution and cardiovascular risk factors in women¹³. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, n. 1, p. 11-5, 1997.

ZANON, R. R.; MORETTO, A. C.; RODRIGUES, R. L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estatura produtiva brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S45-S67, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PESQUISA “SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS”

Instituição: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Prezado (a) morador da Comunidade dos Coelhos,

Conforme explicado no folheto que lhe foi entregue pelo Agente de Saúde, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar desta pesquisa, para conhecimento da situação de saúde, de alimentação, de hábitos do dia-a-dia, de exercícios físicos, de moradia e dos serviços de saúde que são oferecidos às pessoas que moram nesta Comunidade. Desta forma, poderemos saber também quais são as doenças mais comuns e as facilidades ou dificuldades de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF) da sua área.

Sendo assim, precisamos fazer algumas perguntas sobre estes assuntos, sobre a sua família e a sua casa. É um dos objetivos desta pesquisa medir e pesar todos os moradores, medir a cintura, o braço e aferir a pressão arterial dos adultos com 20 anos e mais. Em crianças de seis meses até três anos de idade e suas mães serão feitos exames para verificar se estão com anemia, com inflamação ou com falta de vitamina A não sendo necessário jejum. Nos adultos de 20 anos e mais, que forem sorteados, serão feitas as dosagens de glicose, colesterol e triglicérides com jejum de 12 horas. Os exames serão marcados para um dos dias seguintes após a visita.

Os benefícios desta pesquisa são, entre outros, o conhecimento das suas medidas que serão entregues logo após a medição e, sempre que necessário, as pessoas serão encaminhadas para a USF da comunidade. Os exames de sangue serão coletados e analisados por laboratório contratado (LAPAC). Os resultados serão entregues diretamente às enfermeiras responsáveis pelas USF da área e as pessoas que tiverem exames alterados serão encaminhadas com mais rapidez para consulta médica pelas mesmas.

Após a coleta de sangue para os exames, pode aparecer uma mancha roxa (hematoma) no local da penetração da agulha. Mas, não se preocupe; isso pode ser resolvido com aplicação de compressa de água gelada. Será necessário colher 5ml de sangue por pessoa para os exames.

Caso o senhor (a) aceite participar da pesquisa e não queira responder algumas questões ou até se não aceitar participar, não tem problema; o (a) senhor (a) pode recusar ou desistir de continuar participando a qualquer momento. As informações que o (a) senhor (a) der e os exames realizados serão usados apenas para análise na pesquisa e quando forem publicados, a sua identidade não será revelada. Se o (a) senhor (a) concordar em responder as perguntas e fazer os exames, caso seja sorteado, por favor, assine o consentimento abaixo em duas vias, das quais uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra será guardada junto com o questionário que contém as suas informações.

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e declaro que recebi e compreendi as informações acima.

Estou ciente de que:

1. Minha participação na pesquisa é livre;
2. Não receberei nenhum valor financeiro por participar;
3. Minha participação não trará nenhuma despesa para mim;
4. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento ou não querer participar do estudo;

- 5. Não serei identificado e as informações sobre a minha privacidade serão confidenciais;
- 6. Receberei resposta a qualquer pergunta, esclarecimento ou dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros sobre a pesquisa, através do telefone (81) 2122-4781 (Ana Cristina e Anete).

Nome completo do morador: _____

Data _____

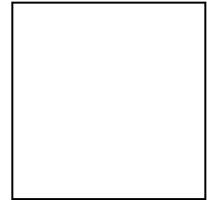
Data de nascimento: ____/____/____

RG nº _____

Órgão exp. _____

Assinatura (ou polegar direito) do morador ou responsável

Assinatura do entrevistador de campo responsável



ANEXO B – Formulário de Identificação do Domicílio

**PESQUISA: SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTÊNCIAIS NA
COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014**

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

1.	Nº do Questionário				
2.	USF	1	COELHOS I	2	COELHOS II
3.	Há quanto tempo (anos) a família vive aqui?				
	1	Menos de 1 ano			
	2	1 a 4 anos			
	3	5 a 9 anos			
	4	10 anos e mais			
Endereço _____					
Ponto de referência _____					
Celular () _____, () _____ Telefone () _____, () _____					
Nome do entrevistado _____					
Apelido _____					
Nome do Responsável pelo Domicílio: _____					
ACS da área: _____					
Data da entrevista ____/____/2014				2	0
				1	4
Entrevistador _____					
Supervisor de campo _____					
FORMULÁRIOS	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES			
FORMULÁRIO 1 MORADORES					
FORMULÁRIO 2 DOMICILIO					
FORMULÁRIO 3 CRIANÇAS					
FORMULÁRIO 4 ADOLESCENTES					
FORMULÁRIO 5 MULHERES					
FORMULÁRIO 6 ADULTOS					
TOTAL					

