



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LETÍCIA DINEGRI

EXCESSO DE PESO EM MULHERES DE UMA

COMUNIDADE DE BAIXA RENDA

RECIFE/PE

2017

LETICIA DINEGRI

**EXCESSO DE PESO EM MULHERES DE UMA
COMUNIDADE DE BAIXA RENDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Nutrição, área de concentração em Saúde Pública.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marília de Carvalho Lima
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Poliana Coelho Cabral

RECIFE/PE

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

D583e Dinegri, Leticia.
Excesso de peso em mulheres de uma comunidade de baixa renda /
Leticia Dinegri. – 2017.
83 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Marília de Carvalho Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Recife, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Áreas de pobreza. 2. Índice de massa corporal. 3. Menarca. 4.
Número de gestações. I. Lima, Marília de Carvalho (Orientadora). II.
Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-142)

LETICIA DINEGRI

EXCESSO DE PESO EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA

Dissertação aprovada em 16/02/2017

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Departamento de Nutrição / UFPE

Profª Drª Leopoldina Augusta Souza Sequeira de Andrade
Departamento de Nutrição / UFPE

Profª Drª Raquel Canuto
Departamento de Nutrição / UFRGS

RECIFE

2017

*Dedico este trabalho a meu núcleo familiar,
Antonio e Henrique, incentivadores dos meus sonhos e aspirações.*

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Ubirajara e Elisabeth, pela oportunidade da vida e por sempre primarem por minha educação.

A Profª Drª. Marília Lima, pela orientação deste trabalho. Agradeço pela simplicidade na transmissão do conhecimento, pelas importantíssimas contribuições, pelo precioso tempo dedicado no transcorrer da dissertação e pela paciência que sempre teve comigo.

A minha co-orientadora, Profª Drª. Poliana Cabral, pelo tempo que dedicou a mim e pelas preciosas contribuições para a dissertação.

Ao Prof. Dr. Pedro Israel pela oportunidade de conhecê-lo e refletir sobre “a vida como ela é”, pela disponibilidade de tempo e por todas as contribuições para a dissertação e para a vida.

Aos profissionais do Departamento de Nutrição e Saúde Pública da UFPE, em especial a Rosete Bibiana e a Sandra Maia pela amizade, paciência e apoio durante a jornada de trabalho.

Aos meus amigos Evane, Helânia e Débora, que souberam como ninguém ouvir anseios e angústias durante a nossa formação.

Aos meus colegas da turma de mestrado por terem compartilhado da minha formação acadêmica.

A Pós-Graduação, pela qualidade do programa oferecido e aos professores que de alguma forma contribuíram para minha formação.

Por fim, agradeço aos membros da banca deste trabalho, por disponibilizarem seu valioso tempo para contribuir com o resultado final da dissertação.

*“Sem a curiosidade que me move,
que me inquieta,
que me insere na busca,
não aprendo nem ensino”.*

Paulo Freire

RESUMO

O excesso de peso deixou de ser um problema de saúde predominante entre as classes socioeconômicas mais favorecidas tornando-se universal. As mulheres em idade fértil são um grupo vulnerável aos determinantes sociais, demográficos e reprodutivos que promovem o excesso de peso. No entanto, são escassas as informações sobre a saúde e nutrição das mulheres em idade reprodutiva que vivem em comunidades de baixa renda (favelas). O presente estudo teve por objetivo investigar a prevalência de excesso de peso e seus fatores associados nas mulheres em idade reprodutiva residentes em uma comunidade de baixa renda. A amostra consistiu de 663 mulheres, na faixa etária de 15 a 49 anos, domiciliadas na comunidade dos Coelhos no município de Recife – PE. O excesso de peso para mulheres dos 15 aos 19 anos foi definido pela relação Índice de Massa Corporal/idade (IMC/I) utilizando-se o programa Anthro Plus da OMS onde valores iguais ou superiores a +1 escore Z foram classificados como excesso de peso. Para as mulheres com idade ≥ 20 anos o excesso de peso foi definido com $IMC \geq 25$ Kg/m². A análise da regressão de Poisson foi utilizada para verificar o efeito ajustado das variáveis explanatórias no excesso de peso. A prevalência do excesso de peso foi observada em dois terços das mulheres (66,3%). Os resultados da análise multivariada mostraram risco significativamente maior para excesso de peso nas mulheres com o avançar da idade, que apresentaram menarca precoce (<12 anos), que tiveram 3 ou mais gestações, que coabitavam com o companheiro e se autodenominaram com cor preta ou cor branca. Fatores biológicos e socioeconômicos influenciaram na ocorrência do excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva, porém para melhor explicar a complexidade da relação entre os fatores envolvidos neste processo são necessários novos estudos longitudinais que abranjam fases mais precoces da vida nos ambientes de pobreza.

Palavras-Chave: Áreas de pobreza. Índice de Massa Corporal. Menarca. Número de gestações.

ABSTRACT

Overweight is no longer a predominant health problem among the most favored socioeconomic classes making it universal. Women of childbearing age are a vulnerable group to the social, demographic and reproductive determinants which promote overweight. However, there is scarce information on the health and nutrition of women of reproductive age living in slum areas. The present study aimed to investigate the prevalence of overweight and its associated factors in women of reproductive age living in a low income community. The sample consisted of 663 women, aged 15 to 49 years, living in the Coelhos's neighborhood at Recife city – State of Pernambuco. The definition of overweight for women aged 15-19 was Body Mass Index (BMI) for age using the Anthro Plus program of WHO, where values equal to or greater than +1 Z score was classified as overweight. For women aged ≥ 20 years, overweight was defined as BMI ≥ 25 kg/m². Poisson regression analysis was used to verify the adjusted effect of the explanatory variables on overweight. The prevalence of overweight was observed in two thirds of women (66.3%). The results of the multivariate analysis showed a significantly higher risk for overweight among the older women, those who had early menarche (<12 years), had 3 or more pregnancies, cohabited with the partner and called themselves black or white. Biological and socioeconomic factors influenced the occurrence of overweight in women of reproductive age, but to better explain the complexity of the relationship between the factors involved in this process further longitudinal studies are required to cover earlier stages of life in poor environments.

Keywords: Poverty areas. Body Mass Index. Menarche. Gravidity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pág.
Figura 1. Modelo conceitual simplificado das variáveis determinantes do excesso de peso	38

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas de mulheres dos 15 aos 49 anos.	40
Tabela 2. Excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo condições sociodemográficas.	41
Tabela 3. Excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo condições reprodutivas e comportamentais.	42
Tabela 4. Razão de Prevalência (RP) para o excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo variáveis sociodemográficas e reprodutivas.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CCEB – Critério de Classificação Econômica do Brasil

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

FACEPE – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco

FC – Frequência de consumo

IC – Intervalo de confiança

IMC – Índice de Massa Corporal

IMC/I – Índice de Massa Corporal para a idade

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

IOM – Instituto de Medicina dos Estados Unidos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PESN – Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição

RP – Razão de Prevalência

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCM – Transtornos Mentais Comuns

PTRC – Programa de Transferência de Renda Condicionada

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

ZIMC/I – Escore do Índice de Massa Corporal para idade

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
1.1	Hipótese	17
1.2	Objetivos	17
1.2.1	Objetivo geral	17
1.2.2	Objetivos específicos	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	Conceito e método diagnóstico do excesso de peso	18
2.2	Panorama epidemiológico	19
2.3	Fatores determinantes do excesso de peso	20
2.3.1	<i>Fatores genéticos e biológicos</i>	20
2.3.2	<i>Fatores sociodemográficos</i>	22
2.3.3	<i>Fatores comportamentais</i>	24
2.3.3.1	<i>Consumo alimentar</i>	24
2.3.3.2	<i>Atividade física</i>	26
2.3.3.3	<i>Transtornos mentais comuns</i>	27
2.3.4	<i>Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo</i>	28
2.3.4.1	<i>Menarca</i>	28
2.3.4.2	<i>Paridade</i>	29
2.3.4.3	<i>Idade da primeira gestação e uso de contraceptivo oral</i>	30
2.4	Considerações gerais	30
3	MÉTODO	31
3.1	Desenho e local do estudo	31
3.2	Casuística	31
3.3	Critérios de elegibilidade	32
3.3.1	<i>Inclusão</i>	32
3.3.2	<i>Exclusão</i>	32
3.4	Variáveis do estudo	32
3.4.1	<i>Variável desfecho</i>	32
3.4.2	<i>Variáveis explanatórias</i>	32
3.5	Coleta de dados	33
3.6	Avaliação antropométrica	33
3.7	Classe econômica	34

3.8	Consumo alimentar	34
3.9	Atividade física	35
3.10	Transtornos mentais comuns (<i>Self-Reporting Questionnaire</i>)	36
3.11	Processamento e análise dos dados	37
3.12	Considerações éticas	38
4	RESULTADOS	39
5	DISCUSSÃO	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE	63
	ANEXOS	66

1 APRESENTAÇÃO

O excesso de peso é um problema de saúde que afeta uma grande parcela da população adulta em todo o mundo (WHO, 2016), e um percentual significativo das mulheres em idade reprodutiva (COSTA et al., 2014; WHO, 2016). Segundo dados de pesquisas nacionais realizadas entre 1974 e 2014, o excesso de peso entre as mulheres cresceu de forma ascendente, praticamente duplicou ao decorrer das últimas quatro décadas e tem acometido quase dois terços da população feminina brasileira (IBGE, 1977; BRASIL, 2015).

No panorama nacional o problema do excesso de peso tem atingido indivíduos em todas as camadas da sociedade revelando, portanto, a epidemia como universal. Entre os múltiplos fatores que desencadeiam o processo podemos citar como relevantes os ambientais, biológicos, sociais e individuais. Em geral, os estudos com enfoque sobre os fatores sociais têm sido bastante citados e discorrem acerca da 'ocidentalização dos hábitos' de vida nas populações relacionando o incremento na ingestão de alimentos e a redução do gasto energético (GIGANTE et al., 1997; PEÑA; BACALLAO, 2000; GIGANTE et al., 2011; BEZERRA; SICHIERI, 2011; WANDERLEY; FERREIRA, 2010; WHO, 2016).

A complexidade nos processos desencadeantes do excesso de peso nos faz refletir acerca de outros possíveis fatores determinantes como os relacionados ao ciclo reprodutivo feminino, tais como: a idade da menarca, a idade da primeira gestação e a paridade, e tem sido destacados como fatores preditores do sobrepeso e da obesidade (KAC; VELASQUEZ-MELENDEZ; VALENTE, 2003; TEICHMANN et al., 2006; GIGANTE et al., 1997; NAST et al., 2013; CARRA FORTE et al., 2015).

No âmbito socioeconômico e demográfico, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de analisar o crescimento do excesso de peso no contexto da pobreza, sobretudo em mulheres domiciliadas em comunidades de baixa renda, as quais têm sido mais vulneráveis aos determinantes sociais da variação do peso (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005, 2006, 2011). Frente ao panorama de iniquidades sociais tem sido levantadas hipóteses acerca do processo de ganho de peso nos indivíduos, que teoricamente, não teriam condições suficientes para manter um consumo alimentar saudável (FERREIRA et al., 2010). Uma das hipóteses que engloba todos os contextos nos quais a mulher está inserida seria a que relaciona as

condições socioeconômicas aos fatores reprodutivos como sendo preditores do excesso de peso em mulheres.

Em 2012 o Professor Malaquias Batista Filho foi contemplado com financiamento pela FACEPE para conduzir a pesquisa intitulada "Saúde, Nutrição e Serviços Assistenciais numa população favelada do Recife: um estudo *baseline*" na comunidade dos Coelhos na cidade do Recife. Como nutricionista, tive interesse em utilizar dados dessa pesquisa para desenvolver o projeto da minha dissertação no Mestrado em Nutrição, na área de concentração em Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, com o intuito de estudar a temática do excesso de peso. Esta investigação está inserida na linha de pesquisa Avaliação clínica e análise epidemiológica dos problemas de nutrição e seus determinantes.

As perguntas condutoras que nortearam este estudo foram: a) Qual a prevalência de excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva domiciliadas em comunidade urbana do Recife?; b) Que fatores estão associados à ocorrência de excesso de peso nessas mulheres? Para responder a essas perguntas desenvolvemos uma abordagem que analisou os fatores que influenciam adversamente o estado nutricional de mulheres em idade fértil em uma comunidade de baixa renda da Região Metropolitana do Recife.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro refere-se à revisão de literatura sobre o panorama epidemiológico e os fatores associados ao excesso de peso. O segundo é o capítulo de métodos que descreve a metodologia aplicada na pesquisa de forma a responder aos objetivos da mesma. O terceiro capítulo trata da apresentação dos resultados e o quarto da discussão. No último capítulo constam as considerações finais, com breves comentários quanto aos principais achados da pesquisa. A formatação das referências seguiu o padrão da ABNT.

1.1 Hipótese

Mulheres em idade reprodutiva pertencentes a extratos socioeconômicos mais desfavoráveis em uma comunidade de baixa renda estão mais predispostas a desenvolver excesso de peso.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

- Investigar a prevalência de excesso de peso e os fatores associados em mulheres em idade reprodutiva domiciliadas na comunidade urbana dos Coelhos no município do Recife.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a população de estudo quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos, reprodutivos e comportamentais.
- Determinar a prevalência de excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva.
- Verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, demográficos, reprodutivos e comportamentais com excesso de peso em mulheres.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A prevalência de excesso de peso, sobrepeso e obesidade, tem aumentado em países desenvolvidos e em desenvolvimento (SICHERI; SOUZA, 2007; KELLY et al., 2008; WHO, 2016). Este transtorno multifatorial afeta indivíduos de todas as idades, classes sociais, e tem aumentado significativamente nas áreas urbanas do Brasil (GIGANTE et al., 2011), porém destaca-se o grupo populacional de mulheres em idade reprodutiva devido a elevada vulnerabilidade e prevalência deste grupo ao sobrepeso/obesidade (FERREIRA et al., 2010; FERREIRA; MAGALHÃES, 2011; COSTA et al., 2014; CARRA FORTE et al., 2015).

Nesta revisão abordaremos aspectos relevantes do excesso de peso, como: o conceito e a etiologia, o método diagnóstico, o panorama epidemiológico, os fatores determinantes (sociodemográficos, comportamentais e história reprodutiva) objetivando maior entendimento deste transtorno multifatorial.

2.1 Conceito e método diagnóstico do excesso de peso

O excesso de peso é em geral diagnosticado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) através do ponto de corte igual ou superior a 25 Kg/m², reunindo em sua definição o sobrepeso e a obesidade (VELOSO; SILVA, 2010; BRASIL, 2015).

Os transtornos decorrentes do excesso de peso são definidos pela WHO (2000, 2016) *como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que podem prejudicar a saúde do indivíduo.*

Esses transtornos nutricionais são de origem multifatorial, sendo causados por fatores biológicos, ambientais e sociais (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; BEZERRA; SICHERI, 2011; MALTA et al., 2016). Dentre as causas mais estudadas do desenvolvimento do excesso de peso estão o desequilíbrio entre consumo de energia e o gasto energético (PEREIRA; ANDRADE; SICHERI, 2006; SÁ; MOURA, 2011; BEZERRA; SICHERI, 2011; WANDERLEY; FERREIRA, 2010; WHO, 2016).

O excesso de peso pode ser diagnosticado pelo indicador antropométrico índice de massa corporal (IMC) traduzido pela razão entre o peso corporal pela altura ao quadrado. Este indicador apresenta uma boa correlação com a gordura corporal e

com as alterações metabólicas associadas à obesidade (OLIVEIRA et al., 2009), e tem sido muito utilizado em estudos epidemiológicos para avaliar gordura total (WHO, 1998) e rastrear a obesidade em adultos (HAREGU et al., 2016). É um método simples, prático, rápido e de fácil aplicabilidade e mensuração (FERREIRA; SICHIERI, 2007).

