

ANGELITA EVARISTO BARBOSA PONTES

**ESTADO NUTRICIONAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
PACIENTES TABAGISTAS EM TRATAMENTO
NA CIDADE DE GOIÂNIA, EM 2006.**

Goiânia, 2006

ANGELITA EVARISTO BARBOSA PONTES

**ESTADO NUTRICIONAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
PACIENTES TABAGISTAS EM TRATAMENTO
NA CIDADE DE GOIÂNIA, EM 2006.**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFG/UFMS) para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nélida A. Schmid Fornés

Goiânia, 2006

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Aluna: ANGELITA EVARISTO BARBOSA PONTES

Orientadora: Prof(a) Dr(a) NÉLIDA ANTONIA SCHMID FORNÉS

Membros:

- 1. Prof. Dr. MARCELO MEDEIROS**
- 2. Prof(a) Dr(a) MARIA SEBASTIANA SILVA**
- 3. Prof(a) Dr(a) MARIA DO ROSÁRIO GONDIM PEIXOTO**

**Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Rede Convênio Centro-Oeste (UnB, UFG e UFMS)**

Data: 15/12/2006.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

Às minhas filhas Melliza e Laysa, razões das minhas conquistas, à minha mãe e ao meu esposo Marcelo pelo apoio e compreensão.

Agradecimentos especiais ...

Primeiramente à Deus : "Buscai primeiro o reino de Deus e a sua justiça e tudo mais vos será acrescentado aleluia, não só de pão o homem viverá, mas de toda palavra que procede da boca de Deus, aleluia".

"Tu és Senhor o meu pastor por isso nada em minha vida faltará"
Á Nossa Senhora do Perpétuo Socorro que tanto me fortalece.

A toda a minha família e amigos e em especial ...

... **À minha mãe Elena Barbosa** pelo apoio, pelas orações, pela compreensão das minhas ausências nestes anos tão difíceis mostrando que perante a Deus nada é impossível.

... **Ao meu pai Tarcísio, (in memorian)**, fonte de inspiração da população estudada e que tive que superar a sua falta para conseguir terminar este trabalho. Que Deus esteja com o senhor.

... **Às minha filhas Melliza e Laysa**, Que são as minhas melhores produções e fonte de inspiração. Deixo o exemplo da persistência e agradeço vocês pela compreensão nos momentos de ausências em que apenas um colinho rápido era oferecido.

... **Ao meu marido e companheiro, Marcelo Pontes** Por todo o incentivo, pelo trabalho com a alimentação de toda a família e responsabilidades com as crianças. Parabéns pelo esforço e competência no término do seu mestrado também neste mesmo ano.

... **À minha amiga Karine**
que transformou a famosa solidão do mestrado
em momentos mais descontraídos,
de troca de conhecimentos e experiências
e que me ensinou o valor da verdadeira amizade.
Sucesso, você merece!

... **Aos meus irmãos**, que sempre estão dispostos a me ajudar
e principalmente ao **Walisson** pelo apoio tecnológico,
nas altas horas da noite e viagens
e por ser um grande tio.

Não sei,

Não sei... se a vida é curta...

Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós.

Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que sacia,
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo:
É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Sempre me disseram que fazer um mestrado era um desafio, mas só vivenciando é que percebi que este desafio envolve muito aprendizado, mas acima de tudo contato com pessoas especiais que direta ou indiretamente me ajudaram e por isso merecem de coração a minha gratidão.

À professora Dr^a Nélida A. Schmid Fornés pela oportunidade de realização deste mestrado, pelo aprendizado, compreensão e receptividade.

Aos colegas de trabalho que desde o processo seletivo me acompanharam nesta conquista e que muitas vezes se sobrecarregaram devido às minhas ausências. Em especial à minha coordenadora Kátia Regina Borges que com tanto carinho e compreensão esteve receptiva às minhas solicitações.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) na pessoa dos coordenadores dos grupos de tratamento do tabagismo e em especial aos pacientes todos muito receptivos, o meu respeito e gratidão.

Às minhas irmãs de coração: minha prima e nutricionista Marinez Barbosa que compartilhou as alegrias e angústias e me ajudou com o suporte teórico, minha prima e fisioterapeuta Fabrizya R. de Oliveira por todo o apoio, minha amiga Mariana Barros educadora física e especialista em inglês, inseparável companheira de caminhada profissional e pessoal pela ajuda com a revisão do inglês, à companheira de mestrado Karine Anusca pela força, dedicação, carinho, e apoio técnico e psicológico e finalmente à minha prima Mônica Barbosa que mesmo longe, tenho certeza que esteve torcendo por mim através de nossos contatos sobrenaturais e parabéns pelo bebê.

Às pessoas que me ajudaram com a localização de referências bibliográficas como as nutricionistas Carla Cristina, Veruska Prado e ao Caro Eduardo Bonilha da Coordenação de Biblioteca do Ministério da Saúde que me enviou excelentes artigos.

À nutricionista Layana Cunha Vieira que merece aqui um agradecimento mais que especial pelo apoio e dedicação na coleta e digitação dos dados, que se mostrou ser um exemplo de amizade, compromisso e carinho.

Às acadêmicas de nutrição Cristiane Borges, Ellen Lopes e Tailla Ramos pela participação na coleta de dados.

Ao geriatra Dr. Cláudio por ter me apresentado este mestrado.

