

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE E NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA

PREVALENCE OF OBESITY AND LEVEL OF INFORMATION ON PREVENTION OF SHARES AND PROMOTING HEALTH IN THE INTERIOR

Renata Bueno¹, Tiago Nesso Barros de Campos¹, Francis Lopes Pacagnelli², Margaret Assad Cavalcante³

RESUMO

Objetivos: Identificar a prevalência de obesidade e sua associação com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o nível de informação sobre ações de prevenção e promoção de saúde relacionada à HAS e obesidade. **Métodos:** Estudo transversal, com participantes da campanha de saúde “Eu sou 12 por 8”. A obesidade foi avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e pela Circunferência Abdominal (CA). A Pressão Arterial (PA) foi aferida por método indireto e considerada HAS aquela com PA sistólica ≥ 140 mmHg. Foi aplicado um questionário para avaliar os dados sociodemográficos, HAS referida e nível de informação de ações de prevenção e promoção de saúde. Os dados foram analisados com estatística descritiva e a associação de dados por meio de teste G e teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve associação estatística entre indivíduos com HAS referida e aumento do IMC e CA ($p < 0,0001$) e também com indivíduos com HAS não referida, que apresentaram PAS ≥ 140 mmHg e aumento da CA ($p < 0,0023$). Deste total, 84,3% receberam informações quanto às complicações da HAS, sendo que 42,3% por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sobre a obesidade, 55,3% foram informados, e o principal meio foi a mídia com 26,5%. Houve significância estatística na associação entre a HAS referida e informação sobre as complicações da HAS ($p < 0,0111$). **Conclusão:** A aferição da CA pode contribuir consideravelmente como fator de risco para a HAS. Melhor análise deve ser feita sobre qual o momento em que as informações sobre as complicações da HAS são oferecidas.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Circunferência Abdominal; Hipertensão Arterial; Obesidade; Prevenção.

ABSTRACT

Objectives: To identify the prevalence of obesity and its association with systemic arterial hypertension (SAH) and the level of information on prevention and health promotion related to hypertension and obesity. **Methods:** Cross-sectional study, with participants from health campaign “I’m 12 by 8”. Obesity was measured by Body Mass Index (BMI) and Waist Circumference (CA). Blood pressure (BP) was measured by indirect method and was considered hypertension when systolic blood pressure ≥ 140 mmHg. A questionnaire was used to evaluate the socio-demographic data, said SAH and level of information of preventive actions and health promotion. Data were analyzed with descriptive statistics and data binding through G test and chi-square test with 5% significance level. **Results:** There was statistical association among individuals with hypertension and increased BMI and WC ($p < 0.0001$) and with individuals with hypertension not mentioned, which showed SBP ≥ 140 mmHg and increased CA ($p < 0.0023$). Of this total, 84.3% received information on the complications of hypertension, through the Family Health Strategy (FHS) with 42.3%. About obesity, 55.3% were informed and the main communication method was the media with 26.5%. There was statistically significant association between SAH and said information about the complications of hypertension ($p < 0.0111$). **Conclusion:** The measurement of CA can contribute significantly as a risk factor for hypertension. Better analysis should be done on at what time the information about the complications of hypertension are offered.

Keywords: Cardiovascular Disease; Abdominal Circumference; Hypertension; Obesity; Prevention.

1. Docente da Faculdade de Medicina, Universidade do Oeste Paulista, UNOESTE/Hospital Regional de Presidente Prudente, SP, Brasil.

2. Docente do curso de Fisioterapia e Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade do Oeste Paulista, UNOESTE, Presidente Prudente, SP, Brasil.