2.2 Panorama epidemiológico

A redução da desnutrição e o avanço da prevalência do excesso de peso para quase metade da população são características marcantes da transição nutricional (MALAQUIAS; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MALAQUIAS et al., 2008; MALAQUIAS; ASSIS; KAC, 2007; WHO, 2013; BRASIL, 2014).

A transição entre a deficiência nutricional e o excesso de peso tem sido acompanhada no Brasil através dos inquéritos nutricionais realizados desde 1974, com o objetivo de conhecer e comparar a evolução e a distribuição dos agravos nutricionais no território brasileiro (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003; LINS et al., 2013).

O excesso de peso (sobrepeso/obesidade) é um fenômeno global, isso é demonstrado pela sua alta prevalência em adultos de diversos países: Estados Unidos (67,3%), México (64,4%), Canadá (64,4%), Chile (63,1%), França (60,7%), Espanha (60,9%), Peru (58,2%) e Cuba (58,6%) (WHO, 2014). Projeções da Organização Mundial de Saúde para o ano de 2025 estimam que 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e destes 700 milhões, com obesidade (WHO, 2013). A evolução do excesso de peso em mulheres tem sido crescente no Brasil (MALAQUIAS; RISSIN, 2003; MALAQUIAS et al., 2008) e no mundo (WHO, 2013).

Dados divulgados, no ano de 2014, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o grupo populacional de adultos acima dos 18 anos, revelam 39% com sobrepeso e 13% de obesos, desses dados as mulheres com sobrepeso e obesidade representam, respectivamente, 40% e 15% (WHO, 2016).

Ao comparar os dados do primeiro inquérito brasileiro o *Estudo Nacional de Despesas Familiares* (1974-1975) com os dados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (2008-2009), o excesso de peso que era de 28,7% (IBGE, 1977) elevou-se para quase metade da população brasileira (48%) (BRASIL, 2010).

No grupo populacional de mulheres em idade reprodutiva, domiciliadas na Região Metropolitana de Recife, a prevalência de excesso de peso evoluiu de 30,1% (II PESN/1998) para 42,2% de acordo com estudos da II e III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição do Estado de Pernambuco (III PESN/PE, 2012). Estudo mais recente, realizado em 2014 por metodologia de inquérito telefônico, demonstra que o excesso de peso continua evoluindo e estava presente em 54,9% da população feminina do Recife (BRASIL, 2015).

O excesso de peso é um fenômeno que afeta indivíduos de todas as idades, tem aumentado significativamente nas áreas urbanas do Brasil (GIGANTE et al., 2011; COSTA et al., 2014), e tem sido observado entre os moradores de áreas menos privilegiadas, as favelas ou aglomerados subnormais, do país (FLORÊNCIO et al., 2015) e do mundo (FERNALD; GERTLER; HOU, 2008; WHO, 2013; SINGH et al., 2015; HAREGU et al., 2016).

Apesar de existirem diversos mecanismos que explicam este aumento, como os fatores biológico, ambiental, individual e social, os determinantes sociais possuem grande relevância em saúde pública, pois possibilitam estabelecer ações de intervenção com maior impacto na sociedade (VIEIRA; SICHIERI, 2008).

De acordo com Ferreira e colaboradores (2010) o segmento populacional que apresenta maior vulnerabilidade na dinâmica da obesidade na pobreza é o feminino, e se observa neste estrato social a baixa escolaridade, os baixos rendimentos, a falta de acesso à seguridade e proteção social.

Os transtornos relacionados à saúde decorrentes do excesso de peso repercutem negativamente na saúde pública por estarem associados às doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes, a hipertensão, as dislipidemias, as doenças cardiovasculares, e outras co-morbidades (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; WHO, 2016).

2.3 Fatores determinantes do excesso de peso

2.3.1 Fatores genéticos e biológicos

Atualmente têm sido estudadas algumas hipóteses acerca dos fatores genéticos envolvidos no desenvolvimento deste transtorno. A hipótese do fenótipo

poupador ou hipótese de Barker pressupõe que o feto privado de nutrientes no primeiro trimestre altera a programação de órgãos e sistemas, dentre estas a diminuição da sensibilidade à insulina que proporciona melhor condição de sobrevivência. Essa adaptação na vida fetal seria preditora da manutenção de um ambiente com pouca oferta de nutrientes na vida adulta. Uma oferta abundante de alimentos levaria a um desequilíbrio gerando doenças cardiometabólicas (HANSON et al., 2011; RIBEIRO et al., 2015). O organismo, após a adaptação, possui um novo ponto de equilíbrio metabólico entre o gasto e a ingestão, que aumentam a eficiência da absorção e a abundante oferta de nutrientes na vida adulta acarretaria no aumento da obesidade (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Gluckman e colaboradores (2005) desenvolveram a hipótese da “resposta preditiva adaptativa” ao meio ambiente, onde o genótipo produz diferentes fenótipos em condições ambientais adversas. Neste modelo hipotético as adaptações não acontecem imediatamente ao evento da restrição nutricional e sim tardiamente até o período reprodutivo (GLUCKMAN; HANSON, 2004; SILVEIRA et al., 2007).

Estudos epidemiológicos nacionais têm descrito que mulheres com genitores obesos têm apresentado sobrepeso, resultando numa probabilidade duas vezes maior de apresentarem este transtorno (GIGANTE et al., 1997; TEICHMANN et al., 2006; SOUZA et al., 2007).

Biologicamente o corpo feminino possui diferenciações do masculino, tanto na conformação reprodutiva como na deposição de gordura, que ocorre em maior quantidade nas mulheres e estaria relacionada às maiores necessidades de energia para períodos reprodutivos (gravidez e lactação) (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011). A puberdade exerce uma influência importante em mulheres porque o aumento do estrogênio acarreta numa deposição de gordura em torno de 15% no corpo feminino, principalmente em mamas, glúteos e coxas (HALL, 2012).

Outra possível causa biológica para o excesso de peso afetar mais a população feminina seria a flutuação hormonal durante os períodos periovulatório e pré-menstrual. No primeiro período o consumo alimentar seria menor devido ao aumento do hormônio estradiol e no segundo a relação se inverteria e a mulher consumiria mais alimentos resultantes da elevação de outro hormônio, a progesterona (VERDOLIN, 2012).

2.3.2 Fatores sociodemográficos

O estudo dos fatores sociodemográficos nos permitem analisar o contexto em que o indivíduo está inserido, e no presente trabalho verificou-se a classe social, o nível educacional, a chefia do núcleo familiar, a situação conjugal, o benefício de prestação continuada, a idade e a cor da pele como possíveis determinantes do excesso de peso.

A obesidade deixou de ser um agravo apenas entre as classes economicamente privilegiadas e passou a ser universal, acometendo também a parcela pobre da população (SOBAL; STUNKARD, 1989; PEÑA; BACALLAO, 2000).

As mulheres em idade fértil vivendo em estado de pobreza podem ser consideradas um subgrupo vulnerável ao excesso de peso. Esta vulnerabilidade ocorre tanto em países desenvolvidos (BALL et al., 2012) como em desenvolvimento (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011), e decorre de alguns fatores como baixo nível educacional, a informalidade nos postos de trabalho, os baixos rendimentos, a chefia da família, a infraestrutura e a vizinhança do local de domicílio que influem diretamente nas condições de saúde dessa população (FERREIRA et al., 2010; FERREIRA; MAGALHÃES, 2011; SENICATO; BARROS, 2012; BALL et al., 2012; TSENG et al., 2014). Portanto, à medida que diminui o nível socioeconômico da população aumenta a probabilidade de excesso de peso (TEICHMANN et al., 2006; CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012).

A população feminina do Nordeste brasileiro com menor nível de renda teve sua prevalência aumentada ao longo das últimas décadas (BEZERRA; SICHIERI, 2011). Entre os anos 1997 e 2006 esta associação sofreu modificações na região Nordeste, revelando que as mulheres com renda menor que 0,25 do salário mínimo apresentaram um aumento de 46,7% de excesso de peso entre os anos desse estudo (COSTA et al., 2014). Mulheres desempregadas possuem uma maior probabilidade de terem excesso de peso (FERREIRA; BENÍCIO, 2015).

Ocorreram mudanças da conformação da família brasileira na última década, assim como, a chefia do núcleo familiar, a qual conta com crescimento de 15,1% dos domicílios chefiados por mulheres (BRASIL, 2012a). Esta evolução pode ser observada pelos valores percentuais de dois censos consecutivos, o de 2000 com 22,2% e o de 2010 com 37,3% dos núcleos familiares chefiados pelas mulheres

(BRASIL, 2012a). Com esta mudança os rendimentos caem e conseqüentemente aumenta a vulnerabilidade à pobreza (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

O impacto social da escolaridade na dimensão de classe tem sido bastante usado como um indicador de iniquidade social em saúde (BRAVEMAN et al.; 2010; SENICATO; BARROS, 2012), pois o nível de escolaridade pode ser decisivo para o nível de renda que possibilitará o acesso à alimentação saudável (FERREIRA E MAGALHÃES, 2011), assim como para a qualidade do autocuidado e a capacidade de entender informações acerca de saúde (VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

A associação entre a escolaridade e o estado nutricional revela que aquelas que nunca estudaram ou estudaram muito pouco tem maior probabilidade de apresentarem obesidade do que as demais (LINS et al., 2013). A influência da escolaridade no excesso de peso tem sido apontada em diversos estudos, sendo observado que as mulheres em idade reprodutiva com escolaridade igual ou inferior a três anos de estudo apresentam maior prevalência de excesso de peso do que as mulheres com maior escolaridade (GIGANTE et al., 1997; VIEIRA; SICHIERI, 2008; PEREIRA; ANDRADE; SICHIERI, 2009; PINHO et al., 2011; LINS et al., 2013; COSTA et al., 2014; FERREIRA; BENÍCIO, 2015), portanto a alta escolaridade possui efeito protetor para o excesso de peso em mulheres (ANDRADE et al., 2015) provavelmente porque o acesso ao conhecimento promove um maior entendimento acerca das conseqüências da obesidade e de como preveni-la (REIFF; SICHIERI, 2008).

No Brasil alguns estudos relacionando a situação conjugal com a obesidade demonstram que as mulheres que tem companheiro possuem uma maior probabilidade de ter excesso de peso do que as solteiras (VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ; PIMENTA; KAC, 2004; TEICHMANN et al., 2006; GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009; ANDRADE et al., 2015). Viver com companheiro pode ser uma prerrogativa para o ganho de peso por duas possíveis explicações, a primeira e mais provável: a companhia proporciona o ato de comer e maior regularidade das refeições; a segunda envolve a perda da consciência ou da preocupação sobre o peso corporal por não ter mais a necessidade de procurar um companheiro (TEACHMAN, 2016).

Martins e colaboradores (2013) em revisão sistemática sobre os desfechos nutricionais e o Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTCR) desenvolvido pelo Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF), concluíram que as famílias

beneficiárias alcançam melhorias na alimentação. Em relação à forma da utilização dos recursos do PBF estudo de Cabral e colaboradores (2013) revela que os valores do auxílio eram utilizados prioritariamente para a aquisição de alimentos, administrado pela mulher (mãe), que trabalhava essencialmente no lar e com baixa escolaridade; e mais da metade dos adultos estava com excesso de peso.

O envelhecimento é um processo fisiológico que vem acompanhado do declínio da taxa metabólica basal e redução natural da atividade física (PINHO et al., 2011). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002/2003) as mulheres entre 20 e 64 anos tendem a aumentar o peso de forma lenta e prolongada com o avançar da idade (IBGE, 2004). Essa afirmativa foi corroborada por estudo realizado em Medellín (CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012).

A cor da pele tem sido relacionada à pobreza e ao excesso de peso em mulheres (GIGANTE et al., 2008; TEICHMANN et al.; 2006; FERREIRA et al., 2010), havendo uma tendência das com pele preta ou parda apresentar uma maior prevalência desses fatores. No entanto, esses resultados são contraditórios, pois Gigante e colaboradores (1997) revelam em seu estudo que a cor da pele não apresentou associação com o excesso de peso. Existem ainda evidências que mulheres com maior idade e pertencentes a minorias étnicas possuem maior probabilidade de serem obesas (FERREIRA; BENÍCIO, 2015). Estudos americanos afirmam que as mulheres negras e hispânicas têm uma maior probabilidade de serem obesas do que as brancas e asiáticas (WONG; CHOU; AHMED, 2014; BOWER et al., 2015), e dentre os fatores significativamente associados à obesidade em negras estavam presentes a baixa renda familiar e a condição separada/divorciada como estado civil (BOWER et al., 2015).

2.3.3 Fatores comportamentais

2.3.3.1 Consumo alimentar

As desigualdades sociais têm imposto as famílias em condições socioeconômicas desfavoráveis, um padrão de alimentação insuficiente do ponto de vista nutricional (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

Na epidemia de obesidade um ponto importante é o acesso à alimentação nos estratos mais pobres da população, onde se destacam: o poder de compra e a estrutura do consumo alimentar (BRASIL, 2010). O poder de compra está diretamente relacionado a aquisição de alimentos mais baratos com baixo valor nutricional e alto valor calórico, assim como a dificuldade de aquisição de alimentos regionais saudáveis para a alimentação habitual da família (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011). Em relação à estrutura do consumo alimentar observa-se a mudança no perfil do padrão alimentar brasileiro com redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, principalmente dos itens com baixa densidade energética (frutas e verduras), e aumento considerável dos alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

A modernização da indústria alimentícia trouxe uma maior oferta de alimentos de fácil preparo e consumo como os alimentos processados. Estes promovem um incremento na ingestão de calorias da dieta das populações ocidentais, através do aporte excessivo de açúcar, sal e gordura na sua composição (BEZERRA; SICHIERI, 2011; LINS et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2013), em contrapartida o consumo de itens considerados saudáveis e tradicionais das famílias brasileiras sofreram redução significativa como o arroz e o feijão (BRASIL; IBGE, 2004; BEZERRA; SICHIERI, 2011). Estudo de Lignani e colaboradores (2016), realizado com famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda brasileiro, o Bolsa Família, encontrou resultados semelhantes e enfatizou o aumento do consumo de alimentos processados por este grupo populacional. Outros estudos ao redor do mundo demonstram a relação entre o alto consumo de alimentos pobres em nutrientes na população feminina com excesso de peso, exemplo são os estudos realizados em: comunidades mexicanas atendidas por benefício de prestação continuada (FERNALD; GERTLER; HOU, 2008) e entre moradoras de favela da África Subsaariana (HAREGU et al., 2016).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 compara os quartis de renda com o consumo de alimentos, revelando que entre os maiores quartis se observa um alto consumo de saladas cruas, frutas e, leite e derivados desnatados, enquanto nos menores quartis existe um maior consumo de alimentos considerados itens de uma dieta saudável, como o arroz e o feijão, assim como de alimentos considerados como

marcadores negativos da qualidade da dieta, como os doces, refrigerantes, pizzas, salgados fritos e assados (BRASIL; IBGE, 2011).

O consumo de bebidas açucaradas como o refrigerante teve um aumento considerável entre os anos de 1975 e 1996, onde o consumo diário *per capita* aumentou 400% (SICHIERI, 2008), observando-se que o consumo frequente deste item possui associação com o ganho de peso (SICHIERI; SOUZA, 2007).

O consumo de refrigerantes associado ao consumo de alimentos doces é responsável por uma parcela significativa da ingestão de açúcar no Brasil (LEVY et al., 2012). De acordo com o VIGITEL (2014), inquérito telefônico brasileiro que avalia as condições de saúde e co-morbidades da população brasileira, 14% das mulheres moradoras da cidade de Recife consomem refrigerantes e 23% destas consomem alimentos doces cinco ou mais dias da semana. Estes dados reforçam a crescente associação entre alimentos calóricos e a prevalência de excesso de peso entre mulheres.