À Dra. Marta Maria Silva e Dr. Otaliba Libâneo de Moraes da SMS na última gestão de governo e atualmente no Ministério da Saúde e Professora da Faculdade de Nutrição Maria Margareth Naves pelo apoio na indicação para o processo seletivo do mestrado.

À todos os professores das disciplinas do mestrado/UFG: Celmo Celeno, Marco Túlio, Joaquim Tomé, Marise Amaral, Maria Márcia, Luciane, Paulo César, Ana Luiza, que compartilharam conhecimentos tão valiosos e em especial às professoras das disciplinas do mestrado da Faculdade de Enfermagem Maria Aves, Adélia e Adenícia que proporcionaram oportunidades de conhecimento científico e humano únicos e dignos de todo respeito e agradecimento.

Aos colegas de mestrado pelos bons momentos compartilhados nas disciplinas.

Aos professores da banca examinadora Marcelo Medeiros, Maria do Rosário Gondim Peixoto e Maria Sebastiana Silva por terem aceitado avaliar este trabalho e que com certeza contribuíram muito com o aprimoramento do mesmo. À professora Ida Helena pelo apoio estatístico a qual admiro muito.

Minha "equipe" de apoio familiar:

Minha Mãe, Walisson, Larissa, Mirlene, Fabrizya, Cristina, Cláudia, Layana as crianças, Anna Luiza, Matheus, Bruno, Laís, Gustavo, Rodrigo por cuidarem da minha família e sem o apoio, carinho e amizade de vocês eu jamais teria feito este mestrado. Também a Escola Imaculada Conceição pelo carinho e competência na educação de minhas filhas neste momento, a pediatra Maria Selma e a "Equipe" de oração: Analice e Elena.

Enfim, a todos pelo incentivo que me ajudou a não desistir.

"Não, não pares!
É graça divina começar bem.
Graça maior é persistir na caminhada certa,
manter o ritmo...
Mas a graça das graças
é não desistir.
podendo ou não,
caindo, embora aos pedaços,
Chegar até o fim."

Dom Helder Câmara

RESUMO

Tanto o tabagismo, quanto a inatividade física e a obesidade são considerados como fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis, não acarretando apenas doenças, mas representando também, um custo econômico significativo tanto para os indivíduos como para a sociedade, em vistas das seqüelas que causam. Sendo assim, a caracterização de grupos específicos através da fundamentação sobre o conhecimento da prevalência, são de suma importância para o direcionamento de ações de atuação, para prevenção e controle destes fatores. Buscou-se avaliar através de um estudo transversal descritivo o estado nutricional e o nível de atividade física dos indivíduos fumantes participantes da "Abordagem Intensiva ao Fumante" do "Programa Municipal de Controle do Tabagismo" (PMCT) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no ano de 2006. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás. Foram avaliados 140 indivíduos das 13 Unidades de Atenção Básica à Saúde que haviam grupos em funcionamento. A amostra representou todos os fumantes (n=119) que participavam regularmente das reuniões e os fumantes abstêmios (n=21) que haviam participado dos grupos e que ainda mantinham contato com as unidades. A população estudada possuía idade média de 49 anos, variando entre 24-71 anos, foi constituída em sua maioria por fumantes do sexo feminino, por indivíduos casados, com ensino fundamental de 1ª ou 2ª fase e por trabalhadores de baixo nível sócio-econômico. A idade média de início do hábito tabagístico do grupo foi de 15,5 anos. Entre os indivíduos fumantes, 62,1% fumam há mais de 30 anos, sendo que 42% apresentaram grau de dependência elevado e a quantidade média de cigarros fumados por dia foi de $16,2 \pm 9,18$ cigarros. Os fumantes abstêmios apresentaram uma média de $34,5 \pm 9,76$ anos de uso do tabaco, destes, 71,4% utilizaram medicamentos para deixar de fumar e 66,7% possuíam até 3 meses de abstinência do cigarro e 42,9% relataram ter recaídas ou lapsos causados pela fissura. Dos indivíduos avaliados 41,4% apresentaram sobrepeso e obesidade e 6,4% magreza. Houve relato de ganho de peso em ambos os sexos, com destaque nas mulheres abstêmias. A circunferência braquial e a dobra cutânea tricipital apresentaram médias dentro dos percentis de normalidade e a circunferência muscular do braço para o sexo feminino também, e só a média do sexo masculino situou-se abaixo do percentil 10º. Houve uma forte correlação positiva (coeficiente de Pearson $r = 0,851$, $p < 0,01$) entre o índice de massa corporal e a circunferência de cintura e as mulheres (42,06%) apresentaram circunferência de cintura mais aumentada do que os homens. Dos indivíduos entrevistados, 3,6% eram muito ativos, 56,4% eram ativos e 40% insuficientemente ativos (sedentários e irregularmente ativos A e B), com proporções maiores nos homens e abstêmios. Dos indivíduos sedentários, 91,7% possuíam excesso de peso. Conclui-se que apoiar uma pessoa a deixar de fumar, incentivando-o na introdução de hábitos saudáveis como alimentação balanceada, prática de exercícios moderados e manutenção do peso saudável são tão importantes quanto o tratamento das doenças tabaco-relacionadas.

Palavras-chaves: tabagismo, estado nutricional, antropometria, atividade motora.