3. Docente da Faculdade de Medicina, Universidade do Oeste Paulista, UNOESTE/Hospital Regional de Presidente Prudente, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global, uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.¹ Dentre as DCNT, incluem-se as doenças cardiovasculares que trata-se da principal causa de mortalidade em todo o mundo, além de onerar o sistema de saúde com assistência médica.²

Grande parte das doenças cardiovasculares (DCV) é justificada ou explicada pela presença de fatores de risco cardiovasculares (RCV), que são considerados como condições intrínsecas ou extrínsecas que predisõem o indivíduo ao aparecimento de doenças.³ As condições intrínsecas não são passíveis de modificações, no entanto as demais como dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes *mellitus*, sedentarismo, estresse, obesidade e etilismo podem e devem sofrer intervenções, por se tratarem de fatores extrínsecos, passíveis à modificação e, portanto, interferirem na morbimortalidade da população.⁴

Diante dos fatores extrínsecos, encontram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Obesidade que representam fatores independentes e contínuos para DCV.⁵ Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁶ a HAS é uma condição multifatorial e clínica, caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem cerca de 800 milhões de pessoas, com pressão arterial (PA) elevada em todo o mundo causando, mais de sete milhões de mortes por ano.⁷

A obesidade, caracterizada pelo excesso de peso corporal em relação à altura, pode propiciar risco no desenvolvimento de diversas outras doenças, incluindo as cardiovasculares. Sua determinação é realizada pelo cálculo de um indicador, denominado Índice de Massa Corporal (IMC), utilizado para a classificação do estado nutricional na população de adultos.⁸

A medida da Circunferência Abdominal (CA) é considerada atualmente um dos melhores parâmetros para o estudo da associação entre obesidade e DCV, estando diretamente relacionada ao acúmulo de tecido gorduroso intravisceral e acarretando maiores danos à saúde.⁹

Pelo fato de boa parte dos fatores de risco para as DCV serem modificáveis é de suma importância a prevenção e promoção de saúde. A prevenção de saúde como estratégia na diminuição das DCV visa o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para a mesma, especialmente os passíveis de mudança. Permitindo, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade.¹⁰

Já a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios, para que indivíduos e comunidades tenham oportunidades de conhecer e controlar os fatores determinantes da saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis às escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde.¹¹

Acredita-se que as intervenções comunitárias têm um impacto potencial maior do que propostas em nível individual. As intervenções visam mudança de comportamentos de risco.

Sua sustentabilidade é dada por meio do envolvimento de organizações comunitária, baseadas na prevenção primária dos fatores de risco e na promoção da saúde através da mobilização comunitária, estratégias de comunicação de massa, atividades interativas e intervenções que visam mudanças ambientais.¹¹

OBJETIVO

Identificar a prevalência de obesidade, CA e a sua associação com HAS e o nível de informação da população sobre ações de prevenção e promoção de saúde relacionada a estes fatores de risco.

METODOLOGIA

Estudo transversal com participantes de campanha de saúde intitulado “Eu sou 12 por 8” promovida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que ocorreu em Presidente Prudente, SP. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 43272215.3.0000.5515). A amostra foi calculada considerando-se uma prevalência estimada para DCV para pessoas de ambos os sexos e acima de 20 anos de 37%,¹² intervalo de confiança de 95% e erro de estimação de 5%.¹³ À amostra obtida (n=358) foram acrescidos 40% como perdas estimadas, resultando em uma amostra composta por 500 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram: ser adultos, anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando com uma cópia e ter realizado todas as ações para o estudo.

As ações realizadas e analisadas foram: Aferição da PA, Cálculo do IMC e CA, além da aplicação de um questionário (Anexo 1) para adquirir informações de identificação, avaliação sociodemográfica dos participantes, além de uma avaliação de ações de prevenção e promoção à saúde para as DCV.

A PA foi avaliada por meio indireto com esfigmomanômetro aneróide da marca Nylon Velcron e estetoscópio da marca Littmann, ambos devidamente testados e aprovados pelo INMETRO, sendo aguardados 5 minutos de descanso dos participantes para sua aferição, foi verificada em ambos os braços sendo considerada a PA maior e foram classificadas como alteradas aquelas que tiveram sua Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg.