2.3.3.2 Atividade física

A atividade física regular promove benefícios para o organismo e auxilia na redução do peso através da elevação do gasto energético (COELHO; BURINI, 2009).

A vida moderna promoveu a redução do gasto energético diário pela redução das atividades do dia-a-dia geradas pelos fatores tecnológicos que facilitaram a vida dos indivíduos (BEZERRA; SICHIERI, 2011). Na parcela mais pobre da população as limitações de ordem financeira associadas à violência auxiliam negativamente a adesão da prática de atividade física regular (REIFF; SICHIERI, 2008; FERREIRA; MAGALHÃES, 2011), afetando a população que poderia realizar atividade física em espaços públicos abertos (CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012). Fett e colaboradores (2010) reforçam a importância da atividade regular na prevenção ao desenvolvimento do excesso de peso.

As mulheres são mais sedentárias que os homens (CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012). Estudo caso-controle realizado por Alves e colaboradores (2009) avaliou o efeito da inclusão da atividade física após seis meses em mulheres residentes numa comunidade de Recife que tinham excesso de peso, eram sedentárias, e sem restrição dietética; o resultado mostrou que aquelas incluídas no

grupo com atividade física regular obtiveram uma maior perda de peso e uma maior redução percentual do IMC em relação ao grupo que não realizou atividade física.

O nível de atividade física é avaliado pelo somatório de atividades físicas no tempo livre, deslocamento trabalho/escola e na atividade laboral (MATSUDO et al., 2001). O nordeste brasileiro apresenta as maiores prevalências de sedentarismo (ALVES et al., 2010), e resultados do inquérito telefônico brasileiro mostram que em Recife o percentual de mulheres que se encontram entre as faixas de insuficiente atividade física e inatividade são de 63,5% e 18,6%, respectivamente (BRASIL, 2014).

2.3.3.3 Transtornos mentais comuns

A saúde mental é reconhecida pela OMS como um importante componente de saúde (WHO, 2013). Os transtornos mentais comuns (TMC) caracterizam sintomas como insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e outras queixas somáticas (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; ARAÚJO et al., 2006). Também tem sido associados a qualidade de saúde e de vida da população contribuindo negativamente para a carga global de doenças crônicas não transmissíveis (SCHIMDT et al., 2011; SILVA; AGUIAR; FONSECA, 2015).

Dados brasileiros para transtornos mentais e para estados mistos de depressão e ansiedade relataram que 30% da população brasileira adulta é acometida por estes sintomas, sendo mais prevalentes nos indivíduos com níveis socioeconômicos desfavorecidos (níveis menores de escolaridade e renda) (SCHIMDT et al., 2011). Ludermir e Melo Filho (2002) demonstraram que mulheres com baixo nível escolar (até 4 anos) e com precárias condições de moradia tinham uma maior probabilidade de apresentarem TMC, estes dados corroboram com os dados nacionais (MARAGNO et al., 2006; SCHIMDT et al., 2011).

São poucos os estudos que tem relacionado o IMC aos transtornos psiquiátricos (VEGGI, 2004; KIVIMÄKI et al., 2009; KIVIMÄKI et al., 2011). Nos resultados apresentados por Veggi e colaboradores (2004) as duas variáveis não tiveram associação significativa, apenas uma associação limítrofe nas mulheres com $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$. Este resultado pode ter sido influenciado pela relação bidirecional entre os dois componentes pesquisados, o TMC tanto pode ser causa como consequência do excesso de peso e/ou obesidade. KIVIMÄKI e colaboradores (2009)

encontraram relação entre IMC e TMC, sugerindo que a obesidade é fator causal para transtornos mentais comuns em homens, e também inferiu que a tendência linear de aumento de peso eleva a probabilidade para os problemas de natureza mental. Em 2011, KIVIMÄKI e colaboradores sugeriram associação estreita entre IMC, TMC e a idade, sendo mais prevalente entre os com maior idade.

2.3.4 Fatores relacionados ao ciclo reprodutivo

2.3.4.1 Menarca

O primeiro sangramento menstrual é a menarca (MARTÍNEZ et al., 2010), sendo, portanto, o estágio de maturação sexual que sinaliza o início do ciclo reprodutivo na menina (CASTILHO; NUCCI, 2014) e demonstra que as mesmas já sofreram as alterações decorrentes do estirão do crescimento (FARIA et al., 2009).

A idade média da menarca para meninas brasileiras é de 13,02 anos ($\pm 0,9$) (PICANÇO, 1995), porém se observa uma tendência crescente de redução desta idade em decorrência da melhora nas condições de vida, principalmente, nas mulheres com menor condição socioeconômica (CASTILHO et al., 2012).

A idade da primeira menstruação pode ser influenciada diretamente por fatores genéticos, ambientais (BARBOSA; FRANCESCHINI; PRIORE, 2006), e relacionados às mudanças da composição corporal decorrentes do excesso de peso (VITALLE et al., 2003).

Estudos transversais indicam que a idade da menarca precoce seria um fator preditor da prevalência de excesso de peso e obesidade na vida adulta (LAITINEN; POWER; JÄRVELIN, 2001; DUNGER; AHMED; ONG, 2005; CORREIA et al., 2011; BENEDET et al., 2014).

Kac e colaboradores (2003) sugerem que as meninas que menstruaram mais cedo tiveram uma probabilidade 3 vezes maior de serem obesas do que as que menstruaram com idade acima ou igual aos 12 anos. No semiárido brasileiro as mulheres com menarca precoce tinham 59% maior probabilidade de terem sobrepeso na idade adulta (CORREIA et al., 2011), e no sul do Brasil a menarca após os 14 anos de idade foi um fator de proteção para o sobrepeso e obesidade (TEICHMANN et al., 2006).

Em contraste a estas evidências, estudos longitudinais sugerem o papel do excesso de peso na maturação sexual (MARTÍNEZ et al., 2010; CÓZARO, 2012; ZHAI et al., 2015) revelando que o desenvolvimento da menarca precoce ocorreria por questões hormonais influenciadas pelo excesso de peso e uma quantidade maior de tecido adiposo na infância (VITOLLO, 2008; SOLORZANO; MCCARTNEY, 2010; CASTILHO et al., 2012).

Castilho e colaboradores (2012), em estudo sobre a idade da menarca relacionada ao Índice de Massa Corporal, revelam que a menarca foi precoce no grupo de meninas que já cursavam com excesso de peso.

2.3.4.2 Paridade

O número de gestações influencia o excesso de peso e a obesidade em mulheres em idade fértil no Brasil (FERREIRA; BENÍCIO, 2015). A probabilidade de ocorrência de obesidade varia de 45% após o nascimento do primeiro filho a 65% após o segundo (CORREIA et al., 2011). Outra pesquisa sugere que a probabilidade é cinco vezes maior entre aquelas que tiveram 4 ou mais filhos (TEICHMANN et al., 2006), corroborando com estes dados, Ferreira e Benício (2015) complementam que esta associação é do tipo “*dose-resposta*”, ou seja, quanto maior o número de filhos maior a associação com obesidade.

Após a idade, a paridade tem sido elencada como um dos maiores fatores relacionados à obesidade em mulheres (KAC, 2001; FERREIRA; BENÍCIO, 2015), decorrentes dos aumentos ponderais acima da recomendação durante a gestação que resultam na retenção de peso pós-parto (HARRIS, 1997; JORDÃO; KAC, 2005; GUNDERSON, 2009; CHIN et al., 2010), principalmente entre as multíparas (CARRA FORTE et al., 2015).

Estudo americano demonstrou que o ganho excessivo de peso na primeira gravidez foi um preditor para o maior índice de massa corporal antes da segunda gravidez (CHIN et al., 2010). E em revisão sistemática sobre o ganho de peso durante a gravidez de acordo com o guia do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) as mulheres com excessivo ganho de peso durante a gestação retinham mais peso tanto no pós-parto imediato quanto dois anos após o evento, se prolongando ao longo da vida (SIEGA et al., 2009). No Brasil, estudo longitudinal prospectivo, sugere que as

mulheres que apresentaram maior retenção de peso pós-parto foram aquelas com maior número de filhos (3 ou mais) (JORDÃO; KAC, 2005).

2.3.4.3 Idade da primeira gestação e uso do contraceptivo oral

A primeira gestação durante a adolescência, ou seja, antes dos 20 anos é um fator de risco para o excesso de peso na vida adulta (JORDÃO; KAC, 2005; NAST et al., 2013). Pinho e colaboradores (2011) avaliaram a primeira gestação antes dos 18 anos e encontraram uma associação positiva para excesso de peso. Porém na literatura são poucos estudos que avaliam este fator.

Mulheres em idade reprodutiva utilizam algum método para prevenir a gravidez indesejada. Correia e colaboradores, em estudo realizado em 2011, revelam que a utilização do anticoncepcional oral aumenta em 31% a probabilidade de obesidade, atualmente com as novas terapias de anticoncepção oral não se verificam muitos estudos acerca deste tema.

2.4. Considerações gerais

A partir dos pressupostos apresentados nesta revisão sobre os fatores que influenciam o excesso de peso seria um erro afirmar que somente o balanço energético entre o consumo alimentar e o gasto com atividade física seria o responsável pela evolução da epidemia do sobrepeso/obesidade. Sob esse prisma da compartimentalização dos estudos, a presente pesquisa continuaria a privilegiar o biológico e deixaria marginalizados os aspectos sociais que promovem o transtorno do excesso em mulheres de um aglomerado de baixa renda na cidade do Recife.

3 MÉTODO

3.1 Desenho e local do estudo

O presente estudo é do tipo transversal analítico realizado na comunidade dos Coelhos, localizada no bairro da Boa Vista, Recife, Pernambuco, circunvizinha ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. A população total desta comunidade é de aproximadamente 7.600 pessoas, residentes em 2322 domicílios (RECIFE, 2016). Esta comunidade conta com a assistência de duas unidades de Saúde da Família, Coelhos I e Coelhos II.

Este trabalho é um recorte da pesquisa *“Saúde, nutrição e serviços assistenciais na comunidade dos Coelhos - Recife: um estudo baseline”*.

3.2 Casuística

A amostragem para a coleta de dados foi do tipo aleatória simples sem reposição e os domicílios visitados foram indicados por sorteio aleatório com probabilidade proporcional à estimativa do número total de mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos do bairro dos Coelhos. Participaram do estudo mulheres em idade reprodutiva, ou seja, que já haviam apresentado a menarca e sem a presença de menopausa, domiciliadas na comunidade dos Coelhos durante a coleta de dados.

O cálculo do tamanho da amostra para a prevalência de excesso de peso, realizado pós a coleta de dados, baseou-se em estudo anterior (Costa et al., 2014) que obteve prevalência de 41,7% de excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva. Estabelecendo-se uma margem de erro amostral máxima de 5% e intervalo de confiança de 95%, estimou-se um tamanho amostral de 374 mulheres. Para estimar o tamanho amostral na investigação dos fatores associados ao excesso de peso, tomamos como base a idade da menarca como uma das variáveis explanatórias de interesse para o estudo. Adotando-se os dados obtidos por Pinheiro et al., 2016 que encontraram percentual de 54% de excesso de peso em mulheres (idade reprodutiva) com menarca acima dos 13 anos e de 67,7% entre as que tiveram menarca com 13 anos ou menos de idade, um poder do estudo de 80%, intervalo de

confiança de 95% e razão de 1:3 entre expostos: não expostos obtivemos uma estimativa amostral total de 572 mulheres (143 expostas:429 não expostas).

Ao se considerar possíveis perdas amostrais acrescentou-se 16% a estimativa, resultando em uma amostra de 663 mulheres.

3.3 Critérios de elegibilidade

3.3.1 *Inclusão*

Mulheres em idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos, domiciliadas na comunidade dos Coelhos.

3.3.2 *Exclusão*

Foram excluídas da pesquisa, de acordo com os dados inferidos no questionário, as mulheres que não estavam em idade reprodutiva (não apresentaram menarca ou estavam na menopausa), gestantes, possuíam incapacidade de responder ao estudo, não eram domiciliadas na comunidade dos Coelhos.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 *Variável de desfecho*

Excesso de peso avaliado pelo IMC, calculado a partir do peso das mulheres (em quilogramas) dividido pelo quadrado de sua respectiva altura (em metros) (WHO,1995).

3.4.2 *Variáveis explanatórias*

- Condições socioeconômicas e demográficas: idade, cor da pele, escolaridade, classe econômica, local de moradia, número de pessoas no domicílio, trabalho formal, situação conjugal, posição do chefe da família, beneficiária do Programa Bolsa Família, posse da residência e destino do lixo.

- Fatores reprodutivos: idade da menarca, paridade, idade da primeira gestação e uso de contraceptivo oral.

- Fatores comportamentais: atividade física, transtornos mentais comuns, consumo alimentar.

O detalhamento das variáveis e sua forma de categorização estão descritos no quadro “Categorização das variáveis sociodemográficas e reprodutivas” no Apêndice B.

3.5 Coleta de dados

Inicialmente foi realizado um estudo piloto para verificar a consistência, clareza e aplicabilidade dos instrumentos de pesquisa, assim como os aspectos logísticos para realização da coleta de dados.

Após esta etapa, no período de 19 a 23 de maio de 2014 foram capacitados 16 entrevistadores e destes 12 foram selecionados para realizar a coleta de dados, constituindo a equipe de trabalho de campo. A coleta das informações da família e a aferição antropométrica foram realizadas nos domicílios no período de junho a dezembro de 2014.

3.6 Avaliação antropométrica

Para medida de peso foi utilizada balança eletrônica (Modelo MEA-03200/Plenna) com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 gramas. A altura foi aferida através de estadiômetro portátil (Alturaexata®, Ltda) – milimetrado, com 213 cm e precisão de 1 mm. Essas medidas de peso e altura foram mensuradas segundo técnicas preconizadas por Lohman e colaboradores (1991), aferidas em duplicata e de forma sequencial por entrevistadores treinados, sendo utilizada a média desses valores. Para consistência dos dados, foram repetidas as medidas que apresentassem diferenças superiores a 100 g para o peso e 0,5 cm para altura, sendo utilizada a média dos dois valores mais próximos.

O diagnóstico nutricional para adolescentes entre 15 e 19 anos foi realizado a partir do índice antropométrico IMC/idade tomando-se como base a referência da OMS (WHO, 2007), empregando-se o programa WHO AnthroPlus versão 3.2.2. Os

resultados foram expressos em escore Z (ZIMC/I), considerando-se os seguintes pontos de corte: baixo peso ZIMC/I < -2; eutrofia ZIMC \geq -2 e < +1; sobrepeso ZIMC \geq +1 e < +2; obesidade ZIMC \geq +2.

A avaliação do estado nutricional de mulheres com idade igual ou superior a 20 anos foi realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC) pela classificação da OMS (WHO, 1998), sendo considerados os seguintes pontos de corte: baixo peso IMC < 18,5 Kg/m², eutrofia entre 18,5 e 24,9 Kg/m², sobrepeso com índice entre 25 e 29,9 Kg/m² e obesidade \geq 30 Kg/m². Para a análise estatística foi criada uma nova categoria excesso de peso que incluiu o sobrepeso e a obesidade das adolescentes e adultas.

3.7 Classe econômica

Para classificação da classe econômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas (ABEP, 2008). O CCEB é um instrumento para definir classes sociais através de técnicas estatísticas baseadas em populações e que utiliza o levantamento das características domiciliares através do grau de instrução do chefe da família e da posse de itens, como: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer para diferenciar a população.

Esta classificação possui um sistema de atribuição de pontos que estima classes econômicas de A até E através da soma destes pontos. Após esta etapa é feita uma correspondência entre as faixas de pontuação do critério e os estratos de classificação socioeconômica definidos a seguir: "A1" (42 – 46 pontos), "A2" (35 – 41 pontos), "B" (29 – 34 pontos), "B2" (23 – 28 pontos), "C1" (18 – 22 pontos), "C2" (14 – 17 pontos), "D" (8 – 13 pontos), "E" (0 – 7 pontos).