ABSTRACT

Smoking, physical inactivity as far as obesity are considered as risk factors to Non-Communicable Diseases, causing not only diseases and personal suffering, but also increasing a significant economical cost to themselves and to the society itself, as well, due to the sequels they cause. So, identifying specific groups through a research about prevalence knowledge is extremely relevant to focus the actions to prevent and control these factors. Regarding the data gotten through a descriptive transversal study, we tried to evaluate the nutritional state and the level of physical activity of the participants of the "Intensive Approach to Smokers" from the "Municipal Program of Smoking Control (PMCT-Programa Municipal de Controle do Tabagismo) from the health department of Goiânia, in 2006. The project was approved by the Ethic and Research Committee from Federal University of Goiás. A hundred forty patients from 13 Basic Health Centers where there were groups under treatment. The sample was made up of all smokers (119) who had been attending the meetings regularly and the ex-smokers (21) who had attended the meetings before and were still in contact with the health center, anyhow. The population under study was average aged of 49, varying between 24 to 71 years old. Most of them were female smokers, married, who had only elementary educational level and also workers that had low social-economical level. The average age for then to start smoking was 15,5 years old. 62,1% of the smokers have been smoking for over 30 years, and 42% of them had a high level of nicotine dependence and the average amount of smoked cigarettes was $16,2 \pm 9,18$ cigarettes a day. The ex-smokers had smoked for $34,5 \pm 9,76$ years, 71,4% of them had taken medication to quit smoking, 66,7% of them had stopped smoking for 3 months, the longest. 42,9% of the ex-smokers reported relapses due to great desire for smoking, 41,4% were overweight or obese and 6,4% were underweight. Patients from both sex reported gain of weight, especially the female ex-smokers. The mid-upper-arm circumference and the triceps skinfold averages were the normal percentil, and so was the female muscle upper arm circumference. Only the male muscle upper arm circumference was under the percentile 10. There was a strong positive correlation (Coefficient r of Pearson = 0,851, $p < 0,01$) between the Body Mass Index and the waist circumference (42,06%) than the men. 3,6% of the patients were very active, 56,4% of them were active and 40% were insufficiently active (sedentaries or irregularly active) with a higher rate among men and ex-smokers. Among the sedentaries, 91,7% were overweight. After all, we could come up with the conclusion that giving support to someone to quit smoking, encouraging him to acquire healthy habits such as well balanced diets, moderated exercises and healthy weight maintenance are as important as the treatment of tobacco related diseases.

Key-words: smoking, nutritional status, anthropometry, motor activity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão do município do Goiânia por distritos sanitários de saúde.....	22
Figura 2. Distribuição (percentual) da população estudada segundo local de tratamento, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	48
Figura 3. Distribuição (percentual) dos fumantes segundo o grau de dependência (Teste de Fagerström), por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Goiânia, 2006.....	53
Figura 4. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do Índice de Massa Corporal (kg/m^2), por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	60
Figura 5. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do Índice de Massa Corporal (kg/m^2), por condição tabagística. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	61
Figura 6. Classificação da circunferência da cintura segundo risco de complicações metabólicas associado com a obesidade, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Goiânia, 2006.....	66
Figura 7. Correlação da circunferência da cintura com o índice de massa corporal. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	67
Figura 8. Variação de peso da população estudada segundo condição tabagística, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	68
Figura 9. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	70
Figura 10. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física, por faixa etária. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	71
Figura 11. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física, por escolaridade. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	72
Figura 12. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física, por condição tabagística. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	73
Figura 13. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física, por Índice de Massa Corporal (IMC). Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	74

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1. Índice de Massa Corporal (IMC) para maiores de 18 anos	38
Tabela 1. Percentis para Dobra cutânea tricipital (mm ²) de brancos na Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1974)	39
Tabela 2. Percentis de Circunferência braquial (mm) e Circunferência muscular do braço (mm) de brancos na Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1944), do sexo masculino	40
Tabela 3. Percentis de Circunferência braquial (mm) e Circunferência muscular do Braço (mm) de brancos na Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1944), do sexo feminino	41
Tabela 4. Classificação da Circunferência da cintura segundo o risco de complicações metabólicas	42
Tabela 5. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo características sócio-econômicas e demográficas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	50
Tabela 6. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo caracterização do hábito tabagístico, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	52
Tabela 7. Caracterização dos pacientes “fumantes” segundo hábito tabagístico da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	55
Tabela 8. Caracterização dos pacientes “fumantes abstêmios e ex-fumantes” segundo hábito tabagístico da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	56
Tabela 9. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo antecedentes familiares por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	57
Tabela 10. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo morbidade referida, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	58
Tabela 11. Medidas de tendência central e de dispersão da CC, CMB, CB e DCT dos indivíduos estudados por sexo e condição tabagística	61
Tabela 12. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência braquial (CB) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	62

Tabela 13. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência braquial (CB) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	63
Tabela 14. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de Dobra cutânea tricipital (DCT) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	64
Tabela 15. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de Dobra cutânea tricipital (DCT) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	64
Tabela 16. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência muscular do braço (CMB) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	65
Tabela 17. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência muscular do braço (CMB) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006	65
Tabela 18. Média e desvio padrão dos níveis de atividade física da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

χ^2 : Qui-quadrado

ALT: Ambientes livres do tabaco

CAIS: Centro de Assistência Integral à Saúde

CB: Circunferência do braço

CC: Circunferência da cintura

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CELAFISCS: Centro de Estudos do Laboratório de Apatidão Física de São Caetano do Sul

CIAMS: Centro Integral de Assistência Médica à Saúde

COEP: Comitê de Ética em Pesquisa

cm: centímetros

CMB: Circunferência muscular do braço

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

III COMPEEX: III Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão

DANT: Doenças e Agravos Não-Transmissíveis

DCNT: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DCT: Dobra cutânea tricipital