Para o cálculo do IMC, os participantes foram pesados com balança eletrônica da marca Camry modelo EB9013, com capacidade de 150kg e precisão de 100g e colocada em local plano e rígido, para a medição da estatura foi usado fita métrica com milimetragem padrão, sendo os participantes colocados em posição ereta ortostática, utilizando o topo da cabeça como referência para medição. O IMC foi obtido pela fórmula: massa corporal (kg)/estatura (m)² e os valores de IMC acima de 25,0 kg/m² caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de 25,0 kg/m² a 29,9 kg/m² correspondem a sobrepeso e valores de IMC $\geq 30,0$ kg/m² à obesidade sendo classificadas em grau 1 (30 a 34,9kg/m²), grau 2 (35 a 39,9kg/m²) e grau 3 (≥ 40 kg/m²).

O cálculo da CA levou em conta como ponto corte para risco cardiovascular aumentado os valores igual ou superior a 94 cm para homens e 80 para mulheres, sendo utilizado de forma padronizada a cicatriz umbilical como local de medição.

A avaliação das ações de prevenção e promoção para DCV foi realizada através do questionário com perguntas como: “Recebeu informações sobre os malefícios da HAS e/ou obesidade? Onde?”

Os dados referentes ao perfil dos participantes da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva. A associação entre HAS referida ou não ($PAS \geq 140$ mmHg) e os fatores de risco foram analisados por meio do teste G e teste do qui-quadrado, de acordo com a necessidade. As análises estatísticas foram realizadas no programa BioEstat 5.3, utilizando nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram analisados 662 voluntários dos 947 pesquisados, por enquadrarem nos critérios de inclusão.

Os dados sociodemográficos dos entrevistados são apresentados na Tabela 1.

Com relação à obesidade, 239 voluntários (50,53%) estavam acima do peso e 189 foram considerados obesos, sendo 137 (72,49%) classificados como obesidade grau 1. Já em relação a CA apenas 78 (11,78%) homens e 110 (16,62%) mulheres apresentaram a CA dentro da faixa da normalidade, enquanto 291 (43,96%) dos homens e 183 (27,64%) das mulheres apresentaram alteração na medida da CA o que representa risco cardiovascular. Com relação à HAS, 285 (43,05%) confirmaram o diagnóstico de HAS, sendo 42% mulheres e 44,4% homens.

Tabela 1. Frequência absoluta (n) e percentual (%) das características sociodemográficas dos participantes (n=662).

Sexo	Frequência absoluta (n)	Frequência percentual (%)
Masculino	369	55,74
Feminino	293	44,26
Faixa etária		
Adolescentes	6	0,91
Adultos	357	53,93
Idosos	299	45,16
Etnia		
Branco	440	66,47
Pardo	133	20,09
Mulato	51	7,70
Negro	37	5,59
Amarelo	1	0,15
Estado civil		
Casado	380	57,40
Solteiro	132	19,94
Divorciado	80	12,08
Viúvo	70	10,57
Escolaridade		
Fundamental incompleto	264	39,88
Fundamental completo	107	16,16
Médio incompleto	35	5,29
Médio completo	149	22,51
Superior incompleto	26	3,93
Superior completo	81	12,24
Procedência		
Presidente Prudente	500	75,53
Outros	162	24,47

Aqueles que não possuíram esse diagnóstico, porém, apresentaram $PAS \geq 140$ mmHg foi de 48 pessoas correspondendo a 12,73%. (Tabela 2)

Houve associação estatisticamente significativa entre indivíduos com diagnóstico de HAS com alteração de IMC e CA ($p < 0,0001$). O mesmo ocorreu na relação daqueles indivíduos que não apresentaram diagnóstico de HAS, porém, apresentavam $PAS \geq 140$ mmHg e alteração da CA ($p < 0,0023$). Porém, aqueles com $PAS \geq 140$ mmHg e alteração do IMC, não tiveram relevância estatística ($p = 0,0758$). (Tabela 3)