3.8 Consumo alimentar

As informações sobre o consumo alimentar foram coletadas utilizando questionário sobre o consumo dos alimentos considerados protetores e de risco para doenças crônicas não transmissíveis (Anexo E).

Para análise foram adotadas as seguintes categorias de frequência de consumo (FC): Nunca ou quase nunca (FC1), 1 a 2 dias na semana (FC2), 3 a 4 dias na semana (FC3), 5 a 6 dias na semana (FC4), todos os dias da semana (FC5).

Para que a FC de cada alimento pudesse ser tratada como FC anual, foi atribuído um peso (S) a cada categoria de FC. Foi definido como peso (S) máximo o valor igual a 1 para a frequência todo dia (FC5). Os demais pesos foram obtidos de acordo com a seguinte equação de Fornés et al., 2002: $S_n = (1/365) \times [(a + b)/2]$ sendo que *a* e *b* representam o número de dias da frequência. Assim, para cada indivíduo foi obtido o cálculo do escore de frequência de consumo de alimentos correspondente a dois grupos (Grupo I - Alimentos Protetores e Grupo II - Alimentos de Risco). O Grupo II foi formado pelos alimentos considerados de risco para DCNT e o Grupo I pelos protetores.

- Grupo I – Alimentos Protetores: Feijão, verduras e legumes cozidos, salada crua, legumes crus, fruta.
- Grupo II – Alimentos de Risco: carne gorda, frango com pele, refrigerante, doce.

Objetivando identificar o consumo alimentar dos grupos elencados como adequado e inadequado, realizou-se o cálculo do escore em tercís. Definiu-se que todo o consumo situado entre valores do primeiro e segundo tercís seriam reagrupados e considerados como consumo adequado, e aqueles situados dentro do terceiro tercil seriam considerados como consumo inadequado.

3.9 Atividade física

Para determinar o nível de atividade física da população foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, em sua versão curta, que apresenta resultados de validade e reprodutibilidade similares a versão longa e possui a vantagem de ser rápido, prático e possibilitar o levantamento desta variável em grandes grupos populacionais com possibilidade de comparações internacionais (MATSUDO et al., 2001). O questionário de atividade física na versão curta considerou a última semana como período de referência para a entrevista e a mensuração subjetiva como forma de instrumento de coleta dos dados (Anexo D).

Ao considerar as diferentes intensidades de cada atividade e observar as recomendações atuais quanto à prática de atividade física da população estudada foi utilizado o estudo brasileiro de validade e reprodutibilidade para o IPAQ realizado por MATSUDO et al., (2001) e o “*Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*” (2005), seguindo os seguintes critérios de classificação para frequência semanal e duração em categorias:

1. **Muito ativo** - cumpre a seguinte recomendação:

a) Vigorosa: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;

b) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + Moderada e/ou Caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão.

2. **Ativo** - cumpre a seguinte recomendação:

a) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão;

b) Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão;

c) A soma de qualquer atividade: ≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos por semana (vigorosa + moderada + caminhada).

3. **Irregularmente Ativo**: aquele que pratica atividade física com frequência e duração insuficiente para ser classificado como ativo.

4. **Sedentário**: aquele que não praticou nenhuma atividade física por dez minutos seguidos durante a semana.

3.10 Transtornos mentais comuns (*Self-Reporting Questionnaire*)

Para avaliação dos transtornos mentais comuns (TMC) foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire 20* (SQR-20) composto por um questionário com 20 questões, desenvolvido pela World Health Organization (1994) e validado para o Brasil. Esse questionário foi concebido para detectar psicopatologias psiquiátricas na atenção primária com fins de triagem e não de diagnóstico. Os escores dos itens individuais foram codificados em 0 (não) e 1 (sim), o escore de 1 indica que o sintoma esteve presente nos últimos 30 dias e o escore de zero indica ausência do sintoma. O escore total pode variar de 0 a 20 pontos e valores mais elevados indicam maior probabilidade de transtornos psiquiátricos (MARTINS et al., 2004). O ponto de corte utilizado foi 7-8 que representa o melhor ponto de sensibilidade e especificidade do

instrumento para mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994; MARAGNO et al., 2006).

3.11 Processamento e análise dos dados

Os formulários com perguntas fechadas e pré-codificadas eram revisados regularmente. Após esta etapa os dados foram digitados em dupla entrada no programa Epi-Info 3.5.4 para Windows, com a finalidade de verificar a consistência da digitação através do subprograma *DATA COMPARE*. As análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

As análises bivariadas avaliaram a associação entre os fatores determinantes do excesso de peso com o desfecho que foi tratado como variável categórica. Utilizou-se a razão de prevalência (RP) como medida de associação, adotando-se a categoria de referência a de menor risco para o excesso de peso. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado como teste de significância estatística e adotado o valor $p \leq 0,05$ como significativo.

As categorias integrantes da atividade física foram reagrupadas devido ao pequeno número de indivíduos em algumas categorias.

A Regressão de Poisson foi realizada no *software* STATA 7.0 (Stata, Texas, US), a fim de controlar pelos possíveis fatores de confundimento. Para inclusão nos modelos selecionaram-se as variáveis que tiveram valor de $p < 0,20$ nas análises bivariadas. A entrada das variáveis independentes nos modelos foi realizada em blocos seguindo um modelo conceitual hierarquizado (figura 1) previamente estabelecido. Inicialmente foram introduzidas as variáveis do bloco I: classe econômica, local de domicílio, faixa etária, cor e situação conjugal. No segundo bloco foram adicionadas as variáveis idade da menarca e número de gestações, sendo excluída a idade da primeira gestação por possuir colinearidade com a variável número de gestações.

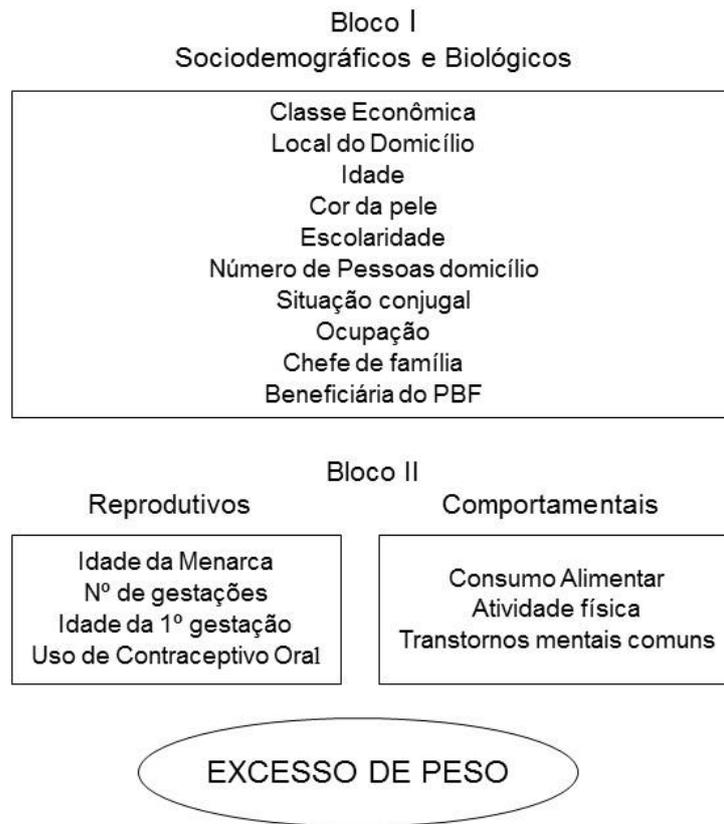


Figura1. Modelo conceitual simplificado das variáveis determinantes do excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva

3.12 Considerações éticas

O presente estudo seguiu as normas regulamentares do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), para pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) (Projeto de Pesquisa nº 3201-12; Data da relatoria: 10/10/2012).

O TCLE foi assinado por todas as participantes acima dos 18 anos e pelos representantes legais das participantes com idade inferior a 18 anos.

4 RESULTADOS

Na tabela 1 observa-se que o excesso de peso estava presente em dois terços das mulheres estudadas (66,3%), sendo a proporção de sobrepeso discretamente maior (35,7%) do que a da obesidade (30,6%). Cerca da metade das mulheres apresentou idade entre 20 e 35 anos (50,5%), apenas 20,4% se autodeclararam brancas, 40,6% conviviam com o companheiro, 40,7% pertenciam à classe C2 e 30,6% era chefe de família. Mais de um terço tinha escolaridade igual ou superior a 12 anos de estudo (37,0%) e cerca de dois terços era beneficiária do Programa Bolsa Família (62%). A idade da menarca abaixo dos 12 anos foi observada em 22,3% da amostra e 40,6% tiveram 3 ou mais gestações.

Na tabela 2 observam-se percentuais significativamente mais elevados de excesso de peso com o progredir da idade, entre as que se autodeclararam da cor branca ou da cor preta, as que viviam com companheiro e as domiciliadas na área dos Coelhos 1.

Verifica-se na tabela 3 que mulheres com excesso de peso apresentaram percentuais significativamente maiores entre as que tiveram a idade da menarca antes dos 12 anos, com 3 ou mais gestações e que engravidaram com 18 anos ou mais.

As razões de prevalência (RP) ajustadas através da regressão de Poisson são apresentadas na tabela 4. Verifica-se que as variáveis que se mantiveram significantes para o excesso de peso após ajuste foram o local de domicílio, com maior probabilidade nas residentes na área dos Coelhos 1, idade, observando-se maior probabilidade com a sua progressão, as que se autodeclararam pretas ou brancas, que conviviam com o companheiro, tiveram menarca antes dos 12 anos e 3 ou mais gestações.

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas de mulheres dos 15 aos 49 anos. Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, Brasil, 2017

Variáveis	Total	
	n= 663	%
Estado nutricional*		
Baixo Peso	21	3,2
Eutrofia	202	30,5
Excesso de peso	440	66,3
<i>Sobrepeso</i>	237	35,7
<i>Obesidade</i>	203	30,6
Faixa etária (anos)		
15-19	64	9,7
20-35	335	50,5
36-49	264	39,8
Cor		
Parda, Amarela e Indígena	452	68,2
Preta	76	11,5
Branca	135	20,4
Escolaridade (anos)		
<5	78	11,8
5 – 8	157	23,7
9 – 11	183	27,6
≥ 12	245	37,0
Situação conjugal		
Sem companheiro	394	59,4
Com companheiro	269	40,6
Classe Econômica		
D,E	223	25,6
C2	270	40,7
B,C1	170	33,6
Chefe de família		
Não	460	60,4
Sim	203	30,6
Beneficiária do PBF		
Não	252	38,0
Sim	411	62,0
Idade da menarca (anos)		
< 12	148	22,3
≥ 12	515	77,7
Número de gestações		
Nulípara	93	14,0
1-2	301	45,4
3 ou mais	269	40,6

*Estado nutricional definido por IMC/I nas adolescentes e pelo IMC nas adultas; PBF: Programa Bolsa Família

Tabela 2. Excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo condições sociodemográficas. Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, Brasil, 2017

Variáveis	Total		n	Excesso de peso		p
	n=663	%		%	IC 95% (%)	
Faixa etária (anos)						<0,001
15-19	64	9,7	25	39,1	28,1 – 51,3	
20-35	335	50,5	212	63,3	58,0 – 68,2	
36-49	264	39,8	203	76,9	71,5 – 81,6	
Cor						0,004
Parda, Amarela e Indígena	452	68,2	281	62,2	57,6 – 66,6	
Preta	76	11,5	57	75,0	65,0 – 84,9	
Branca	135	20,4	102	75,6	68,2 – 82,8	
Escolaridade (anos)						0,92
<5	78	11,8	50	64,1	53,2 – 74,9	
5 - 8	157	23,7	107	68,2	60,7 – 75,5	
9 - 11	183	27,6	120	65,6	58,6 – 72,5	
≥ 12	245	37,0	163	66,5	60,5 – 72,4	
Pessoas no domicílio						0,60
≤ 4	288	43,4	188	65,3	59,6 – 70,5	
> 4	375	56,6	252	67,2	62,3 – 71,7	
Situação conjugal						<0,001
Sem companheiro	394	59,4	239	60,7	55,7 – 65,3	
Com companheiro	269	40,6	201	74,7	69,3 – 79,5	
Classe Econômica						0,15
D,E	223	25,6	137	61,4	54,9 – 67,6	
C2	270	40,7	185	68,5	62,9 – 74,0	
B,C1	170	33,6	118	69,4	62,4 – 76,4	
Local de domicílio						0,02
Coelhos 2	402	60,6	253	62,9	58,1 – 67,6	
Coelhos 1	261	39,4	187	71,6	66,1 – 77,1	
Trabalho formal						0,58
Não	323	48,7	211	65,3	60,0 – 70,3	
Sim	340	51,3	229	67,4	62,3 – 74,9	
Chefe de família						0,34
Não	460	60,4	300	65,2	60,8 – 69,4	
Sim	203	30,6	140	69,0	62,3 – 74,9	
Beneficiária do PBF						0,98
Não	252	38,0	162	64,3	58,2 – 69,9	
Sim	411	62,0	278	67,6	63,0 – 72,0	
Tipo de moradia*						0,74
Própria	572	87,1	380	66,4	62,5 – 70,3	
Outra	85	12,9	58	68,2	58,1 – 78,3	
Destino do lixo						0,28
Coletado	598	90,2	393	65,7	61,8 – 69,4	
Outro	65	9,8	47	72,3	60,4 – 81,7	

PBF: Programa Bolsa Família.

*tipo de moradia n=657

Tabela 3. Excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo condições reprodutivas e comportamentais. Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, Brasil, 2017

Variáveis	Total		n	Excesso de Peso		p
	n=663	%		%	IC 95% (%)	
Idade da menarca (anos)						0,03
≥ 12	148	22,3	331	64,3	60,0 – 68,3	
< 12	515	77,7	109	73,6	66,0 – 80,0	
Número de gestações						<0,001
Nulípara	93	14,0	45	48,4	38,5 – 58,4	
1-2	301	45,4	188	62,5	56,9 – 67,7	
3 ou mais	269	40,6	207	77,0	71,6 – 81,6	
Idade da 1ª gestação (anos)						<0,001
Nulípara	93	14,0	45	48,4	38,5 – 58,4	
< 18	242	36,5	159	65,7	59,5 – 71,4	
≥ 18	328	49,5	236	72,0	66,9 – 76,4	
Uso de contraceptivo oral						0,58
Não	524	79,0	345	65,8	61,7 – 69,8	
Sim	139	21,0	95	68,3	60,2 – 75,5	
Atividade Física*						0,72
Inativo	106	29,4	69	65,1	55,9 – 74,3	
Ativo	204	56,5	132	64,7	58,1 – 71,3	
Muito Ativo	51	14,1	36	70,6	57,6 – 83,5	
Consumo de alimentos Grupo I**						0,83
Inadequado	97	32,4	68	70,1	60,4 – 78,3	
Adequado	202	67,6	144	71,3	64,7 – 77,1	
Consumo de alimentos Grupo II***						0,26
Inadequado	96	32,4	64	66,7	56,8 – 75,8	
Adequado	200	67,6	146	73,0	66,5 – 78,7	
Transtornos mentais comuns (SQR-20)						0,28
Não (< 8 pontos)	482	72,7	314	65,1	60,8 – 69,4	
Sim (≥ 8 pontos)	181	27,3	126	69,6	62,8 – 76,3	

* Atividade física n = 361

**Grupo I: alimentos considerados protetores; n=299

*** Grupo II: alimentos considerados de risco para DCNT; n=296

Tabela 4. Razão de Prevalência (RP) para o excesso de peso em mulheres dos 15 aos 49 anos, segundo variáveis sociodemográficas e reprodutivas. Comunidade dos Coelhos, Recife/PE, Brasil, 2017

Variáveis	RP Bruta	IC 95%	RP Ajustada	IC 95%	p
Bloco I					
Classe Econômica					
D,E	1,00		1,00		
C2	1,11	0,97 – 1,27	1,12	0,98 – 1,27	0,08
B,C1	1,12	0,97 – 1,30	1,08	0,94 – 1,25	0,24
Local do domicílio					
Coelhos 2	1,00		1,00		0,03
Coelhos 1	1,13	1,02 – 1,26	1,12	1,01 – 1,24	
Faixa etária (anos)					
15-19	1,00		1,00		
20-35	1,62	1,18 – 2,22	1,49	1,08 – 2,05	0,01
36-49	1,96	1,43 – 2,69	1,82	1,33 – 2,49	<0,001
Cor					
Parda, Amarela e Indígena	1,00		1,00		
Preta	1,20	1,03 – 1,39	1,19	1,02 – 1,38	0,02
Branca	1,21	1,07 – 1,37	1,16	1,03 – 1,30	0,01
Situação conjugal					
Sem companheiro	1,00		1,00		0,02
Com companheiro	1,23	1,10 – 1,36	1,13	1,02 – 1,26	
Bloco II					
Idade da Menarca (anos)					
≥ 12 anos	1,00		1,00		0,006
< 12 anos	1,14	1,02 – 1,28	1,16	1,04 – 1,30	
Número de gestações					
Nulípara	1,00		1,00		
1-2	1,29	1,02 – 1,62	1,09	0,87 – 1,37	0,42
3 ou mais	1,59	1,27 – 1,98	1,27	1,01 – 1,59	0,04

IC 95%: Intervalo de confiança 95%

Bloco II: ajustado pelas variáveis do bloco I.