Formulário 1

REGISTRO DOS MORADORES DA FAMÍLIA

Número de ordem	Nome	Relação com a pessoa de referência	Nº de ordem da mãe da criança <5 anos de idade	Sexo	Raça/cor	Religião	Idade (meses ou anos completos)	Formulários especiais				Grau de instrução (7 anos e mais)	Condição de Trabalho (10 anos e mais)						
								Criança (menor de 3anos)	Adolescente (10 a 19 anos)	Mulher (15 a 49 anos)	Adulto (M e F) (20 anos e mais)								
				Data de Nascimento			(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)						
				Dia	Mês	Ano													
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
CÓDIGOS																			
(3) RELAÇÃO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA DO DOMICÍLIO				(5) SEXO				(7) RELIGIÃO (≥15 anos)				(16) GRAU DE INSTRUÇÃO (ABEP)(≥7 anos)				(17) CONDIÇÃO DE TRABALHO (≥10 anos)			
1 - PESSOA DE REFERÊNCIA (CHEFE) 2 - CÔNJUGE 3 - FILHO 4 - FILHO ADOTIVO 5 - ENTEADO 6 - OUTRO PARENTE (Ex: neto) 7 - AGREGADO 8 - EMPREGADO DOMÉSTICO 9 - PARENTE DE EMPREGADO DOMÉSTICO				1- MASCULINO 2- FEMININO (6) RAÇA/ COR 1- BRANCA 2- PRETA 3- PARDA 4- AMARELA 5- INDIGENA				1 - CATÓLICA 2 - EVANGÉLICA 3 - ESPÍRITA 4 - OUTRA _____ 5 - NÃO TEM RELIGIÃO 8 - NSA (< de 15 anos)				00 - ANALFABETO/FUNDAMENTAL 1 INCOMPLETO (ANALFABETO/PRIMÁRIO COMPLETO) 01 - FUNDAMENTAL 1 COMPLETO/FUNDAMENTAL 2 INCOMPLETO (PRIMÁRIO COMPLETO/GINASIAL INCOMPLETO) 02 - FUNDAMENTAL 2 COMPLETO/MÉDIO INCOMPLETO (GINASIAL COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO) 04 - MÉDIO COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO (COLEGIAL COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO) 08 - SUPERIOR COMPLETO (SUPERIOR COMPLETO) 88 - CRIANÇA <7 ANOS				00 - NÃO TRABALHA 01 - DESEMPREGADO 02 - APOSENTADO (RECEBE 13° SALÁRIO) 03 - PENSIONISTA 04 - BENEFÍCIO 05 - AUTÔNOMO (URBANO OU RURAL) 06 - EMPREGADO 07 - TRABALHO ESPORÁDICO 08 - BISCATEIRO/AMBULANTE 09 - ESTUDANTE (TRABALHANDO) 10 - ESTUDANTE (NÃO ESTÁ TRABALHANDO) 11 - TRABALHO VOLUNTÁRIO 88 - MENOR DE 10 ANOS			

ANEXO C – Formulário de Identificação do Domicílio e Aspectos de Renda Familiar

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

NOME: _____ Nº DE ORDEM: _____

QST				
-----	--	--	--	--

FORMULÁRIO 2

REGISTRO DO DOMICÍLIO E ASPECTOS DA RENDA FAMILIAR

1	Tipo de moradia: (Observação do entrevistador) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Casa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Quarto/Cômodo</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Apartamento</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Outro:</td> </tr> </table>	1	Casa	3	Quarto/Cômodo	2	Apartamento	4	Outro:	TIPO	<input type="checkbox"/>																
1	Casa	3	Quarto/Cômodo																								
2	Apartamento	4	Outro:																								
2	A sua casa é própria ou alugada? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Própria, já paga</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">5</td> <td style="border: none;">Invadida</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Própria, em aquisição</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Alugada</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Cedida</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="border: none;">Outro</td> </tr> </table>	1	Própria, já paga	5	Invadida	2	Própria, em aquisição	4	Alugada	3	Cedida	6	Outro	REGIME	<input type="checkbox"/>												
1	Própria, já paga	5	Invadida																								
2	Própria, em aquisição	4	Alugada																								
3	Cedida	6	Outro																								
3	Quantos cômodos tem sua casa?	TOTAL: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	CMDTOTAL	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																							
4	Quantos cômodos são usados para dormir?	TOTAL: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	CMDORME	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>																							
5	Qual o material usado para fazer as paredes da sua casa? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Alvenaria/Tijolo</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Tijolo + Taipa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Papelão/Lona/Madeira</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Alvenaria/Tijolo	4	Outro: _____	2	Tijolo + Taipa			3	Papelão/Lona/Madeira			PAREDE	<input type="checkbox"/>												
1	Alvenaria/Tijolo	4	Outro: _____																								
2	Tijolo + Taipa																										
3	Papelão/Lona/Madeira																										
6	Qual o material usado para fazer o piso da sua casa? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Cerâmica/ Lajota</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Madeira</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border: none;">Outro:</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Cimento</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Cerâmica/ Lajota	4	Terra (barro)	2	Madeira	5	Outro:	3	Cimento			PISO	<input type="checkbox"/>												
1	Cerâmica/ Lajota	4	Terra (barro)																								
2	Madeira	5	Outro:																								
3	Cimento																										
7	Como é o telhado da sua casa? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Laje de concreto</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Telha de amianto (Brasilit)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Telha de barro</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Laje de concreto	3	Telha de amianto (Brasilit)	2	Telha de barro	4	Outro: _____	TETO	<input type="checkbox"/>																
1	Laje de concreto	3	Telha de amianto (Brasilit)																								
2	Telha de barro	4	Outro: _____																								
8	Como é feito o abastecimento de água da sua casa? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Com canalização interna</td> <td colspan="2" style="border: none;">Sem canalização interna</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Rede geral</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">5</td> <td style="border: none;">Rede geral</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Poço</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="border: none;">Poço</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Cisterna</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">7</td> <td style="border: none;">Chafariz</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Outro: _____</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">8</td> <td style="border: none;">Cisterna</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">9</td> <td style="border: none;">Outro: _____</td> </tr> </table>	Com canalização interna		Sem canalização interna		1	Rede geral	5	Rede geral	2	Poço	6	Poço	3	Cisterna	7	Chafariz	4	Outro: _____	8	Cisterna			9	Outro: _____	ÁGUA	<input type="checkbox"/>
Com canalização interna		Sem canalização interna																									
1	Rede geral	5	Rede geral																								
2	Poço	6	Poço																								
3	Cisterna	7	Chafariz																								
4	Outro: _____	8	Cisterna																								
		9	Outro: _____																								
9	O(a) Sr (a) faz algum tipo de tratamento da água de beber ? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="border: none;">Fervida</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="border: none;">Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border: none;">Filtrada</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border: none;">Mineral</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">3</td> <td style="border: none;">Coada</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">6</td> <td style="border: none;">Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Fervida	4	Sem tratamento	2	Filtrada	5	Mineral	3	Coada	6	Outro: _____	TRATA	<input type="checkbox"/>												
1	Fervida	4	Sem tratamento																								
2	Filtrada	5	Mineral																								
3	Coada	6	Outro: _____																								