DP: Desvio padrão

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

DS: Distritos sanitários de saúde

FANUT/UFG: Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás

g: gramas

IMC: Índice de massa corporal

INCA: Instituto Nacional do Câncer

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire

Kcal: quilocalorias (energia)

Kg: quilogramas

m: metros

m²: metros ao quadrado

mg: miligramas

mm: milímetros

MS: Ministério da Saúde

NAF: Nível de atividade física

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

p: Nível de significância

P: Percentil

PMCT: Programa Municipal de Controle do Tabagismo

PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PSF: Programa Saúde da Família

SM: Salário mínimo

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPSS (Statistical Package for Social Sciences)

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMB: Taxa metabólica basal

TNF- α : Fator de Necrose Tecidual Alfa

TRN: Terapia de reposição nicotínica

UABS: Unidade de Atenção Básica à Saúde

UABSF: Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família

WHO (World Health Organization): Organização Mundial de Saúde (**OMS**)

SUMÁRIO

	Agradecimentos	v
	Resumo	ix
	Abstract	x
	Lista de figuras	xi
	Lista de tabelas e quadros	xii
	Lista de abreviaturas e siglas	xiv
1	INTRODUÇÃO	01
1.1	TABAGISMO.....	05
1.2	ESTADO NUTRICIONAL.....	09
1.3	ATIVIDADE FÍSICA.....	13
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	21
4.2	ÁREA DO ESTUDO.....	21
4.2.1	Características de um Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT).....	23
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.3.1	Amostra.....	28
4.3.2	Critérios de inclusão.....	28
4.3.3	Critérios de exclusão.....	29
4.4	COLETA DE DADOS.....	29
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5.1	Questionário de avaliação sócioeconômica e demográfica, do hábito tabagístico e antropométrica.....	32
4.5.2	Questionário de avaliação da atividade física.....	32
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO E VALORES DE REFERÊNCIA.....	33
4.6.1	Variáveis sócioeconômicas e demográficas.....	33
4.6.2	Variáveis do hábito tabagístico e morbidade referida familiar e pessoal.....	35
4.6.3	Variáveis antropométricas.....	37
4.6.4	Variáveis da atividade física.....	42
4.7	BANCO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
4.7.1	Elaboração do banco de dados.....	44
4.7.2	Análise de dados.....	44
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES.....	47
5.2	CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS AVALIADOS QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E MORBIDADE REFERIDA FAMILIAR E PESSOAL.....	51

5.3	CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS.....	58
5.4	CARACTERÍSTICAS QUANTO À ATIVIDADE FÍSICA.....	68
6	DISCUSSÃO.....	75
6.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES.....	75
6.2	CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS AVALIADOS QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E MORBIDADE REFERIDA FAMILIAR E PESSOAL.....	78
6.3	CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS.....	82
6.4	CARACTERÍSTICAS QUANTO À ATIVIDADE FÍSICA.....	92
7	CONCLUSÕES.....	99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
	APÊNDICE A – Lista das unidades capacitadas.....	110
	APÊNDICE B – Planilha de levantamento dos dados.....	111
	APÊNDICE C – Questionário de entrevista.....	112
	APÊNDICE D – Manual do Entrevistador; Programação do treinamento; Apresentação do treinamento.....	113
	APÊNDICE E – Carta informativa.....	114
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	115
	APÊNDICE G – Declaração de que as informações serão tornadas públicas.....	116
	APÊNDICE H – Dados dos grupos de Abordagem Intensiva.....	117
	APÊNDICE I – Gráficos da distribuição da curva normal das variáveis.....	118
	ANEXO A – Questionário de avaliação do nível de atividade física.....	119
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP.....	120
	ANEXO C – Autorização do secretário municipal de saúde.....	121

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, pois, apesar de usufruir de informações sobre os malefícios do cigarro as pessoas continuam fumando, em consequência tanto da dependência química causada pelo cigarro, quanto da pressão constante da publicidade, que enfatiza sua aceitação social por meio de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de auto-imagem, como beleza, sucesso e liberdade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Em 1999 ocorriam aproximadamente 4 milhões de mortes anuais no mundo devido ao tabagismo e se o atual padrão de consumo não for revertido, esse número poderá chegar a 10 milhões de mortes anuais em 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003). Ressalta-se ainda que os problemas oriundos do tabagismo dividirão o cenário com os problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e suprimentos de água, doenças infecto-contagiosas ainda não controladas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999; ARAÚJO, et al., 2004).

Cerca de 25% de todos os fumantes morrem precocemente devido a doenças relacionadas ao tabagismo, tais como as cérebro-vasculares e o câncer pulmonar, diminuindo em média 20 anos de suas vidas (BRASIL, 1997). Apoiar uma pessoa a deixar de fumar, incentivando-o na introdução de hábitos saudáveis como alimentação balanceada, prática de exercícios moderados e manutenção do peso

saudável, são tão importantes quanto o tratamento das doenças tabaco-relacionadas (BRASIL, 1997). É necessário, portanto, uma inversão do paradigma atual vigente, que enfatiza o tratamento das condições agudas, para uma sistemática de apoio à prevenção e redução de riscos à saúde. O compromisso e as ações de sensibilização das organizações de saúde, da comunidade e do governo são vitais no alcance desses objetivos. Para isso algumas estratégias são importantes, entre elas: a prevenção da iniciação ao tabagismo, a proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, a promoção e o apoio à cessação de fumar, a regulação dos produtos de tabaco, a adoção de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2005b).

O Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PMCT) que tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; ARAÚJO *et al.*, 2004; CAVALCANTE, 2005).

A inclusão de intervenções de controle do peso corporal nos programas para deixar de fumar vem sendo sugerida, tendo em vista que a nicotina pode causar um efeito supressor no peso corporal, tanto por efeitos anoréticos quanto por relações mais complexas em níveis biológicos e de comportamentais (SAULES *et al.*, 2004).

Como exemplo da questão levantada anteriormente, muitas mulheres fazem uso do cigarro como um comportamento compensatório para reduzir a ingestão de alimentos, com o objetivo de reduzir ou manter o peso corporal (SAULES *et al.*, 2004).

Sendo assim, os efeitos benéficos à saúde advindos da cessação do hábito de fumar podem estar comprometidos devido aos efeitos maléficos no organismo associados ao ganho de peso, devendo-se considerar portanto, a quantidade e a duração do ganho de peso neste período (CHINN *et al.*, 2005; JOHN *et al.*, 2005). Além disso, este ganho também pode estar fortemente associado com os motivos de recaídas, isto é, retornando o hábito de fumar (BORRELLI *et al.*, 2001 *apud* MUNAFO; MURPHY; JOHNSTONE, 2006).

Contudo, o controle do peso corporal é realizado através do equilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia. Neste sentido, uma das formas efetivas para manter o peso corporal adequado é a realização de atividades físicas, que parece possuir um efeito benéfico independente nas co-morbidades da obesidade, principalmente na resistência à insulina, hiperglicemia e dislipidemias, além de atenuar a morbimortalidade em indivíduos com sobrepeso e obesidade (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998).

Segundo Pitanga, (2002) atualmente os estudos sobre a epidemiologia da atividade física investigam as relações do sedentarismo como fator de risco, o estilo de vida fisicamente ativo como fator de proteção e a intensidade ideal da atividade física necessária para exercer benefícios ao organismo.

Para alcançar os benefícios da atividade física é necessário combinar a frequência, a intensidade e a duração, bem como intercalar atividades aeróbicas, contra resistência (indicado em casos de perda de massa magra) e de flexibilidade (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998).

As atividades físicas regulares deveriam ser metas prioritárias nos programas de prevenção das doenças cardiovasculares. O aumento da atividade física parece ter um efeito benéfico independente nas co-morbidades da obesidade. A recomendação para a população e para os indivíduos com sobrepeso é alcançar gradualmente um mínimo de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana. Para a perda de peso, porém, deveria-se progredir para maiores quantidades de exercício, como 200 a 300 minutos por semana ou um gasto maior ou igual 2000 kcal por semana (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Desta forma, a identificação do estado nutricional e do nível de atividade física de indivíduos tabagistas em tratamento torna-se de primordial importância na medida em que mudanças no comportamento destes indivíduos no dia a dia (prática de exercício físico, alimentação balanceada, aderências aos procedimentos terapêuticos, abandono ao tabagismo, entre outras) influenciam fundamentalmente na eficácia do tratamento das doenças e agravos não-transmissíveis relacionadas ao hábito de fumar, levando a melhores resultados do que em comparação com as intervenções médicas isoladas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Mediante as considerações acima discutidas, a finalidade do trabalho é de avaliar o estado nutricional e o nível de atividade física dos indivíduos fumantes

participantes da "Abordagem Intensiva ao Fumante" de um "Programa Municipal de Controle do Tabagismo" (PMCT), no ano de 2006.

1.1 TABAGISMO

A produção de cigarros em escala industrial e um agressivo processo de propaganda e marketing foram fatores historicamente decisivos para dar uma representação social positiva ao hábito de fumar. A partir da primeira metade do século XX ocorre uma explosão de consumo de tabaco que consolida as indústrias fumageiras como potências econômicas. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1992; BRASIL, 2001; ARAÚJO *et al.*, 2004). Assim, ao longo de décadas, o comportamento de fumar tornou-se familiar e o cigarro foi visto como objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 1950, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1992; BRASIL, 2001; ARAÚJO *et al.*, 2004).

Atualmente, morrem no mundo cinco milhões de pessoas por doenças tabaco-relacionadas, cerca de seis mortes a cada segundo, com tendências a um aumento, principalmente em mulheres e jovens, onde um terço da população mundial com 25 anos ou mais é fumante (ARAÚJO *et al.*, 2004).

No Brasil, um terço da população adulta é fumante, onde a prevalência vêm aumentando também em mulheres e jovens e com diminuição nas classes sociais mais altas. Aproximadamente 200 mil óbitos por ano são atribuídos ao tabagismo (ARAÚJO *et al.*, 2004). O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e

morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde em 2002 e 2003, em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal mostrou que a prevalência total de fumantes na população acima de 15 anos foi cerca de 19% e em 1989, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 32% (BRASIL, 2004a).

O tabagismo é a causa de morte de maior crescimento no mundo. O fumo aumenta consideravelmente o risco de mortalidade, sendo responsável pelas mortes em 30% dos cânceres em geral, 90% dos casos de câncer de pulmão, 25% das doenças coronarianas, 85% das doenças pulmonares obstrutivas crônicas e 25% das doenças cerebrovasculares. O uso do cigarro também pode estar relacionado com aneurismas arteriais, trombose vascular, úlcera do trato digestivo, infecções respiratórias e impotência sexual no homem (BRASIL, 1998).