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa conduzida em uma comunidade de baixa renda na cidade do Recife investigou os fatores associados ao excesso de peso em mulheres em idade fértil. Os resultados indicaram que dois terços das mulheres residentes nesta comunidade apresentaram esse transtorno, com maior probabilidade com o progredir da idade cronológica, com idade da menarca mais precoce, maior número de gestações, cor da pele autorreferida como preta ou branca e coabitar com o companheiro.

A alta prevalência de excesso de peso em mulheres revelada neste estudo reflete que este é um problema na população feminina, conforme boletim da OMS (2016). Estudo semelhante, em Vitória de Santo Antão (Pernambuco), apresentou prevalência de excesso de peso de 60,3% e corrobora com o nosso achado (PINHEIRO et al., 2016).

Os altos percentuais de excesso de peso na população estudada podem ser explicados pela epidemia deste transtorno e sua tendência de crescimento conforme o estudo realizado por Costa e colaboradores (2014), no nordeste brasileiro com mulheres em idade reprodutiva utilizando os dados da II e III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco. Os autores verificaram que na Região Metropolitana de Recife a prevalência de excesso de peso passou de 30,1% para 42,2% demonstrando a progressão ascendente num intervalo de 9 anos. Inquérito telefônico brasileiro confirma a tendência temporal da epidemia de excesso de peso para a população feminina de Recife de 2006 a 2015, com percentuais de 40,9% e 54,7%, respectivamente (BRASIL, 2007; BRASIL, 2016a).

Dentre os fatores associados ao excesso de peso destacou-se a idade observando-se um aumento dessa prevalência com a progressão da mesma. Resultados semelhantes têm sido descritos em outros estudos (TEICHMANN et al., 2006; CORREIA et al., 2011; IBGE, 2014; PINHEIRO et al., 2016; MALTA et al., 2016). A elevada prevalência de excesso de peso em mulheres mais velhas decorre provavelmente da maior deposição de gordura ao longo dos anos decorrente do processo de envelhecimento, quando se observa uma redução do metabolismo basal (PINHO et al., 2013). De acordo com Malta e colaboradores (2016) com o

envelhecimento decresce o nível de atividade física e conseqüentemente aumentaria o ganho de peso e a deposição de gordura.

Outro fator que se associou ao excesso de peso nesta investigação foi a idade da menarca, constatando-se que mulheres que relataram menarca precoce, ou seja, antes dos 12 anos, tiveram probabilidade 1,16 vezes maior de apresentar excesso de peso durante a idade reprodutiva. Este é um resultado apontado em outros estudos transversais, indicando probabilidade para o sobrepeso e obesidade na vida adulta (LAITINEN; POWER; JÄRVELIN, 2001; DUNGER; AHMED; ONG, 2005; CORREIA et al., 2011; BENEDET et al., 2014; PINHEIRO et al., 2016). Os resultados de outros estudos no nordeste brasileiro sugerem a menarca precoce como a precursora do excesso de peso em mulheres nos estados do Ceará (CORREIA et al., 2011) e em Pernambuco (PINHEIRO et al., 2016). As mulheres de Minas Gerais que menstruaram mais cedo tiveram probabilidade 3 vezes maior de terem obesidade do que as demais (KAC; VELASQUEZ-MENDÉLEZ; VALENTE, 2003).

Entretanto, tem se questionado se a menarca precoce seria causa ou consequência do excesso de peso. Este questionamento se deve a resultados obtidos em estudos longitudinais indicando que a antecipação da menstruação decorre da maior quantidade de tecido adiposo durante a infância e esse maior depósito de gordura desencadearia a produção do hormônio estrógeno a partir de precursores andrógenos da adrenal e conseqüentemente anteciparia a maturação sexual (VITOLLO, 2008; SOLORZANO; MCCARTNEY, 2010; CASTILHO et al., 2012).

Na presente investigação a paridade exerceu influência sobre o IMC de mulheres em idade reprodutiva, pois aquelas com um número de 3 ou mais gestações tiveram 27% maior probabilidade de terem excesso de peso do que as que nunca tiveram filhos. Este resultado tem sido apontado em estudos realizados para a população brasileira (KAC, 2001; JORDÃO; KAC, 2005; TEICHMANN et al., 2006; FERREIRA; BENÍCIO, 2015). Apesar de a idade cronológica estar relacionada positivamente ao número de filhos, a associação entre esta variável e o desfecho se manteve significativa após ajuste na análise multivariada.

O período gestacional promove mudanças na composição corporal da mulher (HARRIS; ELLISON, 1997) e depois da idade, o número de gestações tem sido apontado como um dos maiores fatores de risco para obesidade em mulheres (KAC, 2001; FERREIRA; BENÍCIO, 2015). Justifica-se esta afirmação porque um elevado

ganho ponderal durante o período gestacional predispõe a retenção de peso pós-parto (HARRIS; ELLISON, 1997; JORDÃO; KAC, 2005; GUNDERSON, 2009) que pode perdurar ao longo da vida (SIEGA, et al., 2009), principalmente entre as mulheres com maior número de filhos (JORDÃO; KAC, 2005).

Ao analisar o local de moradia, verificou-se que a comunidade dos Coelhos é dividida em duas áreas que possuem coberturas de Unidades de Saúde da Família distintas. As mulheres que residiam na área compreendida por Coelhos 1 tiveram uma maior prevalência de excesso de peso que as demais, e essa probabilidade se manteve quando realizado o ajuste pelas variáveis socioeconômicas. Investigações acerca da infraestrutura e da vizinhança do domicílio são fatores que podem influenciar as condições de saúde dessa população (BALL et al., 2012; SENICATO; BARROS, 2012).

Embora a comunidade estudada seja de baixa renda observamos uma tendência para aumento do percentual de excesso de peso nas mulheres com melhores condições socioeconômicas, inseridas nas classes C2 e B/C1 da classificação da ABEP (2008) quando comparadas com as da classe D e E. Corroborando com este resultado, estudo de Barbosa e colaboradores (2009), realizado em comunidade de baixa renda no estado de Alagoas, revela que pequenas melhorias na aquisição de bens de consumo estão associadas a uma maior probabilidade de estes indivíduos apresentarem excesso de peso.

O nível de escolaridade das mulheres não se associou ao excesso de peso, apesar de pesquisas demonstrarem que a baixa escolaridade é um fator que interfere no excesso de peso, pois a limitação no entendimento de informações sobre saúde tem reflexo negativo no peso dos indivíduos (CORREIA et al., 2011). Estudos tem relacionado o excesso de peso com os anos de estudo e descrito que entre mulheres com menos anos de estudo a probabilidade de ter sobrepeso ou obesidade é maior que aquelas com mais anos de estudo (GIGANTE et al., 1997; TEICHMANN et al., 2006; LINS et al., 2013).

No presente estudo as cores preta e branca associaram-se significativamente ao excesso de peso. As mulheres autorreferidas como de cor preta e de cor branca tiveram maior probabilidade de ter excesso de peso do que as pardas, amarelas e indígenas. Este dado tem respaldo em resultado da literatura, somente para as mulheres pretas, em estudo que aponta para uma maior suscetibilidade das mulheres

não brancas ao excesso de peso, o que foi verificado em pesquisa realizada em levantamento de dados por inquérito telefônico (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009). Entretanto, outras pesquisas realizadas no sul do país (GIGANTE et al., 1997; TEICHMANN et al.; 2006) e no nordeste brasileiro (CORREIA et al., 2011; COSTA et.al., 2014) não revelaram associação significativa com a cor da pele.

A prevalência de excesso de peso foi maior entre as mulheres que relataram viver com companheiro e esta associação se manteve após ajuste na análise multivariada. Este resultado pode ser corroborado por dois estudos realizados com dados secundários do VIGITEL 2006 (GIGANTE et al., 2009) e 2008 (SÁ; MOURA, 2011) que apontaram maior prevalência de excesso de peso para mulheres com situação conjugal estável. Estudo realizado em Belo Horizonte por Andrade e colaboradores (2015) encontrou resultados semelhantes e infere que esta relação pode ser causada por alterações comportamentais como o estilo de vida mais sedentário nas populações urbanas.

No presente estudo os resultados demonstraram que o consumo de alimentos Grupo I, composto de alimentos de origem vegetal com teor de fibras e menor energia, não apresentou associação protetora para a variável de desfecho. Estudo conduzido por Mondini e colaboradores (2010) encontrou alta frequência de consumo de frutas e verduras na população estudada, mas após o controle de outras variáveis na análise multivariada, a associação observada inicialmente entre o consumo destes alimentos e o excesso de peso perdeu a significância. Diferentemente destes resultados, pesquisa realizada no Acre (LINO et al., 2011) com as perguntas do questionário de frequência alimentar baseado em inquérito telefônico brasileiro (BRASIL, 2006), que avaliou a frequência diária de consumo de frutas e verduras associou-se ao excesso de peso. Este achado controverso acerca do consumo de alimentos protetores estarem associados ao excesso de peso pode revelar um viés de causalidade reversa, no qual a exposição é consequência do desfecho.

A relação entre consumo de alimentos do Grupo II, composto por alimentos de origem animal com gordura saturada e alimentos ricos em açúcares, também não se apresentou como fator de risco para o excesso de peso, apesar de estudos revelarem que alimentos como o refrigerante têm sido cada vez mais consumidos pela população brasileira (SICHIERI; SOUZA, 2007; LEVY *et al.*, 2012), assim como o aumento do

consumo de alimentos não saudáveis por famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família (LIGNANI, et al., 2016).

As limitações do estudo relacionadas ao consumo de alimentos podem ser atribuídas à transversalidade do estudo e a metodologia de escore empregada. Na primeira hipótese, não podemos inferir qual o motivo que levou a população feminina consumir a quantidade de alimentos protetores e considerados de risco em quantidades adequadas, se foi o entendimento que fazem bem a saúde ou se foi porque cursam com excesso de peso. Na segunda, a avaliação do consumo dos alimentos por escore da frequência anual não revela as porções ingeridas e se estas seriam ou não proporcionais para promoção da alimentação saudável.

A avaliação do consumo alimentar é de vital importância para o conhecimento do perfil do grupo de alimentos ingeridos pelas famílias em condições socioeconômicas desfavoráveis e sua relação direta com o excesso de peso (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011). No Brasil são poucos estudos acerca do consumo alimentar. Oliveira e colaboradores (2009) encontraram mais de 1/3 da amostra com elevada frequência de alimentos considerados padrão de risco para doenças crônicas não transmissíveis e baixa frequência de alimentos saudáveis, no entanto, quando associados ao excesso de peso não apresentou significância estatística.

Na amostra estudada houve um alto percentual de mulheres que foram consideradas ativas fisicamente, resultado este que é contraditório em relação aos dados da literatura, que vem demonstrando a redução da atividade física pela população que vive em áreas urbanas e pobres (REIFF; SICHIERI, 2008; ALVES et al., 2009; BEZERRA; SICHIERI, 2011; FERREIRA; MAGALHÃES, 2011; CASTAÑO; RUEDA; AGUIRRE, 2012; WHO, 2014). Não observamos associação entre atividade física e excesso de peso, este resultado pode ter sido gerado pela limitação na avaliação do gasto energético das atividades laborais diárias destas mulheres.

O nível de atividade física do dia a dia pode ser avaliado com a finalidade de observar se esta atividade está sendo suficiente para a manutenção ou perda de peso (WHO, 2014). Estudo revela que a atividade física aliada ao consumo alimentar adequado promove a redução do peso corporal em pessoas com excesso de peso (COELHO; BURINI, 2009), diferentemente destes achados, para ALVES e colaboradores (2009) a atividade física regular, por si só, pode resultar em maior perda de peso e maior redução percentual do IMC.

A ausência de associação entre excesso de peso e transtornos mentais comuns foi um resultado inesperado, uma vez que o IMC tem se apresentado como um fator que contribui para as alterações de natureza mental, principalmente em obesos (KIVIMAKI et al., 2009; KIVIMAKI et al., 2011). Esta associação tem sido apresentada nos estudos como sendo bidirecional e relacionada a obesidade (VEGGI et al., 2004; KIVIMAKI et al., 2009; KIVIMAKI et al., 2011), sendo possivelmente esta a causa de não termos encontrado associação.

Entre as limitações encontradas no presente estudo observamos a investigação da variável classe econômica numa população de baixa renda, a qual para apresentar uma forte associação com o desfecho necessitaria de um maior tamanho amostral. Outra limitação foi a impossibilidade de inferir relações de causalidade devido o estudo ser do tipo transversal, no qual o desfecho e os fatores associados são analisados simultaneamente num determinado ponto da vida dos indivíduos, dificultando a determinação de causa e efeito que podem gerar o viés de causalidade reversa, como na variável idade da menarca. E por último, na presente investigação a variável cor da pele, que por ter sido autorreferida pode ter favorecido a ocorrência do erro de classificação e, portanto, proporciona fragilidade da associação entre cor da pele e excesso de peso.

É importante salientar que os fatores determinantes do excesso de peso são numerosos e com uma inter-relação complexa, existindo participação dos componentes genético, comportamental e ambiental no desenvolvimento deste transtorno nutricional. A rápida elevação na prevalência do excesso de peso observada nas últimas décadas tem sido atribuída a vários fatores ambientais, especialmente infraestrutura física inadequada no local da residência, acesso a alimentos industrializados e a inatividade física. O conhecimento desses fatores faz-se necessário no desenvolvimento de ações de intervenção no tratamento e prevenção deste transtorno nutricional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas no mundo tem se verificado o avanço contínuo do excesso de peso em grande parcela da população e evidenciado a vulnerabilidade da mulher em idade fértil a esta epidemia. Neste processo observa-se o aumento da prevalência do excesso de peso em comunidades de baixa renda, a qual expressava historicamente, ambiente de déficit nutricional.

Tendo em vista o crescimento desta epidemia em áreas consideradas pobres e marginalizadas na sociedade, surgiu o interesse em investigar o efeito dos fatores sociais, comportamentais e reprodutivos que propiciam o excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva.