Já em relação às ações de prevenção e promoção de saúde, 558 (84,29 %) pessoas receberam informações sobre o malefício da HAS, sendo que o principal local para essas transmissões de informações foi na Estratégia Saúde da Família (ESF) correspondendo a 42,29%. Outro dado pesquisado foi se houve participação desses indivíduos em grupos coletivos de orientações sobre HAS nas ESF e apenas 70 (10,57%) pessoas participaram. (Tabela 4)

Houve significância estatística na associação entre pessoas com diagnóstico de HAS e informação sobre o malefício da HAS, correspondendo a um $p < 0,0111$. O que não ocorreu na relação entre IMC e essa mesma informação com $p = 0,4772$. (Tabela 5)

Com relação as informações sobre o malefício da obesidade, 366 (55,29%) receberam informação e, diferente no que ocorre para a HAS, o principal local que foram dadas essas informações foi a mídia, correspondendo a 26,50%. Ainda para avaliar essas informações sobre a obesidade foi questionado se os indivíduos já receberam informações sobre alimentação saudável e 396 (59,82%) pessoas responderam que já haviam recebido algum tipo informação no qual 20% receberam através da mídia e 18% pela ESF.

Tabela 2. Frequência absoluta e (n) percentual (%) de IMC, CA e HAS Diagnosticada e não diagnosticada nos participantes (n=662).

IMC (n=473)	Frequência absoluta (n)	Frequência percentual (%)
Abaixo	12	2,54
Normal	222	46,93
Acima	239	50,53
Obesidade (n=189)		
Grau 1	137	72,49
Grau 2	36	19,05
Grau 3	16	8,46
Circunferência (n=662)		
Normal masculina	78	11,78
Normal feminina	110	16,62
Risco masculino	291	43,96
Risco feminino	183	27,64
HAS Diagnosticada		
Sim	285	43,05
Não	377	56,69
HAS Diagnosticada/Sexo		
Masculino	130	44,40
Feminino	155	42,00
HAS Não diagnosticada (n=377)		
$PAS \geq 140$	48	12,73
$PAS < 140$	329	87,27

Tabela 3. Frequência percentual (%) de HAS diagnosticada e HAS não diagnosticada (PAS \geq 140) nos participantes de acordo com os Fatores de Risco.

IMC	HAS diagnosticada	Valor de p
Abaixo do peso (n=12)	8,33	<0,0001
Normal (n=222)	28,83	
Acima do peso (n=239)	43,52	
Obesidade 1 (n=137)	57,66	
Obesidade 2 (n=36)	61,11	
Obesidade 3 (n=16)	93,75	
Circunferência		
Normal masculina (n=78)	21,79	<0,0001
Normal feminina (n=110)	33,64	
Risco masculino (n=291)	47,42	
Risco feminino (n=183)	50,83	
IMC	PAS \geq 140	Valor de p
Abaixo do peso (n=11)	27,27	0,0758
Normal (n=158)	10,13	
Acima do peso (n=135)	11,11	
Obesidade 1 (n=58)	15,52	
Obesidade 2 (n=14)	28,57	
Obesidade 3 (n=1)	100,00	
Circunferência		
Normal masculina (n=73)	13,11	0,0023
Normal feminina (n=61)	30,14	
Risco masculino (n=90)	42,22	
Risco feminino (n=153)	31,37	

Não houve associação estatística relevante entre pessoas com diagnóstico de HAS, IMC alterado e associação destas com as informações do malefício da obesidade correspondendo respectivamente $p=0,8830$ e $p=0,2212$

DISCUSSÃO

O principal mérito do presente estudo foi identificar condições de saúde relativa à HAS e obesidade. Foi verificado que 43,05% confirmaram o diagnóstico de HAS, sem ter relação desse dado com o sexo, no qual 42% são mulheres 44,4% homens, o que corrobora com estudos epidemiológicos que trazem sobre a prevalência de HAS no Brasil variando de 24,8 a 44,4%.^{14,15} Vale a pena ressaltar que desde a década de 1990, em diversos estudos regionais que usam como ponto de corte os valores de 140/90 mmHg, a prevalência da HAS vem se mantendo em torno desse percentual.¹⁶