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

QST				
-----	--	--	--	--

Qual a quantidade que a sua casa dispõe dos seguintes itens?		Quantidade de itens						
		0	1	2	3	4 ou+		
10	Rádio/som	0	1	2	3	4	RADIO	<input type="checkbox"/>
11	Televisão – cores	0	1	2	3	4	TVCOR	<input type="checkbox"/>
12	Banheiro	0	4	5	6	7	BANHO	<input type="checkbox"/>
13	Automóvel/carro	0	4	7	9	9	CARRO	<input type="checkbox"/>
14	Empregada mensalista	0	3	4	4	4	EMPREG	<input type="checkbox"/>
15	Máquina de lavar	0	2	2	2	2	MAQLAV	<input type="checkbox"/>
16	Vídeo/ DVD	0	2	2	2	2	VIDEODVD	<input type="checkbox"/>
17	Geladeira	0	4	4	4	4	GELAD	<input type="checkbox"/>
18	Freezer(parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	FREEZER	<input type="checkbox"/>
OBS: A codificação refere-se à pontuação da ABEP.								
19	Se tem banheiro, quem usa:							
	<input type="checkbox"/> 1 A família	<input type="checkbox"/> 2 Coletivo	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem banheiro)				USABANHE	<input type="checkbox"/>
20	Qual o destino dos dejetos(fezes) da família?							
	<input type="checkbox"/> 1 Rede geral	<input type="checkbox"/> 4 Curso d'água					DESTDEJ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Fossa com tampa	<input type="checkbox"/> 5 Céu aberto						
	<input type="checkbox"/> 3 Fossa rudimentar (sem tampa)	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____						
21	Qual o destino do lixo produzido na casa?							
	<input type="checkbox"/> 1 Coletado	<input type="checkbox"/> 4 Depositado em caçamba para coleta					DESTLIX	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Queimado	<input type="checkbox"/> 5 Outro: _____						
	<input type="checkbox"/> 3 Terreno baldio							
22	A família tem acesso à internet? (Pode assinalar mais de uma resposta e 0 (zero) nas demais)							
	<input type="checkbox"/> 1 Sim, em computador fixo em casa					FIXO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2 Sim, em computador móvel (tablet, netbook, notebook)					MOVEL	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 3 Sim, no celular					CELULAR	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 4 Não					NAO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 5 Outro _____					OUT	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra					NAOSABE	<input type="checkbox"/>	
23	A família está inscrita no Programa Bolsa Família (PBF)?							
	<input type="checkbox"/> 1 Sim, comprovado	<input type="checkbox"/> 2 Sim, informado	<input type="checkbox"/> 3 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA			INSCPBF	<input type="checkbox"/>
24	Se sim, recebeu o benefício no último mês?							
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não está inscrita)				PBF	<input type="checkbox"/>

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

QST				
-----	--	--	--	--

25	<p>O que fez do dinheiro recebido do PBF no último mês?</p> <p>(Considerar até 3 respostas, assinalando os códigos correspondentes às mesmas. Se responder apenas uma opção, colocar 0 (zero) nas demais)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Outro _____</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>Não sabe</td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dívidas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Outro _____</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	6	Outro _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe	<table style="border: none;"> <tr><td>DIMES 1</td><td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>DIMES 2</td><td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td>DIMES 3</td><td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td></tr> </table>	DIMES 1		DIMES 2		DIMES 3	
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Comprou alimentos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Pagou aluguel</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Pagou dívidas</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Comprou remédios</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>Comprou roupas</td></tr> </table>	1	Comprou alimentos	2	Pagou aluguel	3	Pagou dívidas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Outro _____</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>Ainda não recebeu</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>NSA (Não está inscrita/não recebeu)</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>Não sabe</td></tr> </table>	6	Outro _____	7	Ainda não recebeu	8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)	9	Não sabe									
1	Comprou alimentos																											
2	Pagou aluguel																											
3	Pagou dívidas																											
4	Comprou remédios																											
5	Comprou roupas																											
6	Outro _____																											
7	Ainda não recebeu																											
8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)																											
9	Não sabe																											
DIMES 1																												
DIMES 2																												
DIMES 3																												

ANEXO D – Formulário Individual

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

QST				
-----	--	--	--	--

Nome: _____ Nº de ordem: _____

FORMULÁRIO 6
ADULTO (20 ANOS E MAIS)

SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

1. Qual a sua ocupação atual? _____

OCUP 2. O Sr(a) tem alguma atividade de trabalho em que fica em contato ou respira poluentes como fumaças, fumos ou **poeira não domiciliar**? (inclui fumaça de cigarros e até do próprio cigarro, se for o caso)
 1 Sim 2 Não
CONTPOLU 3. Com que tipo de poluentes (fumaças, fumos ou poeira não domiciliar) Sr(a) tem contato no trabalho?
ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS.1. Fumaça de cigarro 1 Sim 2 Não 8 NSA (Não trabalha)FUMCIG 2. Fumaças metálicas (ex: trabalho de soldagem, queima de solda) 1 Sim 2 Não 8 NSA (Não trabalha)FUMET 3. Poeira (**não considerar poeira domiciliar**) 1 Sim 2 Não 8 NSA (Não trabalha)FUMOUT 4. Outras fumaças _____ 1 Sim 2 Não 8 NSA (Não trabalha)POEIRA

EXPOSIÇÃO SOLAR

5. Quando o Sr(a) está exposto ao sol, por mais de 30 minutos, com que frequência usa protetor solar?

 1 Sempre 3 Algumas vezes 5 Nunca
 2 Quase sempre 4 Raramente 8 NSA (não se expõe ao sol)
PROTETOR

6. Quando o Sr(a) está exposto ao sol, por mais de 30 minutos, com que frequência usa chapéu com abas, boné ou viseira?

 1 Sempre 3 Algumas vezes 5 Nunca
 2 Quase sempre 4 Raramente 8 NSA (não se expõe ao sol)
CHAPEU

QST				
-----	--	--	--	--

ATENÇÃO:

Ipaq curto: Não entrevistar pessoas sem mobilidade na última semana.
Se for o caso, assinalar 8 nas questões de 7 a 14 e pular para a questão 15.