O presente estudo revelou a elevada prevalência de excesso de peso entre as participantes no período analisado, evidenciando que existe uma forte associação com a progressão da idade, que pode ter sido ocasionada pelo processo de envelhecimento. Além disso, a cor preta e a cor branca da pele e viver com companheiro evidenciam características sociodemográficas que estão relacionadas ao desfecho e que podem contribuir para o aumento do IMC. Os fatores relacionados ao ciclo reprodutivo que reforçam a vulnerabilidade das mulheres a este agravo nutricional são o maior número de gestações e a antecipação da menarca.

Os fatores elencados refletem em parte os aspectos sociais e reprodutivos do problema nutricional em mulheres de uma comunidade de baixa renda do Recife, tal constatação se faz devido a necessidade de estudos longitudinais qualitativos objetivando um conhecimento mais profundo das condições sociais e comportamentais que propiciam esta epidemia.

Considerando os resultados encontrados nesta população, também faz-se necessário sugerir o planejamento de ações coletivas e individuais nas unidades de atenção básica de saúde englobando equipe multidisciplinar para o enfrentamento desta epidemia. Portanto, sugere-se a realização de reuniões regulares dos usuários com os profissionais de saúde, utilizando estratégias e material educativo do Ministério da Saúde (2016b) intitulado: “*Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica*”, no qual a educação em saúde é tratada sob a ótica problematizadora de Paulo Freire, enfocando a promoção da autonomia e o empoderamento do sujeito para a transformação de sua realidade.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/default.aspx>>. Acesso em jul. 2016.
- ALVES, J. G.; GALE, C. R.; MUTRIE, N.; CORREIRA, J.B.; BATTY, G.D. A 6-Month Exercise Intervention Among Inactive and Overweight *Favela*-Residing Women in Brazil: The Caranguejo Exercise Trial. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 76-80, jan. 2009.
- ALVES, J. G. B.; SIQUEIRA, F.V.; FIGUEIROA, J.N.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X. et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 3, p. 543-556, 2010.
- ANDRADE, R.G.; CHAVES, O.C.; COSTA, D.A.S.; ANDRADE, A.C.S.; BISPO, S.; FELICISSIMO, M.F. et al. Overweight in men and women among urban area residents: individual factors and socioeconomic contexto. **Cad Saude Publica**, v. 31, s. 11, p. 148 – 158, nov. 2015
- ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p. 337-348, jul./set., 2005.
- ARAÚJO, T.M.; ALMEIDA, M.M., SANTANA, C.C.; ARAÚJO, E.M.; PINHO, P.S. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p.260-269, abr/jun. 2006.
- BALL, K.; ABBOTT, G.; CLELAND, V.; TIMPERIO, A.; THORNTON, L.; MISHRA, G. et al. Resilience to obesity among socioeconomically disadvantaged women: the READI study. **Int J Obes**, v. 36, n. 6, p. 855-865, jun. 2012.
- BARBOSA, J.M.; CABRAL, P.C.; LIRA, P.I.C.; FLORÊNCIO, T.M.M.T. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste Brasileiro. **ALAN**, v.59, n.1, p.22-29, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222009000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em jan. 2017.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, p. S181-S191, 2003.
- _____. SOUZA, A. I.; MIGLIOLI, T.C.; SANTOS, M.C. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, s. 2, p. S247-S257, 2008.

_____. ASSIS, A.M.; KAC, G. Transição Nutricional: conceito e características. In: KAC, G. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 297-323.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: saúde, nutrição, alimentação e condições socioeconômicas no Estado de Pernambuco. Recife: Instituto Nacional de alimentação e Nutrição; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. – Brasília: Ministério da Saúde, p.297 , 2007.

_____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional De Saúde Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 82 p.

_____. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil Realização - Indicadores e Monitoramento - da Constituição de 1988 aos dias atuais 2010. CONSEA. Brasília, Nov. 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Censo Demográfico 2010. Famílias e domicílios. Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 1-203. 2012a.

_____. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional De Saúde Brasília, 2012b.

_____. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios -- Brasília, DF: **CAISAN**, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel

Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 152p, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 160p, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 168p, 2016b.

BENEDET, J.; LOPES, A.S.; ADAMI, F.; HINNIG, P.F.; VASCONCELOS, F.A.G. Association of sexual maturation with excess body weight and height in children and adolescents. **BMC Pediatr**, v.14, p. 1471-2431, mar.2014.

BEZERRA, I.N.; SICHIERI, R. Sobrepeso e Obesidade: Um Problema de Saúde Pública. In: TADDEI, J.A.A.C.; LANG, R.M.F.; LOGO-SILVA, G.; TOLONI, M.H.A. **Nutrição em Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. p. 288-297.

BRAVEMAN, P.A; CUBBIN, C., EGERTER, S., WILLIAMS, D.R.; PAMUK, E. Socioeconomic Disparities in Health in the United States: What the Patterns Tell Us. **American Journal of Public Health**, v.100, n. S1, p. 187-196, 2010.

CABRAL, M.J.; VIEIRA, K.A.; SAWAYA, A.L.; FLORÊNCIO, T. M. M.T. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos avançados**, v. 27, n.78, 2013.

CARRA FORTE, C.; BERNARDI, J.R.; GOLDANI, M.Z.; BOSA, V.L. Relação entre a retenção de peso nos primeiros três meses pós-parto com ganho de peso e ingestão alimentar durante a gestação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n.3, p. 279-287, jul./set., 2015

CASTAÑO L.S.A.; RUEDA, J.D.G.; AGUIRRE, C.C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad los efectos de la inequidad y de la pobreza. **Rev Gerenc. Polit. Salud**, v. 8, n. 3, p. 98-110, 2012.

CASTILHO, S. D.; PINHEIRO, C.D.; BENTO, C. A.; BARROS-FILHO, A. A.; COCETTI, M. Tendência secular da idade da menarca avaliada em relação ao índice de massa corporal. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** , v. 56, n. 3, p. 195-200, 2012

CASTILHO, S. D.; NUCCI, L. B. Age at menarche in schoolgirls with and without excess weight. **J Pediatr**, 91 n.1, p.75-80, 2015.

CHIN, J. R.; KRAUSE, K. M.; OSTBYE, T.; CHOWDHURY, N.; LOVELADY, C. A.; SWAMY, G. K. Gestational weight gain in consecutive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*, v. 203, n. 3, p.279 e1-6, 2010.

CHOR, D.; ANDREOZZI, V.; FONSECA, M.J.M.; CARDOSO, L.O.; JAMES, S.A.; LOPES, C.S. et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 18, n.17, p. 3183-3191, apr. 2015.

COELHO, C. F.; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n.6, p.937-946, nov/dez. 2009.

CORREIA, L.L.; SILVEIRA, D.M.I.; SILVA, A.C.; CAMPOS, J.S.; MACHADO, M.M.T.; ROCHA, H.A.L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 133-145, 2011.

COSTA, E. C.; LIRA, P. I. C.; OLIVEIRA, J. S.; MENEZES, R. C. E.; TAVARES, F.C.L.P.; BATISTA FILHO, M. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol. 27, n.5 p.513-524, set./out., 2014.

CÓZARO, C.A.P. ANÁLISE DO IMC E PORCENTUAL DE GORDURA CORPORAL E A RELAÇÃO COM A MENARCA EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO EM SERRA NEGRA-SP. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.6, n.33, p.168-174, Maio/Jun. 2012. ISSN 1981-9919

DN/UFPE. **III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: Saúde, Nutrição, Alimentação, Condições Socioeconômicas e Atenção à Saúde no Estado de Pernambuco (III PESN/2006)**. Recife, 2012, 185p.

DUNGER, D.B.; AHMED, M.L.; ONG, K.K. Effects of obesity on growth and puberty. **Best Pract Res Clin Endocrinol Metab**, v.19, n.3, p. 375-390, 2005.

FARIA, E.R.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PELUZIO, M.C.G.; SANT'ANA, L.F.R.; PRIORE, S.E. Correlação entre variáveis de composição corporal e metabólica em adolescentes do sexo feminino. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n.2, p. 119-127, 2009.

FERNALD, L. C.; GERTLER, P. J.; HOU, X. Cash component of conditional cash transfer program is associated with higher body mass index and blood pressure in adults. **J Nutr**, v. 138, n. 11, p. 2250-2257, 2008.

FERREIRA, M. G.; SICHIERI, R. Antropometria como Método de Avaliação do Estado de Nutrição e Saúde do Adulto. In: KAC, G. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 93 -104

FERREIRA, R. A. B.; BENÍCIO, M. H. D. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n.4/5, 2015.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, s. 6, p. 1976-1800, nov/dez. 2005.

_____. MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, s. 2, p.483-490, 2006.

_____. SILVA, A. E.; RODRIGUES, C. A. A.; NUNES; N. L. A.; VIGATO, T. C.; MAGALHÃES, R. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, s. 1, p.1423-1432, 2010.

_____. MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, s. 4, p.2279-2287,2011.

FETT, C.A.; FETT, W. C. R.; MARCHINI, J. S.; RIBEIRO, R. P. P. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1. P. 131-140, 2010.

FLORENCIO, T. M.; BUENO, N. B.; CLEMENTE, A. P.; ALBUQUERQUE, F. C.; BRITTO, R. P.; FERRIOLLI, E. et al. Weight gain and reduced energy expenditure in low-income Brazilian women living in slums: a 4-year follow-up study. **Br J Nutr**, v. 114,n.3, p. 462-471, 2015

FORNÉS, N.S.; MARTINS, I.S.; VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ, G.; LATORRE, M.R.D.O. 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.

GIGANTE, D.P.; BARROS,F.C.; POST, C.L.A.; OLINTO, M.T.A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.3, p.236-246, jun. 1997.

_____. MOURA, E.C.; SARDINHA, L.M.V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, S. 2, p.83-89, 2009.

_____. FRANÇA, G.V.A.; SARDINHA, L.M.V.; ISER, B.P.M.; MELÉNDEZ, G.V. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, s.1, p. 157-165, 2011.

GLUCKMAN, P. D.; CUTFIELD, W.; HOFMAN, P.; HANSON, M. A. The fetal, neonatal, and infant environments-the long-term consequences for disease risk. **Early Hum Dev**, v.1, n1, p. 51-59, jan. 2005

GUNDERSON, E.P. Childebearing and obesity in women: weight before, during and after pregnancy. **Obst Gynecol Clin North Am**, v. 36, n. 2, p. 317-334, jun. 2009.

HALL, J.E. Fundamentos de Guyton e Hall Fisiologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

HANSON, M.; GODFREY, K. M.; LILLYCROP, K. A.; BURDGE, G. C.; GLUCKMAN, P. D. Developmental plasticity and developmental origins of non-communicable disease: theoretical considerations and epigenetic mechanisms. **Prog Biophys Mol Biol**, v. 106, n. 1; p. 272-280, 2011.

HAREGU, T.N.; OTI, S.; EGONDI, T.; KYOBUTUNGI, C. Measurement of overweight and obesity in an urban slum setting in sub-Saharan Africa: a comparison of four anthropometric indices. **BMC Obesity** v. 3, n.46, 2016.

HARRIS, H. E.; ELLISON, G.T.H. Do the changes in energy balance that occur during pregnancy predispose parous women to obesity. **Nutrition Research Reviews**, v. 10, p. 57-81, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo Nacional de Despesa Familiar. ENDEF. Rio de Janeiro, 1976.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 Aglomerados subnormais, Informações territoriais. Rio de Janeiro, 2013.

JORDÃO, I.S.C; KAC, G. Determinantes da retenção de peso pós-parto segundo a cor da pele em mulheres do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.18, n.6, p. 403-411, 2005.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós-parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.3, p. 455-466, mai/jun. 2001.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDÉZ, G.; VALENTE, J;G.. **Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública**, v.19, s.1, p. S111-S118. 2003. ISSN 1678-4464.

KELLY, T.; Yang, W.; CHEN, C-S.; REYNOLDS, K.; HE, J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. **International Journal of Obesity**, v. 32, p.1431–1437, 2008.

KIVIMÄKI, M.; BATTY, G. D.; SINGH-MANOUX, A.; NABI, H.; SABIA, S.; TABAK, A. G. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 195, n. 2, p. 149–155, 2009.

KIVIMÄKI, M.; JOKELA, M.; HAMER, M.; GEDDES, J.; EBMEIER, K.; KUMARI, M. et al. Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (FTO) Genotype Instrumented Analysis. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 173, n. 4, p. 421–429, 2011.

LAITINEN, J.; POWER, C.; JÄRVELIN, M.R. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. **Am J Clin Nutr**, v. 74, p. 287–294, 2001

LEVY, B.R.; CLARO, R.M.; BANDONI, D.H.; MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Disponibilidade de “açúcares de adição” no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 3-12, 2012.

LIGNANI, J. B.; SICHIERI, R.; BURLANDY, L.; SALLES-COSTA, R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v.14, n.5, p.785–792, 2010.

LINHARES, R.S; HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. . **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.3, p.438-448. mar. 2012.

LINS, A.P.M.; SICHIERI, R; COUTINHO, W. F.; RAMOS, E. G.; PEIXOTO, M. V. M.; FONSECA, V.M. **Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. Ciênc. saúde coletiva.**, v.18, n.2, p. 357-366, 2013. ISSN 1413-8123.

LOHMAN TG, ROCHE AF, Martorell R. **Anthropometric standardization reference manual**. Toronto: Abridged; 1991.

LURDEMIR, A. B.; FILHO, D.A.M. Condições de vida e estrutura ocupacional assoaciadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**,v .36, n.2,p.213-21, 2002

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A.; ANDRADE, S. S.; OLIVEIRA, T. P.; STOPA, S. R.; de OLIVEIRA, M. M.; Jaime, P. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Cien Saude Colet**, v. 21, n.4, p.1061-1069, apr. 2016

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H, M.D.; CÉSAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 8, p. 1639–48, 2006.

MARTÍNEZ, J.; Araújo, C.; Horta, B.L.; Gigante, D.P. Growth patterns in early childhood and the onset of menarche before age twelve. **Revista Saúde Pública**, v.44, n. 2, p.249-60, 2010.

MARTINS, A. P. B.; CANELLA, D.S.; BARALDI, G.L.; MONTEIRO, C.A. Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p.1159-71, 2013.

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. **Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 6-18, 2001.

MONDINI, L.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M.; GIMENO, S.G.A. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 86-694, 2010.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, s.1, p. S67-S75, 2003

NAVES, A. In: SILVA, S.M.C.S. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. Pag. 591-610

NAST, M.; OLIVEIRA, A.; RAUBER, F.; VITOLO, M. R. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n.1, p. 536-540, 2013.

ONIS, M.; ONYANGO, A.; BORGUI, E.; SIYAM, A.; NISHIDA, C.; SIEKMANN, J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**., v.85, n. 9, Sep. 2007.

OLIVEIRA, L. P. M.; ASSIS, A. M. O.; SILVA, M. C. M.; SANTANA, M. L. P.; SANTOS, N.S.; PINHEIRO, S.M.C.; BARRETO, M.L; SOUZA, C.O; et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3):570-582, mar, 2009.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. **Obesity and Poverty A New Public Health Challenge**. Washington, D.C.: PAHO, 2000.124 p.—(Scientific Publication No. 576)

PEREIRA, R.A.; ANDRADE, R.G.; SICHIERI, R. Mudanças no consumo alimentar de mulheres no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1995-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2419-2432, nov. 2009.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.4, p.523-533, out./dez. 2004.

PINHEIRO, M.M.; OLIVEIRA, J.S.; LEAL, V.S.; LIRA, P.I.C.; SOUZA, N.P.; CAMPOS, F.A.C.S. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.29, n.5, p.679-689, set./out., 2016.

PINHO, C. P. S.; DINIZ, A. S.; ARRUDA, I. K. G; BATISTA FILHO, M.; COELHO, P. C.; SEQUEIRA, L. A. S.; LIRA, P. I. C. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n.2, p. 313- 324, fev. 2012.