Outro dado relevante foi à alteração do IMC do estudo em questão, no qual 239 (50,53%) dos indivíduos estão acima do peso e 189 (28,54%) já são considerados obesos, porcentagem maior em comparação com outros autores⁹⁻¹⁸ que mostram dados sobre excesso de peso entre 46,9 a 49,7% da população brasileira. Com relação a CA, observou-se alterações da medida tanto para homens quanto para mulheres, correspondendo respectivamente 43,96% e 27,64%, prevalência que também mostrou-se superior quando comparada a outros estudos.^{18,19}

Nesta pesquisa, verificou-se que os dados antropométricos indicaram um nítido aumento da prevalência de HAS à medida que se aumenta o IMC e essa mesma tendência

Tabela 4. Frequência Absoluta (n) e Frequência Percentual (%) sobre informação sobre malefício sobre HAS, obesidade, alimentação saudável e o local dessas informações.

Informação sobre malefícios da HAS (n=662)	Frequência absoluta (n)	Frequência percentual (%)
Sim	558	84,29
Não	104	15,71
Local de informação (n=558)		
ESF	236	42,29
Mídia	100	17,92
Escola/faculdade	44	7,89
Outros	133	23,84
Não respondeu	45	8,06
Participação em grupos (n=662)		
Sim	70	10,57
Não	592	89,43
Informação sobre malefícios da obesidade (n=662)		
Sim	366	55,29
Não	296	44,71
Local de informação (n=366)		
ESF	64	17,49
Mídia	97	26,50
Escola/faculdade	35	9,56
Outros	87	23,77
Não respondeu	83	22,68
Informação sobre alimentação saudável (n=662)		
Sim	396	59,82
Não	266	40,18
Local de informação (n=396)		
ESF	72	18,20
Mídia	80	20,20
Escola/faculdade	45	11,40
Outros	107	27,00
Não respondeu	92	23,20

ESF= Estratégia, Saúde e Família.

Tabela 5. Relação entre participantes com HAS diagnosticada e Informação sobre malefício da HAS.

Informações sobre malefícios da HAS	HAS diagnosticada	Valor de p
Sim (n=558)	41,16	0,0111
Não (n=104)	31,73	

foi observada para medida da CA ($p<0,0001$). Segundo estudos,²⁰ sobrepeso e obesidade são fatores de risco reais para HAS, pois indivíduos apresentam um aumento de 2 a 3,6 vezes o risco de ter hipertensão, respectivamente.²¹ Fato observado neste estudo que mostra a íntima relação entre IMC e CA com o diagnóstico de HAS.

Outro ponto importante da análise, é que demonstra relevância estática entre aumento da CA e alteração da PAS \geq 140 mmHg em indivíduos que não apresentam o diagnóstico de HAS.

Revisão recente acerca da associação entre gordura visceral e síndrome metabólica sugere que a adiposidade abdominal é um elemento central, influenciando a resistência insulínica e, conseqüentemente, a síndrome metabólica e o risco cardiovascular.²²

O evidente aumento na prevalência da HAS e o potencial de manejo dos fatores de risco modificáveis para HAS apoiam a adoção imediata de medidas preventivas e educacionais representando um importante investimento em saúde pública.²¹

Com relação às ações de prevenção e promoção à saúde percebemos que a grande parte das pessoas (84,29%) já recebeu algum tipo de informação sobre o malefício da HAS. Sendo que a maioria das informações foram oferecidas nas ESF.

Costa, Silva e Carvalho²³ relataram que a ESF permitiu, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a unidade, com realização de ações de promoção a saúde e controle dos fatores de risco. Diante disso, percebemos que elas foram condizentes com o nosso estudo, visto que houve significância estatística ($p < 0,0111$), entre as pessoas que tinham diagnóstico de HAS e receberam alguma informação pela ESF.