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). Do total de óbitos com causas definidas registradas em 2000, 32% foram devidos a doenças do aparelho circulatório, 15% a neoplasias, 14,5% a causas externas, 11% a doenças do aparelho respiratório e 5,5% a doenças infecciosas e parasitárias. As ações de vigilância epidemiológica e monitoramento da morbimortalidade e do comportamento da população frente aos fatores de risco para DANT se colocam como uma prioridade atual para o Sistema Único de Saúde, pois possibilitam a obtenção das informações que conformam as bases de evidências para desencadeamento de

ações que minimizem tais impactos e contribuam no sentido da promoção da saúde (BRASIL, 2002; GOIÂNIA, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) aprovou a Portaria 1035/04, de 31 de maio de 2004, que estendeu o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo à rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)(BRASIL, 2005b).

A atenção ao tabagista ocorre de forma hierarquizada em toda a rede do SUS, onde estão incluídas as unidades de atenção básica à saúde (UABS), organizadas de forma tradicional ou na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), bem como unidades de média e alta complexidade (BRASIL, 2005b). Todas as unidades, desde que seus profissionais estejam capacitados para abordagem e tratamento do tabagismo, segundo o modelo preconizado pelo PNCT, poderão atender ao fumante e oferecer, como tratamento, a abordagem cognitivo-comportamental, com material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com a Terapia de Reposição Nicotínica (TRN) na forma de adesivos transdérmicos de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg e goma de mascar de nicotina de 2mg (BRASIL, 2005b).

Em Goiânia, o Programa de Controle do tabagismo e de outros fatores de risco para o câncer teve início em 1998, com a elaboração do projeto e a realização da pesquisa sobre o "Perfil de Mortalidade por Doenças Tabaco - Relacionadas em

Goiânia" pela Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas, do Departamento de Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia (GOIÂNIA, 2005).

No ano de 2003, a SMS de Goiânia, com base na lei federal 9294/96, criou a Portaria n.º 480/03, proibindo o uso de tabaco em suas dependências. Como alternativa, a administração reservou um espaço próprio (fumódromo) para a prática de fumar. O Decreto Municipal n.º 234/03 proibiu o uso do tabaco em todas as dependências da Prefeitura de Goiânia (GOIÂNIA, 2005). Neste mesmo ano aplicou-se um questionário com perguntas relacionadas ao tabagismo e à adoção de práticas para construção de um "Ambiente Livre do Tabaco". O questionário foi respondido pelos trabalhadores da sede da SMS. Neste levantamento foi possível detectar que dos 261 trabalhadores que participaram, 10% eram fumantes (26 pessoas). Destes, 42,3% eram do sexo masculino e 58,7% do sexo feminino, a faixa etária prevalente foi de 31 a 50 anos, 50% dos tabagistas fumavam a mais de 20 anos, 27% referiram hipertensão arterial, 3,8% apresentaram colesterol elevado e 67% não tem o hábito de praticar atividade física (GOIÂNIA, 2005).

Com estes dados, observou-se a necessidade de planejar e executar ações de intervenção para tratamento do tabagismo. Então, em 2004, implantou-se o primeiro grupo de abordagem intensiva ao fumante para os trabalhadores da SMS de Goiânia e em 2005, o tratamento foi estendido para a população em geral. Em 2006, a atuação foi no sentido de implementar tanto a abordagem mínima (abordagem ao fumante pelos profissionais de saúde de nível superior em suas consultas de rotina), quanto a intensiva (GOIÂNIA, 2005).

O perfil da população brasileira traz um desafio para o sistema público de saúde, que é a garantia de acompanhamento sistemático, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção de saúde e à prevenção das doenças e agravos não transmissíveis (BRASIL, 2002). Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de investir esforços para apoiar os fumantes a deixar o fumo, frente ao constante crescimento do número de fumantes que procuram esse apoio, estimulados por um contexto social cada vez mais desfavorável ao consumo do tabaco (BRASIL, 1997; 2004a).

1.2 ESTADO NUTRICIONAL

A ameaça das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pode ser contida de forma eficaz pela adoção de práticas alimentares saudáveis e de atividades físicas regulares em associação com o controle do tabagismo. É uma estratégia mundial que se baseia na formulação de planos nacionais e regionais, com a adesão de compromisso político e de parcerias não-governamentais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

As deficiências nutricionais e as doenças infecciosas constituem ainda importantes desafios de saúde pública (BRASIL, 2004c). As transições nutricional, epidemiológica e demográfica vieram culminar na reversão dos padrões de prevalência com evolução das doenças crônico-degenerativas de caráter ambientais e preveníveis (MONTEIRO, 2003).

Juntamente com o quadro de carência de recursos, o país hoje convive com a evolução epidêmica da obesidade em 50% dos adultos, principalmente os de baixo

nível socioeconômico, nunca experimentada anteriormente de acordo com o relatório conjunto do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da Organização Mundial da Saúde, publicado em 1996 (BRASIL, 2005c).

Em 1999, realizou-se um diagnóstico de prevalência dos fatores de risco associadas às DCNT na região leste de Goiânia. A população desta região era de 119.570 pessoas, e a amostra foi de 3.086 pessoas. Os resultados obtidos foram 8,1% de diabetes, 66,2% de sedentarismo, 33,3% de hipertensão arterial, 22,8% de tabagismo, 44,1% de obesidade, 45,6% de hipercolesterolemia e 17,8% de hipertrigliceridemia (CARVALHO *et al.*, 2003).