ATIVIDADE FÍSICA (Ipaq curto)	
<p>ESTAS PERGUNTAS ESTÃO RELACIONADAS AO TEMPO QUE O SR(A) GASTA FAZENDO ATIVIDADE FÍSICA NA ÚLTIMA SEMANA. AS PERGUNTAS INCLUEM AS ATIVIDADES QUE FAZ NO TRABALHO, PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO, POR LAZER, POR ESPORTE, POR EXERCÍCIO OU COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES EM CASA OU NO JARDIM.</p> <p>PARA RESPONDER AS QUESTÕES LEMBRE QUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal (ficar ofegante) Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal <p>PARA RESPONDER AS PERGUNTAS A SEGUIR, PENSE SOMENTE NAS ATIVIDADES QUE O SR(A) REALIZA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS DE CADA VEZ.</p>	
<p>7. Em quantos dias da última semana o Sr(a) CAMINHOU <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa, no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p> <p><input type="text"/> Dia(s) por SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>CAMINHA <input type="text"/></p>
<p>8. Nos dias em que o Sr(a) CAMINHOU <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINCAM <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>9. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades MODERADAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)</p> <p><input type="text"/> Dia(s) na SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>ATIVMOD <input type="text"/></p>
<p>10. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades MODERADAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINCAM <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>11. Em quantos dias da última semana, o Sr(a) realizou atividades VIGOROSAS <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?</p> <p><input type="text"/> Dia(s) na SEMANA <input type="text"/> Nenhum</p>	<p>DIASVIGOR <input type="text"/></p>
<p>12. Nos dias em que o Sr(a) fez essas atividades vigorosas <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total o Sr(a) gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> Horas <input type="text"/><input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORAVIGOR <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MINVIGOR <input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES 13 e 14 SÃO SOBRE O TEMPO QUE O SR(A) PERMANECE SENTADO TODO DIA, NO TRABALHO, NA ESCOLA OU FACULDADE, EM CASA E DURANTE SEU TEMPO LIVRE. ISTO INCLUI O TEMPO SENTADO ESTUDANDO, SENTADO ENQUANTO DESCANSA, FAZENDO LIÇÃO DE CASA VISITANDO UM AMIGO, LENDO, SENTADO OU DEITADO ASSISTINDO TV. NÃO INCLUA O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO.</p>	

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

			QST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
13. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de semana</u> ?										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	SENTASEH <input type="text"/>				
14. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de final de semana</u> ?										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	SENTASM <input type="text"/>				
15. Tem Academia da Cidade próxima a sua casa?										
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	ACADEMIA <input type="text"/>				
16. Acha importante ter?										
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	IMPORTA <input type="text"/>				
17. Com que frequência o Sr(a) e/ou alguma pessoa da sua casa frequenta a Academia da Cidade ?										
<input type="text"/>	1	Uma vez na semana	<input type="text"/>	3	Três vezes na semana	<input type="text"/>	8	NSA (não frequenta/não tem academia)	FREQACAD <input type="text"/>	
<input type="text"/>	2	Duas vezes na semana	<input type="text"/>	4	Outro _____	<input type="text"/>	9	Não sabe/não lembra		

SAÚDE BUCAL

18. Quando foi a última vez que o Sr (a) foi ao (à) dentista?							
<input type="text"/>	1	Menos de 6 meses	<input type="text"/>	4	Mais de 2 anos	DENTIULT <input type="text"/>	
<input type="text"/>	2	6 meses a < 1 ano	<input type="text"/>	8	Nunca foi ao dentista/usa prótese		
<input type="text"/>	3	1 a 2 anos	<input type="text"/>	9	Não sabe/não lembra		
19. Sr (a) escova os dentes antes de dormir?							
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	ESCOVDOR <input type="text"/>	

TABAGISMO

20. O Sr (a) fuma cigarro?											
<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>	2	Não	<input type="text"/>	3	Ex-fumante	FUMACIG <input type="text"/>		
21. Se sim, quantos anos o Sr(a) tinha quando começou a fumar cigarros?											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	8	8	NSA (Nunca fumou cigarros)	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/Não lembra	IDFUMO <input type="text"/>
ENTREVISTADOR: NA PRÓXIMA PERGUNTA PREENCHER COM A QUANTIDADE REFERIDA PELO (A) ENTREVISTADO (A); SE A RESPOSTA FOR "CARTEIRA", CONVERTER PARA QUANTIDADE DE CIGARROS: 1 CARTEIRA = 20 CIGARROS											
22. Em média, quantos cigarros o Sr(a) fuma por dia?											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cigarros por dia	<input type="text"/>	8	8	NSA (Não fuma)	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/Não lembra	CIGARDIA <input type="text"/>

ÁLCOOL

23. Durante os últimos 30 dias , em quantos dias aproximadamente (por semana ou por mês) o Sr(a) consumiu bebida alcoólica?								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias por semana	<input type="text"/>	8	8	NSA(não consumiu bebida)	BDIASEM <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias por mês	<input type="text"/>	9	9	Não sabe/não lembra	BDIAMES <input type="text"/>	