De acordo com ações de prevenção e promoção em saúde na esfera dos malefícios da obesidade foi verificado que 55,29% receberam informação, sendo que essas foram dadas principalmente pela mídia. Entendem-se como mídia, os meios de comunicação como TV, revistas, jornais, entre outros. Esse fato é relevante e mostra a importância dos meios de comunicação em ações de prevenção e promoção à saúde no Brasil, como também foi demonstrado em outros países do mundo como medidas de ações de prevenção e promoção à saúde que por fim se mostraram eficazes e favoráveis.²⁴

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). 57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica. Brasília: MS; 2014. [acesso em 2014 mar. 10]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34861-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>.
2. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89(5):319-24.
3. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(3):199-201.
4. Souza JRM, Coelho Filho OR, Coelho OR. Como diagnosticar e tratar fatores de risco cardiovascular. *Rev Bras Med*. 2006;63(12):29-37.
5. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4):502-9.
6. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (Supl 1):1-51.
7. Moreira NF, Muraro AP, Brito FSB, Gonçalves-Silva RMV, Sichieri R, Ferreira MG. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57(7):520-6.
8. Lino MZR, Muniz PT, Siqueira KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(4):797-810.
9. Kuschnir MCC, Mendonça GAS. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2007; 83(4):335-42.
10. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):47-65.
11. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):7-17.
12. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, Ferguson TB, Ford E, et al. "Heart disease and stroke statistics—2010 update. A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):e46-e215.

CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente estudo que a prevalência de HAS dessa população vem de acordo com a prevalência da mesma morbidade em outros estudos. Ainda em comparação com outros autores percebeu-se o aumento da prevalência de obesidade e da alteração da CA.

Outro dado importante concluído é a relevância estatística que combina o aumento da CA com o diagnóstico de HAS, como também alterações da PAS ≥ 140 mmHg. Este estudo demonstrou, que aferição de CA, independente das medidas tradicionalmente já realizadas como o do IMC, podem contribuir para a identificação precoce ou suspeição de HAS.

Além disso, percebemos com esse estudo, que se deve fazer uma melhor análise sobre qual é o momento que informações sobre o malefício da HAS são ofertadas, visto que neste estudo verificou-se correlação estatística com aqueles que possuem o diagnóstico de HAS e o recebimento dessas informações.

Outro ponto importante que deve ser discutido é o papel da mídia nas ações de prevenção e promoção à saúde, no qual foi o principal local que esses indivíduos receberam informação sobre os malefícios de obesidade.

Baseado neste estudo, promover estratégias que visem a mudanças no estilo de vida, tais como aumento da atividade física, uma alimentação saudável, modificações nos hábitos alimentares e controle da PA são oportunas e necessárias e devem ser estimulados grupos multidisciplinares pelos órgãos de saúde pública para melhor orientação da população.

13. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011; 10(4):275-8.
14. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. A study on systemic arterial hypertension in Campo Grande, MS, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(4):441-6.
15. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Hypertension prevalence in the city of Formiga, MG (Brazil). *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(3):334-9.
16. Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(1):29-33.
17. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(4):502-9.
18. Olinto ATA, Nâcul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6):11207-15.
19. Castanheira M, Olinto MTA, Gigante DP. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2003;19(Suppl 1):S55-65.
20. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(4):519-26.
21. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev bras geriatr gerontol*. 2013; 16(3):481-93.
22. Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Chor Dórea, Lopes CS. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1187-91.
23. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(2):623-33.
24. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):7-17.

Anexo 1. Questionário para avaliação da prevalência dos fatores de risco para DCV e nível de informação sobre prevenção e promoção à saúde.