Em função do hábito de fumar, ou pelo próprio efeito térmico do fumo, ocorre uma modificação do gasto energético por elevação da Taxa Metabólica Basal (TMB), reduzindo, por conseqüência, a massa corporal média de fumantes em relação à de indivíduos não fumantes, de acordo com estudos realizados na década de 1980 (WACK; RODIN, 1982 *apud* WAHRLICHA; ANJOS, 2001). Foi comprovado um aumento de 3 a 6% nos valores da TMB de fumantes por inalação de nicotina contida no cigarro (DALLOSO; JAMES, 1984; PERKINS *et al.*, 1989 *apud* WAHRLICHA, ANJOS, 2001).

Alguns estudos têm mostrado que a média de peso corpóreo de indivíduos fumantes é menor que de não fumantes e que apresentam um aumento expressivo após a interrupção do tabagismo (ISSA *et al.*, 1998), sendo uma das situações dificultadoras do abandono do vício, principalmente em mulheres (GRITZ; NIELSEN; BROOKS, 1996). Esse comportamento é justificado por algumas ações da nicotina,

tais como a capacidade de determinação de saciedade, a diminuição do paladar e do olfato, além do efeito termogênico (ISSA *et al.*, 1998). Além de todos esses fatores, ao parar de fumar, existe uma substituição do cigarro por alimentos (SACHS, 1991 *apud* ISSA *et al.*, 1998).

Fisiologicamente, a nicotina pode interferir no mecanismo comportamental e na ativação simpática, liberando neurotransmissores que podem apresentar ações ligadas ao prazer e à anorexia, importante fator na redução do peso corporal (FIORE, 1992 *apud* BRASIL, 1997).

Há evidências de que a enzima lipase lipoprotéica tem sua atividade diminuída na interrupção do ato de fumar. Em geral, há relação inversa entre tabagismo e peso corporal, não sendo tão linear, pois a regulação do peso depende do perfil endócrino. Existe uma tendência do ganho de peso reduzir em alguns meses e se normalizar após um ano (BRASIL, 1997).

A supressão do apetite em fumantes pode estar relacionada, segundo Schuckit (1991 *apud* BRASIL, 1997), com a ação da nicotina no trato gastro-intestinal, onde há um decréscimo nas contrações do estômago, bem como um aumento do tônus e da atividade motora intestinal, podendo produzir diarreia, e indiretamente, modificar o processo absorptivo.

Segundo o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001a), um em cada dez fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar, mas a média geral do ganho de peso gira em torno de 2 a 4 kg. Enquanto

aproximadamente 50% dos fumantes poderão ganhar menos peso que a média, alguns podem não ganhar e outros podem até perder peso.

A diminuição do peso nos tabagistas não impede as elevações da pressão arterial e do colesterol no sangue. Portanto, o emagrecimento perseguido pelos fumantes não lhes garante maior longevidade. Os benefícios do abandono são maiores que os problemas ligados ao ganho de peso que possa vir a ocorrer quando se deixa de fumar (BRASIL, 1997).

A análise conjunta de características antropométricas é indicada para a vigilância de um provável desenvolvimento dos fatores de risco (agentes causais) das doenças crônico-degenerativas. Além do peso e da altura, recomenda-se a medida da cintura como forma de avaliar a deposição da gordura abdominal. Esses parâmetros antropométricos são de fácil mensuração, de baixo custo e com utilização tanto na saúde pública quanto na clínica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

As várias associações encontradas entre tabagismo e o Índice de Massa Corporal (IMC) apontam uma redução no valor deste nos fumantes. Existem também evidências da influência do tabagismo na distribuição centralizada de gordura (LEMOS SANTOS; GONÇALVES-SILVA; BOTELHO, 2000).

Fatores biológicos, como sexo e idade, e comportamentais, como atividade física e tabagismo, podem ser determinantes da distribuição de gordura corporal (MACHADO; SICHIERI, 2002). Devido a modificações dos hábitos de vida, onde os

novos valores dietéticos estão se tornando cada vez mais evidentes, o tecido adiposo passou por uma mudança radical de função. As células gordurosas, principalmente as viscerais, liberam alguns mediadores bioquímicos. Dentre esses, o fator de necrose tecidual alfa (TNF- α) age na disfunção endotelial. O excesso de ácidos graxos livres liberados pelo tecido é um dos responsáveis pela redução da sensibilidade à insulina, tanto nas células da musculatura esquelética como nas do tecido hepático. A resistência insulínica, no entanto, está associada a vários fatores de risco cardiovasculares, todos eles importantes para a disfunção endotelial, resultando no processo aterosclerótico (AVEZUM, 2006).

Sternfeld *et al.*(2004) concluiu em seu estudo que mulheres na meia idade possuem uma tendência ao ganho de peso corporal e ao aumento da circunferência da cintura, e que a prática regular de atividade física contribui para prevenir ou atenuar estes ganhos. Barreto, Passos e Lima-Costa (2003) verificaram também que a obesidade estava positivamente e significativamente associada com inatividade física, hipertensão e diabetes e negativamente associada com anemia. Nos países desenvolvidos, o fumo e o excesso de peso são os dois mais importantes fatores de risco para doenças crônicas e mortes prematuras (RODU *et al.*, 2004).