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

ESCLARECER AO ENTREVISTADO, NA PRÓXIMA PERGUNTA, CONSIDERAR COMO DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA: ½ GARRAFA OU 1 LATA DE CERVEJA, 1 TAÇA DE VINHO, 1 DRINQUE OU COQUETEL OU 1 DOSE DE CACHAÇA, WÍSQUE OU OUTRAS BEBIDAS DESTILADAS. SENDO ASSIM:							QST					
24. Nos dias em que o Sr(a) bebeu, quantas doses, em média o Sr(a) ingeriu por dia?							DOSEDIA					
<input type="text"/>	Doses por dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NSA (não consumiu bebida)	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
25. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes nos últimos 30 dias, o Sr(a) consumiu cinco ou mais copos ou doses em uma única ocasião?							VEZ30					
<input type="text"/>	Vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nenhuma	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	Não sabe / não lembra				<input type="text"/>	<input type="text"/>						
26. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes o Sr(a) dirigiu um carro, moto ou bicicleta, depois de ter consumido bebida alcoólica?							DIRIGBEBE					
<input type="text"/>	Vezes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nenhuma	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	Não sabe / não lembra											
SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA												
27. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS.							ESTSAU					
<input type="text"/>	Muito bom	<input type="text"/>	Bom	<input type="text"/>	Regular	<input type="text"/>	Ruim	<input type="text"/>	Não sabe			
28. Algum médico já disse que o Sr(a) tem ou teve alguma das seguintes doenças? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS (pode assinalar mais de uma resposta)												
1. Doença da coluna	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		COLUNA	<input type="text"/>	
2. Artrose dos joelhos/Artrite/Reumatismo/Gota	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		ARTROSE	<input type="text"/>	
3. Tendinite/LER (Lesão por esforço repetitivo)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		TENDINIT	<input type="text"/>	
4. Infarto / Angina (ataque do coração)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		INFARTO	<input type="text"/>	
5. Insuficiência cardíaca (coração grande)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		INSUFCAR	<input type="text"/>	
6. AVC / Trombose cerebral (derrame)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		DERRAME	<input type="text"/>	
7. Hipertensão Arterial (pressão alta)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		PALTA	<input type="text"/>	
8. Diabetes	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		DIABETES	<input type="text"/>	
9. Colesterol alterado	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		COLEST	<input type="text"/>	
10. Triglicérideo alto	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		TRIGLIC	<input type="text"/>	
11. Ansiedade / Depressão	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		DEPRES	<input type="text"/>	
12. Enfisema do pulmão	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		ENFISEMA	<input type="text"/>	
13. Asma/Bronquite crônica / DPOC	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		BRONQUIT	<input type="text"/>	
14. Obesidade / Sobrepeso	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		OBESID	<input type="text"/>	
15. Doença renal crônica	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		RENAL	<input type="text"/>	
16. Cirrose do fígado	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		CIRROSE	<input type="text"/>	
17. Hepatite	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		HEPATITE	<input type="text"/>	
18. Tuberculose	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		TUBERC	<input type="text"/>	
19. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		PROSTATA	<input type="text"/>	
20. Hanseníase	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		HANSEN	<input type="text"/>	
21. AIDS	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		AIDS	<input type="text"/>	
22. Outra _____	<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não	<input type="text"/>	NSA	<input type="text"/>	Não		OUTRA	<input type="text"/>	

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

29. O Sr(a) tem constipação intestinal (prisão de ventre, dificuldade ou dor para evacuar)?							QST								
1	Sim	2	Não				CONSTIPAC <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>								
PRESSÃO ARTERIAL / GLICOSE / COLESTEROL / TRIGLICERÍDEOS / MASSA CORPORAL															
30. Na Unidade de Saúde em que o Sr(a) é acompanhado ou consultado, alguma vez já: Podem assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Fez exame de colesterol?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	EXAMCOL						
2. Fez exame de triglicerídeos?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	EXAMTRIG						
3. Fez exame de glicose (açúcar no sangue)?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	EXAMGLI						
4. Mediu sua pressão?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	MEDIPA						
5. Mediu seu peso?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	MEDIPESO						
6. Mediu sua altura?	1	Sim	2	Não	8	NSA*	9	Não sabe/não lembra	MEDIALT						
* NSA = Não é acompanhado em serviços de saúde															
31. Em quantas consultas/visitas ao médico o Sr(a) foi informado(a) que estava com: Podem assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Pressão alta?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra	CONSPA		
2. Colesterol alterado?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra	CONSCOL		
3. Triglicerídeo alto?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra	CONSTRIG		
4. Glicose alta no sangue?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra	CONSGLI		
5. Excesso de peso /obesidade?	0	nenhuma	1	1	2	2	3	↑2	8	NSA*	9	Não sabe/lembra	CONSPESO		
* NSA = Não consultou médico / não foi informado(a)															
32. Se sim, o médico recomendou ou receitou dieta, uso de remédios ou atividade física para: Podem assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)		HAS			
2. Colesterol alterado	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)		COLALT			
3. Triglicerídeo alto	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)		TRIGLIC			
4. Diabetes	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)		DIABET			
5. Excesso de peso /obesidade	1	Dieta	2	Medicação	3	Ativ. física	4	Nada	8	NSA (não precisou)		EXCPESO			
33. O Sr(a) está seguindo as recomendações e receitas dadas acima para: Podem assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.															
1. Hipertensão	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)						SEGUIOPA			
2. Colesterol alto	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)						SEGUIOCOL			
3. Triglicerídeo alto	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)						SEGUIOTRI			
4. Diabetes	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)						SEGUIODIA			
5. Excesso de peso /obesidade	1	Sim	2	Não	8	NSA (não precisou)						SEGUIOOBE			
34. Se usa medicação para o seu tratamento, está disponível no SUS (USF, Farmácia Popular ou da Família) ?															
1	Sempre	4	Nunca									MEDDISP			
2	Às vezes	8	NSA (não usa medicação)												
3	Raramente	9	Não sabe/ não lembra												
35. O Sr(a) está inscrito (a) para acompanhamento da pressão alta e/ou diabetes no programa HIPERDIA?															
1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem diabetes/hipertensão)							HIPERDIA			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

CÂNCER

36. Algum médico já disse que o Sr(a) tem ou teve câncer?

 1 Sim 2 Não
37. Se o Sr(a) tem/teve câncer, qual é/foi a localização da doença?
Pode assinalar mais de uma opção e anotar 0 (zero) nas demais.