<p>Identificação Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F () M () Cor: () Branco () Pardo () Mulato () Negro Procedência: _____ Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado Escolaridade: _____</p> <p>Índice de massa corporal - (o IMC é calculado da seguinte forma: peso/alt²) Peso: _____ kg Altura _____ m Imc: _____ kg/m² Circunferência abdominal: _____ cm</p> <p>Você já recebeu alguma informação sobre os malefícios da obesidade para sua saúde? () Sim onde _____ () Não Você já recebeu orientação sobre alimentação saudável? () Sim onde _____ () Não</p> <p>Tabagismo Tem o hábito de fumar? Sim () Não () Qual o tipo? Cigarro () Já teve o hábito de fumar? Cachimbo () Sim () Charuto () Não () Cigarro de Palha () Tipo? _____</p> <p>Quantos maços por dia? Quantos maços por dia? _____</p> <p>Quantos anos? Quantos anos? _____</p> <p>Maço/ano Maço/ano _____</p> <p>Teste de Fagerstrom: Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro? () Após 60 min () Entre 31 e 60 min () Entre 6 e 30 min () Nos primeiros 5 min Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinema... () Sim () Não Qual cigarro mais difícil de largar ou de não fumar? () Qualquer um () O primeiro da manhã Quantos cigarros você fuma por dia? (Obs.: Um maço equivale a 20 cigarros) () Menos que 10 () Entre 11 e 20 () Entre 21 e 30 () Mais que 31</p>	<p>Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia? () Sim () Não Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia? () Sim () Não Você já recebeu alguma informação sobre os malefícios do tabagismo para sua saúde? () Sim onde _____ () Não Você já participou de algum grupo contra o tabagismo? () Sim onde _____ () Não</p> <p>Consumo de álcool Tem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas? Sim () Não () Qual tipo de bebida? () Cerveja () Vinho () Licor () Destiladas () Outras Quantas vezes por semana? () Uma () Cinco () Duas () Seis () Três () Sete () Quatro Qual a quantidade? () Entre um copo e meia garrafa () Entre meia garrafa e uma garrafa () Mais de uma garrafa Quantas _____ Há quantos anos? () Entre um e cinco anos () Entre seis e dez anos () Mais de dez anos</p> <p>Teste de Cage Você já sentiu necessidade de diminuir a quantidade de bebida ou de parar de beber? () Sim () Não Você já se sentiu aborrecido ao ser criticado por beber? () Sim () Não Você já se sentiu culpado em relação a beber? () Sim () Não Alguma vez já bebeu logo ao acordar pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? () Sim () Não</p> <p>Você já recebeu alguma informação sobre os malefícios do hábito de ingerir bebida alcoólica para sua saúde? () Sim onde _____ () Não</p>
--	--

Anexo 1. Questionário para avaliação da prevalência dos fatores de risco para DCV e nível de informação sobre prevenção e promoção à saúde.

Sedentarismo

Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal. Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

Para responder identificar somente as atividades que realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1A) Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias ____ por semana () Nenhum

1B) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Horas: ____ minutos: ____

2A). Em quantos dias da última semana, você realizou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, 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)

Dias ____ por semana () Nenhum

2B) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Horas: ____ minutos: ____

3A) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, 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.

Dias ____ por semana () Nenhum

3B) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Horas: ____ minutos: ____

Estas últimas questões são sobre o tempo que o usuário 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 sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4A) Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

Horas: ____ minutos ____

4B) Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

Horas]: ____ minutos ____

Você já recebeu alguma informação sobre os malefícios do sedentarismo para sua saúde?

() Sim onde _____

() Não

Pressão arterial

Aferição da pressão arterial

Tem diagnóstico de hipertensão?

Sim () Não ()

Se sim, faz uso de algum medicamento para hipertensão?

Sim () Não ()

Quais: _____

Você afere a sua pressão rotineiramente?

() Sim onde _____

() Não

Você já recebeu alguma informação sobre os malefícios da hipertensão ?

() Sim onde _____

() Não

Quantas vezes você afere a sua pressão por ano? _____

Você já participou de grupos (como grupo de caminhada, hipertensão) nas esfs?

() Sim quais _____

() Não _____