POLIS. Instituto de Estudos Formação e assessoria em Políticas Sociais. Zona Especial de Interesse Social (ZEIS). Jul. 2004. Disponível em <<http://base.d-ph.info/pt/fiches/dph/fiche-dph-6767.html>>. Acesso em nov.2016.

RECIFE. Prefeitura do Recife. Perfil dos Bairros. RPA1. Bairro dos Coelhos. Disponível em <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/coelhos>>. Acesso em nov.2016.

REIFF, A.C.; SICHIERI, R. Associação do status socioeconômico com obesidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n.3, p. 415-426, 2008

REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E. F. P. L.; RIBEIRO, R. C. L.; VIDIGAL, F. C.; VASQUES, A. C. J.; BONARD, I S.; CARVALHO, C. R. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal Associação com Fatores de risco Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

RIBEIRO, A. M.; LIMA M. C.; LIRA, P. I.C.; DA SILVA, G. A. Low birth weight and obesity: causal or casual association? **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n. 3, p. 341-349, jul/sep. 2015

SA, N.N.B.; MOURA, E.C. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.7, p. 1380-1392. 2011. ISSN 0102-311X.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Série Saúde no Brasil, n. 4, p. 61-74, mai. 2011.

SENICATO, C.; BARROS, M.B.A. Desigualdades sociais na saúde de mulheres adultas no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.10, p. 1903-1914. out. 2012.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. G. Epidemiologia da Obesidade. In: KAC, G. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. Pag.347-357

SIEGA-RIZ, A.M. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendation: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, p. 339. e1, oct. 2009.

SILVA, T.M.; AGUIAR, O. B.; FONSECA, M.J.M. Associação entre sobrepeso, obesidade e transtornos mentais comuns em nutricionistas. **J Bras Psiquiatr**, v.64, n.1, p. 24-31, 2015.

SILVEIRA, P. P.; PORTELLA, A.K.; GOLDANI, M. Z.; BARBIERI, M. A. Developmental origins of health and disease (DOHaD). **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 494-504, 2007.

SINGH, A.; GUPTA, V.; GHOSH, A.; LOCK, K.; GHOSH-JERATH, S. Quantitative estimates of dietary intake with special emphasis on snacking pattern and nutritional status of free living adults in urban slums of Delhi: impact of nutrition transition. **BMC Nutr**, v. 1, n., p. 22, oct. 2015

SOBAL, J.; STUNKARD, A.J. Socioeconomic Status and Obesity: A review of the literature. **Psychological Bulletin**, v.105, n.2, p. 260-275, 1989.

SOLORZANO, C.M.B.; MCCARTNEY, C.R. Obesity and the pubertal transition in girls and boys. **Reproduction**, v. 140, p.399-410.

SOUZA, A. M.; BEZERRA, N. I.; CUNHA, D. B.; SICHERI, R. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009). **Rev Bras Epidemiologia**, v. 14, s.1, 44-52,2011.

TEACHMAN, J. Body weight, marital status, and changes in marital status. **J Fam Issues**, v.37, n.1, 74-96. Jan, 2016.

TEICHMANN, L.; OLINTO, M.T.A.; COSTA, J.S.D.; ZIEGLER, D. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Rev Bras Epidemiol**, v.9, n.3, 360-367. 2006.

TEIXEIRA, P. D.S.; REIS, B.Z.; VIEIRA, D.A.S.; COSTA, D.; COSTA, J.O.; RAPOSO, O.F. et al, 2013. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para

mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 347-356, 2013.

TSENG, M.; THORNTON, L. E.; LAMB, K. E.; BALL, K.; CRAWFORD, D. Is neighbourhood obesogenicity associated with body mass index in women? Application of an obesogenicity index in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. **Health & Place**, v.30, p. 20-27, 2014.

VEGGI, A.B.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 4, p.242-247, 2004.

VELÁSQUEZ -MELENDEZ, G. V.; PIMENTA, A. M.; KAC, G.; Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, v.16, n.5, p. 308-314, 2004.

VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Rev Bras Epidemiologia**, v.13, n.3, p.400-412. 2010.

VIEIRA, A.C.F.; SICHIERI, Rosely. **Associação do status socioeconômico com obesidade. Physis.**, v.18, n.3, p. 415-426. 2008. ISSN 1809-4481.

VERDOLIN, L.D.; BORNER, A.R.S.; SILVA, T.F.C.; GUEDES JUNIOR, R.O.; BELMONTE, T.S.A. Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. **Scientia Medica**, v. 22, n. 1, p. 25-31, 2012.

VITALLE, M.S.S.; TOMIOKA, C.Y.; JULIANO, Y.; AMANCIO, O.M.S. Índice de massa corporal desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 429-33, 2003.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008. 628 p

WANDERLEY, E.N.; FERREIRA, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 185-194, 2010.

WHO. A user's guide to the self reporting questionnaire (SQR). **Division of mental health**. Geneva: WHO, 1994.

WHO. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. **WHO Technical Report Series**, n. 854. Geneva: WHO, 1995.

WHO. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. **WHO Technical Report Series**, n. 854. Geneva: WHO, 1998.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Reporto of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO. AnthroPlus for personal computers. **Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents.** Geneva: WHO, 2009

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. May, 2013.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Prevalence of overweight, ages 18+, 2010-2014 (age standardized estimate) Both sexes: 2014. Disponível em: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/overweight/atlas.html. Acesso em: 22 nov. 2016

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Updated June 2016.

APÊNDICE

Categorização das variáveis sociodemográficas e reprodutivas

Variável desfecho	Variável no Banco de dados	Categorização
IMC	Variável contínua	<p>Excesso de peso → sobrepeso + obesidade</p> <p>Adolescentes</p> <p>Baixo peso → ZIMC/l < -2; Eutrofia → ZIMC ≥ -2 e < +1; Sobrepeso → ZIMC ≥ +1 e < +2; Obesidade → ZIMC ≥ +2</p> <p>Adultas</p> <p>Baixo peso → IMC < 18,5 Kg/m², Eutrofia → IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m², Sobrepeso → IMC 25 a 29,9 Kg/m² Obesidade → ≥ 30 Kg/m²</p>
Variáveis explanatórias	Variável no Banco de dados	Categorização
Idade	Variável contínua	15 a 19 anos 20 a 35 anos 36 a 49 anos
Cor da pele	Branca Preta Parda Amarela Indígena	Branca Preta Parda e outras
Escolaridade (anos)	0 - Analfabeta/fundamental 1 incompleto 1- Fundamental 1 completo/ fundamental 2 incompleto 2- Fundamental completo/ médio incompleto 3 – Médio completo/ Superior incompleto 4 – Superior completo	<5 anos de estudo → 0 5-8 anos de estudo → 1 9 a 11 anos de estudo → 2 ≥ 12 anos de estudo → 3 e 4
Local de domicílio	1 - USF Coelhos 1 2 – USF Coelhos 2	Coelhos 1 Coelhos 2
Pessoas no domicílio	Variável contínua	≤ 4 pessoas > 4 pessoas
Situação conjugal	Pessoa de referência Cônjuge Filha Enteada Agregada Outro	Sem companheiro - pessoa referência, filha, enteada, agregada, outro Com companheiro - cônjuge

Posse de bens de consumo (ABEP)	Classe A: 45-100 pontos Classe B1: 38-44 pontos Classe B2: 29-37 pontos Classe C1: 23-28 pontos Classe C2: 17-22 pontos Classe D-E: 0-16 pontos	Classe B, C1 - Classes B1,B2, C1, Classe C2 Classe D-E
Trabalho formal	Não trabalha Desempregada Aposentada (13º salário) Pensionista Benefício Autônoma Empregada Trabalho esporádico Biscateiro/ambulante Estudante (não está trabalhando) Trabalho voluntário	Sim - empregada, autônoma, trabalho esporádico, biscateiro/ambulante Não - não trabalha, desempregada, aposentada, pensionista, benefício, estudante, trabalho voluntário
Chefe de família	Pessoa de referência (chefe) Cônjuge Filha Enteada Agregada Outro	Não – Outra posição (cônjuge, filha, enteada, agregada, outro) Sim - Pessoa de referência (chefe)
Beneficiária - Programa Bolsa Família (PBF)	Sim, comprovado Sim, informado Não Não se aplica	Sim - comprovado e informado Não - não recebe e não se aplica
Tipo de moradia	Casa própria (paga) Casa própria (em aquisição) Cedida Invadida Alugada Outros	Casa própria - paga e em aquisição Outra forma - cedida, invadida, alugada, outros
Destino do lixo	Coletado Queimado Terreno baldio Depositado em caçamba para coleta	Coletado Outro _ demais formas
Idade da menarca	Variável contínua	≥ 12 anos - risco para excesso de peso < 12 anos - proteção para excesso de peso
Número de gestações	Variável contínua	Nulípara (nunca engravidou) 1-2 gestações 3 ou mais gestações

Idade da primeira gestação	Variável contínua	Nulípara <18 anos – risco para excesso de peso ≥18 anos – proteção para excesso de peso
Uso de contraceptivo oral	Pilula Tabela Preservativo feminino/masculino DIU Diafragma Laqueadura Não utiliza método outros	Sim – Pilula Não – tabela, preservativo feminino/masculino, DIU, Diafragma, Laqueadura, Não utiliza método, outros
Atividade física	Variável contínua <u>Caminha</u> Dias da semana Hora de caminhada Minutos por sessão <u>Atividade Moderada</u> Dias da semana Hora de caminhada Minutos por sessão <u>Atividade Vigorosa</u> Dias da semana Hora de caminhada Minutos por sessão	Muito ativo: Vigorosa ≥5 dias +30 minutos/sessão OU Vigorosa ≥3 dias + 20 minutos/sessão OU Moderada/caminhada ≥5 dias+30 minutos/sessão Ativo: OU Vigorosa ≥3 dias + 20 minutos/sessão OU Moderada/caminhada ≥5 dias+30 minutos/sessão OU qualquer atividade ≥5 dias+ ≥150 minutos/semana Sedentário→Irregularmente ativo+sedentário Frequência e duração insuficiente para ser ativo OU não praticou nenhuma atividade física por dez minutos seguidos
Consumo alimentar	Alimentos consumidos número de dias da semana: 1 - 1 a 2 dias/semana 2 - 3 a 4 dias/semana 3 - 5 a 6 dias/semana 4 - Todos os dias inclusive sábado e domingo 5 - Quase nunca 6 - Nunca	Alimentos Grupo I (saudáveis)→ feijão; verdura ou legume; salada alface e tomate ou verdura e legumes crus; verdura e legumes cozidos; come frutas. Alimentos Grupo II (risco para DCNT)→ carne/gorda; frango/pele;refrigerante; come doce
Transtornos mentais comuns (SQR-20)	Variável contínua	Não → <8 pontos Sim → ≥8 pontos

ANEXOS

ANEXO A - 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	Idade da criança < 5 anos de idade	Sexo	Raça/cor	Religião	Data de Nascimento			Idade (meses ou anos completos)	Formulários especiais				Grau de instrução (<7 anos e mais)	Condição de Trabalho (Último mês) (10 anos e mais)
							Dia	Mês	Ano		Cranga (menor de 3anos)	Adolescente (10 a 19 anos)	Mulher (15 a 49 anos)	Adulto (M e F) (20 anos e mais)		
(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	(6) RAÇA/ COR	(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) 06 - SUPERIOR COMPLETO 88 - CRIANÇA <7 ANOS	00 - NÃO TRABALHA 01 - DESEMPREGADO 02 - APOSENTADO (RECEBE 13º SALÁRIO) 03 - PENSIONISTA 04 - BENEFÍCIO 05 - AUTÔNOMO (URBANO OU RURAL) 06 - EMPREGADO 07 - TRABALHO ESPORÁDICO 08 - BISCATEIRO/AMBUJANTE 09 - ESTUDANTE (TRABALHANDO) 10 - ESTUDANTE (NÃO ESTÁ TRABALHANDO) 11 - TRABALHO VOLUNTÁRIO 88 - MENOR DE 10 ANOS

ANEXO B - Formulário de Domicílio e Aspectos da 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 border="0"> <tr> <td>1 Casa</td> <td>3 Quarto/Cômodo</td> </tr> <tr> <td>2 Apartamento</td> <td>4 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 border="0"> <tr> <td>1 Própria, já paga</td> <td>5 Invasa</td> </tr> <tr> <td>2 Própria, em aquisição</td> <td>4 Alugada</td> </tr> <tr> <td>3 Cedida</td> <td>6 Outro</td> </tr> </table>	1 Própria, já paga	5 Invasa	2 Própria, em aquisição	4 Alugada	3 Cedida	6 Outro	REGIME	<input type="checkbox"/>														
1 Própria, já paga	5 Invasa																						
2 Própria, em aquisição	4 Alugada																						
3 Cedida	6 Outro																						
3	Quantos cômodos tem sua casa? TOTAL: <input type="text"/> <input type="text"/>	CMDTOTAL	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
4	Quantos cômodos são usados para dormir? TOTAL: <input type="text"/> <input type="text"/>	CMDORME	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
5	Qual o material usado para fazer as paredes da sua casa? <table border="0"> <tr> <td>1 Alvenaria/Tijolo</td> <td>4 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td>2 Tijolo + Taipa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Papelão/Lona/Madeira</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 border="0"> <tr> <td>1 Cerâmica/ Lajota</td> <td>4 Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td>2 Madeira</td> <td>5 Outro:</td> </tr> <tr> <td>3 Cimento</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 border="0"> <tr> <td>1 Laje de concreto</td> <td>3 Telha de amianto (Brasilit)</td> </tr> <tr> <td>2 Telha de barro</td> <td>4 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 border="0"> <tr> <td colspan="2">Com canalização interna</td> <td colspan="2">Sem canalização interna</td> </tr> <tr> <td>1 Rede geral</td> <td>5 Rede geral</td> <td>9 Outro: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Poço</td> <td>6 Poço</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Cisterna</td> <td>7 Chafariz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Outro: _____</td> <td>8 Cisterna</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Com canalização interna		Sem canalização interna		1 Rede geral	5 Rede geral	9 Outro: _____		2 Poço	6 Poço			3 Cisterna	7 Chafariz			4 Outro: _____	8 Cisterna			ÁGUA	<input type="checkbox"/>
Com canalização interna		Sem canalização interna																					
1 Rede geral	5 Rede geral	9 Outro: _____																					
2 Poço	6 Poço																						
3 Cisterna	7 Chafariz																						
4 Outro: _____	8 Cisterna																						
9	O(a) Sr (a) faz algum tipo de tratamento da água de beber ? <table border="0"> <tr> <td>1 Fervida</td> <td>4 Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td>2 Filtrada</td> <td>5 Mineral</td> </tr> <tr> <td>3 Coada</td> <td>6 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: _____																						

QST

Qual a quantidade que a sua casa dispõe dos seguintes itens?		Quantidade de itens						
Posse de itens (ABEP)		0	1	2	3	4 ou+		
10	Rádio/som	0	1	2	3	4	RADIO	<input type="text"/>
11	Televisão – cores	0	1	2	3	4	TVCOR	<input type="text"/>
12	Banheiro	0	4	5	6	7	BANHO	<input type="text"/>
13	Automóvel/carro	0	4	7	9	9	CARRO	<input type="text"/>
14	Empregada mensalista	0	3	4	4	4	EMPREG	<input type="text"/>
15	Máquina de lavar	0	2	2	2	2	MAQLAV	<input type="text"/>
16	Video/ DVD	0	2	2	2	2	VIDEODVD	<input type="text"/>
17	Geladeira	0	4	4	4	4	GELAD	<input type="text"/>
18	Freezer(parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	FREEZER	<input type="text"/>
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"/> 2 Fossa com tampa	<input type="checkbox"/> 3 Fossa rudimentar (sem tampa)	<input type="checkbox"/> 4 Curso d'água	<input type="checkbox"/> 5 Céu aberto	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	DESTDEJ	<input type="checkbox"/>
21	Qual o destino do lixo produzido na casa?							
	<input type="checkbox"/> 1 Coletado	<input type="checkbox"/> 2 Queimado	<input type="checkbox"/> 3 Terreno baldio	<input type="checkbox"/> 4 Depositado em caçamba para coleta	<input type="checkbox"/> 5 Outro: _____		DESTLIX	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 2 Sim, em computador móvel (tablet, netbook, notebook)	<input type="checkbox"/> 3 Sim, no celular	<input type="checkbox"/> 4 Não	<input type="checkbox"/> 5 Outro _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra	FIXO MOVEL CELULAR NAO OUT NAOSABE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/>