<input type="checkbox"/> 1 Mama	<input type="checkbox"/> 4 Próstata	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra
<input type="checkbox"/> 2 Útero	<input type="checkbox"/> 5 Outro _____	
<input type="checkbox"/> 3 Ovário	<input type="checkbox"/> 8 NSA(Não tem/não teve câncer)	

38. Se tem ou teve câncer, a USF providenciou o atendimento em um serviço especializado?

 1 Sim 2 Não 8 NSA (Não tem/não teve câncer)

39. Algum parente seu tem ou teve câncer?

 1 Sim 2 Não 9 Não sabe/não lembra

40. Se sim, qual é o parentesco com o Sr(a)?

Pai	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAPAI
Mãe	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAMAE
Avô materno	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAAVMA1
Avó materna	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAAVMA2
Avô paterno	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAAVPA1
Avó paterna	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAAVPA2
Tio (a)	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CATIOS
Irmão/irmã	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAIRMAOS
Outros	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não teve nenhum parente com câncer)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	CAOUTROS

Outros (especificar):

FUNCIONALIDADE

41. O (a) Sr(a) tem alguma limitação ou dificuldade para fazer as atividades da vida diária (do dia-a-dia)?

 1 Sim 2 Não

42. Se sim, quais as suas principais limitações ou dificuldades entre estas? (pode marcar mais de uma resposta)

1. Mal estar geral	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MALESTAR
2. Dificuldade de respirar/condição pulmonar	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	DIFRESP
3. Dificuldade p/ andar, mover memb inferiores	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	DIFANDAR
4. Dificuldade p/ movimentar memb superiores	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	DIFMOVIM
5. Problemas de coluna	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	AUDIÇÃO
6. Problemas de audição	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	AUDIÇÃO
7. Problemas de visão	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	VISÃO
8. Outras limitações:	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem limitações)	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	OUTLIMIT

43. Quantas vezes este(s) problema(s) limita(m) suas atividades?

 1 Sempre 2 Quase sempre 3 Às vezes 4 Raramente 8 NSA(não tem limitações)

QST				
CANCER	<input type="checkbox"/>			
LOCALCA	<input type="checkbox"/>			
DIAGUSF	<input type="checkbox"/>			
CAPARENT	<input type="checkbox"/>			
CAPAI	<input type="checkbox"/>			
CAMAE	<input type="checkbox"/>			
CAAVMA1	<input type="checkbox"/>			
CAAVMA2	<input type="checkbox"/>			
CAAVPA1	<input type="checkbox"/>			
CAAVPA2	<input type="checkbox"/>			
CATIOS	<input type="checkbox"/>			
CAIRMAOS	<input type="checkbox"/>			
CAOUTROS	<input type="checkbox"/>			

LIMITA	<input type="checkbox"/>
LIMITACAO	<input type="checkbox"/>

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

SAÚDE MENTAL

44. O Sr(a) se considera uma pessoa feliz?		QST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	Sim, por quê? _____	SIMFELIZ	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 2	Não, por quê? _____	NAOFELIZ	<input type="checkbox"/>			
45. Você recebe/recebeu tratamento psicológico ou medicamentos (remédio controlado) para doenças nervosas?		TRATPSIC	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 1	Sim					
<input type="checkbox"/> 2	Não					

SE FOR MULHER COM MENOS DE 50 ANOS AGRADECER E ENCERRAR. ASSINALAR 8/88 NAS QUESTÕES ABAIXO
SE FOR HOMEM COM 50 ANOS E MAIS, PASSE PARA A QUESTÃO 69 E ASSINALAR 8/88 NAS QUESTÕES 45 A 68

MULHERES COM 50 ANOS E MAIS

46. Com que idade a Srª menstruou pela 1ª vez?		IDMENST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8	NSA (mulher de < 50 anos e homens)	<input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9	Não sabe/não lembra
47. A Srª já esteve grávida?		GRAVIDEZ	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos e homens)
48. Com que idade a Srª engravidou pela primeira vez?		IDGRAVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/> 8 <input type="text"/> 8	NSA (mulher de < 50 anos e homens)	<input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9	Não sabe/não lembra
49. A Srª fez laqueadura (ligou as trompas)?		LAQUEAD	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos e homens)

CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO (MULHER ≥ 50 ANOS)

LEIA PARA A ENTREVISTADA EXAME PREVENTIVO É A COLETA DE MATERIAL NA VAGINA PARA DESCOBRIR CEDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.					
50. A Sra. alguma vez fez exame preventivo do câncer?		PREVENT	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (mulher < 50 anos)
		<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra		
51. Se sim, quando foi a última vez que a Sra. fez o exame preventivo?		QUANDFEZ	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1	Menos de um ano	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Não fez exame)		
<input type="checkbox"/> 2	De um a dois anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe		
<input type="checkbox"/> 3	Mais de dois anos				
ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.					
52. Se não fez, qual o principal motivo de não ter feito o exame preventivo para câncer de colo de útero?		PQNPREV	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1	Não acha necessário	<input type="checkbox"/> 4	Outro _____		
<input type="checkbox"/> 2	Nunca foi orientada para fazer o exame	<input type="checkbox"/> 8	NSA (fez o exame)		
<input type="checkbox"/> 3	Teve dificuldade para fazer o exame				