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

25	<p>O que fez do dinheiro recebido do PBF no último mês? (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="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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 dividas</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="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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 dividas</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 dividas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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	<p>DIMES 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>DIMES 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>DIMES 3 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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 dividas</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 dividas	4	Comprou remédios	5	Comprou roupas	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <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 dividas																					
4	Comprou remédios																					
5	Comprou roupas																					
6	Outro _____																					
7	Ainda não recebeu																					
8	NSA (Não está inscrita/não recebeu)																					
9	Não sabe																					

ANEXO C – Formulário de Registro da Mulher

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

Nome: _____ nº de ordem: _____

FORMULÁRIO 5
REGISTRO DA MULHER (10 a 49 anos)

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

FAZER FORMULÁRIO COM MULHERES PÓS MENARCA

1. Com que idade a Sra. **menstruou pela 1ª vez?** anos 9 9 Não sabe/não lembra IDMENARC

2. A Sra. **esteve grávida** alguma vez? 1 Sim 2 Não 3 Está grávida GRAVIDEZ

3. Se **esteve**, com que idade a Sra. engravidou pela primeira vez? Anos IDPRGRAV
 8 8 NSA (nunca engravidou)
 9 9 Não sabe/não lembra

4. Quantas vezes a Sra. engravidou?

<input type="text"/>	Veze	<input type="text"/>	Vivos atualmente	VZGRAV	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Nº de partos	<input type="text"/>	Está grávida	PARTOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Abortos (< 20 semanas de gestação)	<input type="text"/>	Nunca engravidou	ABORTOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Parto normal	<input type="text"/>	Não sabe/não lembra	PARTNOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Parto cesáreo	<input type="text"/>		PARTCESA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Parto fórceps	<input type="text"/>		PARTFORC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Nascidos mortos (≥ 20 semanas de gestação)	<input type="text"/>		NACMORT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Nascidos vivos	<input type="text"/>		NASCVIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mortos até 28 dias após o nascimento	<input type="text"/>		MORTRN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mortos logo após o nascimento	<input type="text"/>		MORTPNAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		VIVOSAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Se **está grávida** com quantos meses (idade gestacional)? Se **não está grávida** pule para a questão 11.
 Mês(es) 8 NSA (nunca engravidou/não está grávida) IDADEGEST

6. Se **está grávida** a Sra. recebe atendimento pré-natal?
 1 Sim 2 Não 8 NSA (nunca engravidou/não está grávida) PRENATAL

7. Com quantos meses de gestação a Sra. iniciou o pré-natal?
 Mês(es) 8 NSA (nunca engravidou/não está grávida) MESPAT

8. Se **está grávida** a Sra. tem cartão de pré-natal?
 1 Sim 2 Não 8 NSA(nunca engravidou/não está grávida) CARTPNAT

9. Se **sim**. Anotar vacinas/situação vacinal de acordo com o **cartão do Pré-natal**. (não considerar informação verbal)

	Nº de doses (de 1 a 3)	Reforço (4)	Já imunizada (5)			
dT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 8	Não está grávida/não tem cartão	DT <input type="text"/>
Hepatite B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			HEPTB <input type="text"/>
Gripe/influenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			GRIPE <input type="text"/>

<p>10. Quantas consultas de pré-natal a Sra. já fez na gravidez atual?</p> <p><input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox" value="8"/> NSA (Não está grávida)</p>		<p>QST</p> <p>CONSPNAT</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Usa algum método para evitar a gravidez? <input type="checkbox" value="1"/> Sim <input type="checkbox" value="2"/> Não <input type="checkbox" value="8"/> NSA (Está grávida)</p>		<p>METACP</p>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Se usa método para evitar a gravidez, qual a Sra. usa atualmente? Se usar dois tipos ao mesmo tempo, pode assinalar mais de uma resposta e nas demais colocar zero.</p>			
<input type="checkbox" value="1"/> Pílula	.....	PILULA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="2"/> Tabela	.....	TABELA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="3"/> Camisinha masculina/ feminina	.....	PRESERV	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="4"/> DIU	.....	DIU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="5"/> Diafragma	.....	DIAFRAG	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="6"/> Laqueadura	.....	LAQUEAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="7"/> Outro	.....	OUTRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="8"/> NSA (está grávida/não usa método)	.....	NSA	<input type="checkbox"/>
<p>13. Se não usa nenhum método. Por quê? (pode assinalar mais de uma resposta, nas demais colocar zero)</p>			
<input type="checkbox" value="1"/> Desconhecimento dos métodos	.....	DESCMET	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="2"/> Dificuldade de adquiri-los	.....	DIFADQU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="3"/> Motivo religioso	.....	MOTRELIG	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="4"/> Dificuldade de aceitação pelo parceiro	.....	DIFACEITA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="5"/> Outro	.....	OUTRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="8"/> NSA (usa método)	.....	NSA	<input type="checkbox"/>
<p>14. Se fez laqueadura, em que momento foi realizada? <input type="checkbox" value="1"/> No parto do último filho <input type="checkbox" value="2"/> Por cirurgia</p> <p><input type="checkbox" value="8"/> NSA (Não fez laqueadura) <input type="checkbox" value="9"/> Não sabe</p>		<p>LAQMOMEN</p>	<input type="checkbox"/>
CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO			
<p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: EXAME PREVENTIVO É A COLETA DE MATERIAL NA VAGINA PARA DESCOBRIR CEDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.</p>			
<p>15. A Sra. alguma vez fez exame preventivo? <input type="checkbox" value="1"/> Sim <input type="checkbox" value="2"/> Não <input type="checkbox" value="8"/> NSA(nunca teve relação sexual)</p>		<p>PREVENT</p>	<input type="checkbox"/>
<p>16. Quando foi a última vez que a Sra. fez o exame preventivo?</p>			
<input type="checkbox" value="1"/> Menos de ano	<input type="checkbox" value="8"/> NSA(Não fez exame)	<p>ULTPREV</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="2"/> Entre um e dois anos	<input type="checkbox" value="9"/> Não sabe/não lembra		
<input type="checkbox" value="3"/> Mais de dois anos			
<p>17. Se não fez, qual o motivo de não ter feito o exame preventivo para câncer de colo de útero? (pode assinalar mais de uma resposta e colocar zero nas demais)</p>			
<input type="checkbox" value="1"/> Não acha necessário	<input type="checkbox" value="4"/> Não foi solicitado	<p>MOT1</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="2"/> Nunca foi orientada para fazer o exame	<input type="checkbox" value="5"/> Outro	<p>MOT2</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox" value="3"/> Teve dificuldade para fazer o exame	<input type="checkbox" value="8"/> NSA (fez o exame/nunca teve relação sexual)	<p>MOT3</p>	<input type="checkbox"/>

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

18. Se fez exame, foi pelo SUS?			QST				
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não fez o exame)	PREVSUS				
19. Quando a Sra. recebeu o resultado do último exame preventivo?			RESUPREV				
<input type="checkbox"/> 1 Com menos de 1 mês							
<input type="checkbox"/> 2 Entre 1 mês e menos de 3 meses							
<input type="checkbox"/> 3 Após 3 meses							
<input type="checkbox"/> 4 Não recebi (não foi encontrado o resultado)							
<input type="checkbox"/> 5 Nunca fui buscar							
<input type="checkbox"/> 8 NSA (não fez exame/coleta recente)							
<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra							
20. Após receber o resultado do exame, a Sra. foi encaminhada para fazer algum tipo de tratamento em serviço especializado?			RESULTTO				
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA(não foi necessário/não recebeu o resultado)					
			<input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra				
21. Se foi encaminhada a Sra. fez o tratamento?			FEZTTO				
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)					
22. Se foi encaminhada e não fez o tratamento, qual o motivo(s)? (pode assinalar mais de uma resposta e colocar zero nas demais)			MOT1				
<input type="checkbox"/> 1 Não conseguiu marcar consulta			<input type="checkbox"/> 4 Outro				
<input type="checkbox"/> 2 Não achou necessário			<input type="checkbox"/> 8 NSA (não foi necessário / não recebeu o resultado)	MOT2			
<input type="checkbox"/> 3 O tempo de espera para a consulta era muito grande			<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	MOT3			
LEIA PARA A ENTREVISTADA: AUTO-EXAME DE MAMA É UM EXAME EM QUE A MULHER APALPA A SUA PRÓPRIA MAMA, PROCURANDO NÓDULOS OU CAROÇOS							
23. A Sra. faz o auto-exame de mama?			FAZAUTEX				
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não						
24. Se sim, como a Sra. aprendeu a fazer este exame? (pode assinalar mais de uma resposta e colocar zero nas demais).			MEDEXAME				
1. Médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA(não aprendeu)	TVEXAME			
2. Televisão, revistas, jornais	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA(não aprendeu)	SOZEXAME			
3. Amiga, parente	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA(não aprendeu)	OUTEXAME			
4. Outros _____	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA(não aprendeu)				

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

		QST				
<p>25. Quantas vezes a Sra. faz o auto - exame de mama?</p> <p>LEIA PARA A ENTREVISTADA AS ALTERNATIVAS, SE NECESSÁRIO</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 8 NSA (não faz o exame) <input type="checkbox"/> 2 Outro _____ <input type="checkbox"/> 9 Não sabe </p> <p>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.</p>		QUANTVZ				<input type="checkbox"/>
<p>26. Quando o médico(a) ou enfermeiro(a) fez o exame clínico das suas mamas pela última vez?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Até 1 ano <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não foi examinada) <input type="checkbox"/> 2 Entre 1 e 2 anos <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra <input type="checkbox"/> 3 Mais de 2 anos </p> <p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: A MAMOGRAFIA É UMA RADIOGRAFIA DAS MAMAS PARA PROCURAR CAROÇOS OU NÓDULOS INDICADO PARA MULHERES ACIMA DE 40 ANOS.</p>		FREQEXEL				<input type="checkbox"/>
<p>27. A Sra. fez mamografia alguma vez?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (tem menos de 40 anos) </p>		MAMOGRAF				<input type="checkbox"/>
<p>28. Se não, qual motivo (s) da Sra. não ter feito o exame de mamografia?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Não acha necessário <input type="checkbox"/> 4 Nunca foi solicitado <input type="checkbox"/> 2 Nunca foi orientada para fazer o exame <input type="checkbox"/> 5 Outro _____ <input type="checkbox"/> 3 Teve dificuldades para fazer o exame <input type="checkbox"/> 8 NSA (fez o exame/tem menos de 40 anos) </p>		MOTNFEZ				<input type="checkbox"/>
<p>29. Quando foi a última vez que a Sra. fez uma mamografia?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Até 1 ano <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não fez exame) <input type="checkbox"/> 2 Entre 1e 2 anos <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não lembra <input type="checkbox"/> 3 Mais de 2 anos </p>		ULTMAMOG				<input type="checkbox"/>
<p>30. Na última vez que a Sra. fez mamografia foi pelo SUS?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não fez mamografia) </p> <p>LEIA PARA A ENTREVISTADA: MENOPAUSA É A PARADA DA MENSTRUACÃO POR PELO MENOS 12 MESES SEGUIDOS.</p>		MAMOGSUS				<input type="checkbox"/>
<p>31. A Sra. já entrou na menopausa? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não se lembra</p>		MENOPAUS				<input type="checkbox"/>
<p>32. 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 entrou na menopausa) <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não se lembra </p>		IDMENOP	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<p>33. Se já entrou na menopausa, foi natural ou por cirurgia para retirada do útero e/ou dos 2 ovários?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Natural <input type="checkbox"/> 2 Após 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>		CAUSAMEN				<input type="checkbox"/>
<p>34. A Sra. usa ou já usou algum medicamento para os sintomas da menopausa?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 NSA (não está na menopausa) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/não se lembra </p>		USAMEDIC				<input type="checkbox"/>

QST

SAÚDE MENTAL					
35. O Sr(a) se considera uma pessoa feliz?					
<input type="checkbox"/> 1	Sim, por quê? _____			SIMFELIZ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2	Não, por quê? _____			NAOFELIZ <input type="checkbox"/>	
36. Você recebe/recebeu tratamento psicológico ou medicamentos (remédio controlado) para doenças nervosas?					
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TRATPSIC <input type="checkbox"/>	
SRQ-20					
37. As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez o(a) tenham incomodado nos <u>últimos 30 dias</u> . Se você teve estes problemas nos <u>últimos 30 dias</u> , responda SIM. Se não, responda NÃO.					
1. Tem dores de cabeça frequentes?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DOCAFRE <input type="checkbox"/>
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	FALAPE <input type="checkbox"/>
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DORMMAL <input type="checkbox"/>
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ASSUSTFA <input type="checkbox"/>
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TREMORE <input type="checkbox"/>
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	NERVOSO <input type="checkbox"/>
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	MADIGEST <input type="checkbox"/>
8. Tem dificuldade em pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DIFPENS <input type="checkbox"/>
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	SENTRISTE <input type="checkbox"/>
10. Tem chorado mais que de costume?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	CHOCOST <input type="checkbox"/>
11. Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DIFRESAT <input type="checkbox"/>
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DIFTOMAR <input type="checkbox"/>
13. Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	SERVPENO <input type="checkbox"/>
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	INCAPAZ <input type="checkbox"/>
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	PERDIDO <input type="checkbox"/>
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	INUTIL <input type="checkbox"/>
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ACABVIDA <input type="checkbox"/>
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	CANTEMP <input type="checkbox"/>
19. Tem sensações desagradáveis no estomago?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	SENSESTO <input type="checkbox"/>
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	CANSAFAC <input type="checkbox"/>

OBS: caso resposta positiva na questão 17, contatar a Cordenação de campo da pesquisa, para as providências necessárias

ANEXO D – Formulário da Atividade Física

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

Q5T				
-----	--	--	--	--

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="checkbox"/></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"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/></p> <p>MINCAM <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="checkbox"/></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"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORACAM <input type="text"/></p> <p>MINCAM <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="checkbox"/></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"/> Horas <input type="text"/> Minutos</p>	<p>HORAVIGOR <input type="text"/></p> <p>MINVIGOR <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					
13. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de semana</u> ?								
<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	Minutos					
14. Quanto tempo no total o Sr(a) gasta sentado <u>durante um dia de final de semana</u> ?								
<input type="text"/>	Horas	<input type="text"/>	Minutos					
15. Tem Academia da Cidade próxima a sua casa?			<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não		
16. Acha importante ter?			<input type="text"/>	Sim	<input type="text"/>	Não		
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)
<input type="text"/>	2	Duas vezes na semana	<input type="text"/>	4	Outro _____	<input type="text"/>	9	Não sabe/não lembra
			SENTASEH <input type="text"/>					
			SENTASM <input type="text"/>					
			SENTFIMH <input type="text"/>					
			SENTFIMM <input type="text"/>					
			ACADEMIA <input type="text"/>					
			IMPORTA <input type="text"/>					
			FREQACAD <input type="text"/>					

ANEXO E – Formulário do Consumo Alimentar

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

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

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

ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP

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 - 05.897-4
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

ANEXO G – 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 Coelhoos,

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 triglicerídeos 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