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

		QST				
53. Se fez exame, foi pelo SUS?						
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (não fez exame)	PREVSUS <input type="checkbox"/>
54. Quando a Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo?						
<input type="checkbox"/> 1	Com menos de 1 mês					RECEBPREV <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Entre 1 mês e menos de 3 meses					
<input type="checkbox"/> 3	Após 3 meses					
<input type="checkbox"/> 4	Nunca recebeu (não foi encontrado o resultado)					
<input type="checkbox"/> 5	Nunca foi buscar					
<input type="checkbox"/> 8	NSA (não fez exame/coleta recente)					
<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra					
55. Após receber o resultado do exame, a Sra. foi encaminhada para fazer algum tipo de tratamento em serviço especializado?						
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)	RESULTTO <input type="checkbox"/>
56. Se foi encaminhada, a Sra. fez o tratamento?						
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)	FEZTTO <input type="checkbox"/>
57. Se não, qual o principal motivo da Sra. não ter feito tratamento em serviço especializado?						
<input type="checkbox"/> 1	Não conseguiu marcar consulta					FREQAUTO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Não achou necessário					
<input type="checkbox"/> 3	O tempo de espera para a consulta era muito grande					
<input type="checkbox"/> 4	Outro _____					
<input type="checkbox"/> 8	NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)					
<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra					
AUTOEXAME DE MAMAS (MULHERES COM 50 ANOS E MAIS)						
LEIA PARA A ENTREVISTADA: AUTO-EXAME DE MAMA É UM EXAME EM QUE A MULHER APALPA A SUA PRÓPRIA MAMA, PROCURANDO NÓDULOS OU CAROÇOS.						
58. A Sra. faz o autoexame de mama?						
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não			FAZAUTEX <input type="checkbox"/>

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

						QST				
59. Como a Sra. aprendeu a fazer este exame? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.										
1. Com médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde.	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	MEDEXAME			
2. Na televisão, em revistas, jornais	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	TVEXAME			
3. Amiga, parente	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	AMIEXAME			
4. Outros _____	1	Sim	2	Não	8	NSA (não aprendeu)	OUTRO			
60. Quantas vezes a Sra. faz o autoexame de mama? ENTREVISTADOR: LEIA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO.										
1	Uma vez por mês	8	NSA (Não faz o exame)							
2	Outra _____	9	Não sabe							
LEIA PARA A ENTREVISTADA: EXAME CLÍNICO DE MAMA É QUANDO UM MÉDICO (A) OU ENFERMEIRO (A) EXAMINA AS MAMAS DAS MULHERES PARA PROCURAR CAROÇOS OU NÓDULOS.										
61. Quando um médico ou enfermeiro (a) fez o exame clínico das suas mamas pela última vez?										
1	Até 1 ano	8	NSA (Não foi examinada)							
2	Entre 1 e 2 anos	9	Não sabe/não lembra							
3	Mais de 2 anos									
LEIA PARA A ENTREVISTADA: A MAMOGRAFIA É UMA RADIOGRAFIA DAS MAMAS PARA PROCURAR CAROÇOS OU NÓDULOS.										
62. A Sra. fez mamografia alguma vez?										
1	Sim	2	Não							
63. Se não , qual o principal motivo da Sra. não ter feito o exame de mamografia?										
1	Não acha necessário	4	Nunca foi solicitado							
2	Nunca foi orientada para fazer exame	5	Outro _____							
3	Teve dificuldade para fazer o exame	8	NSA (fez o exame)							
64. Se sim, quando foi a última vez que a Sra. fez uma mamografia?										
1	Até 1 ano	8	NSA (Não fez exame)							
2	Entre 1e 2 anos	9	Não sabe/não lembra							
3	Mais de 2 anos									
65. Na última vez em que a Sra. fez mamografia, foi pelo SUS?										
1	Sim	2	Não	8	NSA (Não fez mamografia)					
							MAMOGRAF			
							MOTIVO			
							ULTIMAMA			
							MAMOGSUS			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

<p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: MENOPAUSA É A PARADA DA MENSTRUÇÃO POR PELO MENOS 12 MESES SEGUIDOS.</p> <p>66. A Sra. já entrou na menopausa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/ não lembra</p> <p>67. Se sim, com que idade a Sra. entrou na menopausa?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não está na menopausa) <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não se lembra</p> <p>68. se já entrou na menopausa foi natural ou após cirurgia para retirada do útero ou dos dois ovários?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Natural <input type="checkbox"/> 2 Após a cirurgia <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não está na menopausa)</p> <p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: OS SINTOMAS DA MENOPAUSA SÃO: ONDAS DE CALOR SEGUIDAS POR ONDAS DE FRIO, SUADEIRA, PALPITAÇÕES, NERVOSISMO, ARDENCIA OU SECURA NA VAGINA.</p> <p>69. A Sra. usou ou usa algum medicamento para os sintomas da menopausa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não está na menopausa) <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/ não lembra</p> <p>CASO MULHER DE 50 ANOS E MAIS AGRADECER E ENCERRAR A ENTREVISTA E ASSINALAR 8 NAS QUESTÕES ABAIXO.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>QST</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MENOPAUSA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IDMENO</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CAUSAMEN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>USAMEDI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	QST					MENOPAUSA	<input type="checkbox"/>				IDMENO	<input type="text"/>	<input type="text"/>			CAUSAMEN	<input type="checkbox"/>				USAMEDI	<input type="checkbox"/>													
QST																																				
MENOPAUSA	<input type="checkbox"/>																																			
IDMENO	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
CAUSAMEN	<input type="checkbox"/>																																			
USAMEDI	<input type="checkbox"/>																																			
HOMENS COM 50 ANOS E MAIS (NESTE BLOCO ASSINALAR NSA PARA AS MULHERES)																																				
<p>LEIA PARA O ENTREVISTADO: OS EXAMES PARA DESCOBRIR CANCER DE PRÓSTATA CEDO SÃO: PSA (SANGUE), TOQUE PROSTÁTICO (PELO RETO) E ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA (PELA BARRIGA).</p> <p>70. O Sr faz anualmente algum exame preventivo para câncer de próstata?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não faz o (s) exame (s))</p> <p>71. Se sim, qual (is)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 PSA (sangue) <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não faz os exames) <input type="checkbox"/> 2 Toque prostático <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra <input type="checkbox"/> 3 Ultrassonografia próstata <input type="checkbox"/> 4 PSA + Toque prostático <input type="checkbox"/> 5 Ultrassonografia próstata + toque prostático <input type="checkbox"/> 6 PSA + Toque prostático + ultrassonografia próstata</p> <p>72. Se não faz, por quê? (pode assinalar mais de uma resposta) e nas demais opções assinalar zero.</p> <p>1. Considera desnecessário <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Faz exame) 2. Dificuldade para realizar pelo SUS <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Faz exame) 3. O(s) exame(s) é(são) caro(s) <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Faz exame) 4. Não foi solicitado <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Faz exame) 5. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Faz exame)</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>EXCLIPROST</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXPROSTAT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DESNECES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SPNOEXAM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXAMECAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NESPECIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUTPROST</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	EXCLIPROST	<input type="checkbox"/>				EXPROSTAT	<input type="checkbox"/>				DESNECES	<input type="checkbox"/>				SPNOEXAM	<input type="checkbox"/>				EXAMECAR	<input type="checkbox"/>				NESPECIA	<input type="checkbox"/>				OUTPROST	<input type="checkbox"/>			
EXCLIPROST	<input type="checkbox"/>																																			
EXPROSTAT	<input type="checkbox"/>																																			
DESNECES	<input type="checkbox"/>																																			
SPNOEXAM	<input type="checkbox"/>																																			
EXAMECAR	<input type="checkbox"/>																																			
NESPECIA	<input type="checkbox"/>																																			
OUTPROST	<input type="checkbox"/>																																			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

CONSUMO ALIMENTAR		QST				
73	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer feijão ?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	FEIJAO		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
74	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não considerar batata, mandioca ou inhame)?					
1	1 a 2 dias por semana	5	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	VERDLEGU		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	4	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
75	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	SALADA		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
76	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha sem contar batata, mandioca ou inhame?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	LEGDIAS		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
77	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	CARNE		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
78	Quando o Sr(a) come carne vermelha, o Sr(a) costuma:					
1	Tirar sempre o excesso de gordura			CARNEGOR		<input type="checkbox"/>
2	Comer com a gordura					
3	Não come carne vermelha com muita gordura					
79	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango/galinha?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	FRANGO		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

<p><input type="checkbox"/> 80 Quando o Sr(a) come frango/galinha , o Sr(a) costuma:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tirar sempre a pele antes do cozimento</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Comer com a pele</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Não come pedaços de frango com pele</p>	<table border="1"> <tr> <td>QST</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FRANPELE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	QST					FRANPELE				<input type="checkbox"/>
QST											
FRANPELE				<input type="checkbox"/>							
<p><input type="checkbox"/> 81 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>SUCOFRUT <input type="checkbox"/></p>										
<p><input type="checkbox"/> 82 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>COMEFRUT <input type="checkbox"/></p>										
<p><input type="checkbox"/> 83 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>TOMAREFRI <input type="checkbox"/></p>										
<p><input type="checkbox"/> 84 Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6 6 ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</p>	<p>COPOSDIA <input type="checkbox"/></p>										
<p><input type="checkbox"/> 85 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite ? (não vale soja)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 1 a 2 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 3 a 4 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 5 a 6 dias por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>TOMALEIT <input type="checkbox"/></p>										
<p><input type="checkbox"/> 86 Quando o Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar ?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Integral</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Desnatado ou semidesnatado</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Os dois tipos</p> <p><input type="checkbox"/> 8 NSA (não toma leite)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</p>	<p>TIPOLEIT <input type="checkbox"/></p>										

PESQUISA DE SAÚDE, NUTRIÇÃO E SERVIÇOS ASSISTENCIAIS NA COMUNIDADE DOS COELHOS, RECIFE 2014

		QST				
87	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer alimentos doces , tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces ?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	COMEDOCE		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
88	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduiches, salgados, pizza ou outros lanches?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	TROCALMOÇ		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
89	Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do jantar por sanduiches, salgados, pizza ou outros lanches?					
1	1 a 2 dias por semana	4	Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	TROCAJANT		<input type="checkbox"/>
2	3 a 4 dias por semana	5	Quase nunca			
3	5 a 6 dias por semana	6	Nunca			
90	Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é?					
1	Muito alto	4	Baixo	CONSAL		<input type="checkbox"/>
2	Alto	5	Muito baixo			
3	Adequado	9	Não sabe			
91	Quantos copos de água costuma tomar por dia ?					
1	1 a 4 copos	3	8 copos e mais	AGUA		<input type="checkbox"/>
2	5 a 7 copos	9	Não sabe			

ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética

Instituto de Medicina Integral
 Prof. Fernando Figueira
 Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
 Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3201 - 12 intitulado "**Saúde, nutrição e serviços assistências numa população favelada do Recife; um estudo de "Baseline"**". Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Malaquias Batista Filho** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 10 de outubro de 2012

Recife, 11 de outubro de 2012


Dr. José Eulálio Cabral Filho
 Coordenador do Comitê de Ética
 em Pesquisa em Seres Humanos do
 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
 UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
 UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
 INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
 CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
 Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
 PABX: (81) 2122.4100
 Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
 e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br