1.3 ATIVIDADE FÍSICA

Em 1997, uma pesquisa nacional com 2504 pessoas detectou que 60% dos adultos brasileiros relatavam ser pouco ativos. Historicamente, houve uma expansão gradativa do percentual da população economicamente ativa, o que implicou em trabalhos com menor atividade física e uma tendência ao sedentarismo e redução

das atividades de lazer, devido ao aumento na proporção de domicílios brasileiros com televisão. Com isso, o sedentarismo é considerado como um dos principais inimigos da saúde pública (BRASIL, 2002; 2006a).

A identificação da prevalência e dos fatores determinantes das atividades físicas são importantes para a elaboração de modelos teóricos para incentivar a adoção e a manutenção da prática de atividades e estratégias para incentivar a população a adotar um estilo de vida mais ativo (PITANGA, 2002). No mundo, mais de dois milhões de mortes por ano podem ser associados ao sedentarismo, caracterizado por um desequilíbrio energético crescente na população (BRASIL, 2004c). Estima-se que a inatividade seja responsável por 10% - 16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2006).

Acreditava-se que somente o exercício físico vigoroso como os esportes, podia trazer grandes benefícios para a saúde em geral, mas as atividades moderadas e regulares também exercem benefícios para a saúde, tanto física quanto mental e emocional. São vários os ganhos para o organismo, como a manutenção do tônus muscular, o fortalecimento das articulações, o equilíbrio dos perfis hormonais e sanguíneos, apresentando também funções imunológica e intestinal (BRASIL, 2004b). As pessoas fisicamente ativas desfrutam mais da vida e do trabalho, envelhecem com mais saúde, sofrem menos incapacidades e doenças e apresentam uma expectativa de vida maior (SÃO PAULO, 2002).

Segundo a ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005) as pessoas devem se manter ativas durante toda a vida. Os resultados para a saúde dependem do tipo e da intensidade da atividade física, mas para a redução de riscos de doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres de cólon e de mama, a recomendação é de pelo menos 30 minutos de atividade regular de intensidade moderada com frequência quase que diária.

Atualmente, a atividade física é caracterizada como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura, que resulta em gasto energético e possui determinantes biopsicossocial, cultural e comportamental. São exemplos as atividades físicas sistematizadas (esportes, danças, jogos, lutas), atividades no trabalho ou laborais, deslocamentos (PITANGA, 2002).

É fundamental integrar ações de promoção da atividade física no contexto das estratégias de desenvolvimento social e das políticas sustentáveis. A promoção deve ser inclusiva, universal, não interferir diretamente em interesses de grupos econômicos, ter aplicabilidade cultural e oferecer benefícios potenciais (BRASIL, 2001b).

O ato de fumar já foi encarado pela sociedade como um comportamento social normal, adulto e sofisticado, ou um comportamento de sucesso relacionado à atividade física, em virtude das propagandas das indústrias fumageiras (homens e mulheres bonitas praticando esportes, dançando, etc.) (BRASIL, 1997). As mudanças de comportamentos tanto para deixar o hábito de fumar quanto para a motivação da prática de atividades físicas envolvem cinco estágios. O primeiro é o

da pré-contemplação, onde o indivíduo encontra-se sem intenção de mudança; o segundo é a contemplação, onde já se considera a possibilidade de mudar; na próxima etapa, a preparação, já surgem algumas mudanças de comportamento; na ação, o indivíduo está realmente decidido em mudar e, por último, a manutenção onde se deve conservar a mudança ou o novo hábito.

Em todos estes estágios é necessário seguir as metas de mudanças comportamentais, respeitando os estágios em que os indivíduos se encontram e orientá-los de acordo com os conselhos direcionados para cada etapa, a fim de que se consiga alcançar o objetivo final: abandonar o hábito de fumar, manter o peso corporal dentro dos limites de normalidade e ser fisicamente ativo (BRASIL, 2001b).

2 JUSTIFICATIVA

Caracterizações populacionais são importantes, por exemplo, por monitorar mudanças nos comportamentos de riscos associados às doenças cardiovasculares, o que permite identificar os subgrupos mais expostos e ajudar no desenvolvimento de intervenções mais eficientes (BARROS; NAHAS, 2001). Medidas de intervenções para mudanças de comportamento e aquisição de hábitos de vida mais saudáveis nem sempre são de fácil implementação, podendo levar muitas vezes ao abandono de suas práticas. Por isso, as ações de apoio e as orientações para mudanças de comportamento devem ser contínuas, realizadas por profissionais competentes e igualmente motivados (AVEZUM, 2006).

Considerando a necessidade de desenvolver políticas públicas de vigilância, de promover a qualidade de vida, de reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, o Ministério da Saúde baixou a Portaria 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde. A promoção da saúde contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Este documento propõe que a organização da atenção e do cuidado envolva as ações e os serviços sobre os efeitos do adoecer e, ao mesmo tempo, favoreça a ampliação de escolhas saudáveis por parte das pessoas nos locais onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006b).

Através do acompanhamento de alguns grupos de "Abordagem Intensiva ao Fumante" no ano de 2005, foi possível detectar a grande preocupação dos

indivíduos fumantes em tratamento com o ganho de peso no período de abstinência ao cigarro. Este fato foi responsável por gerar ansiedade e até mesmo desmotivação durante o tratamento. Por esta razão, surgiu o interesse em caracterizar este grupo específico, com a finalidade de responder se o estado nutricional e o nível de atividade física poderiam ter alguma influência no processo de cessação do hábito de fumar. Uma segunda preocupação foi com o desafio da promoção da saúde, no sentido de acompanhar o indivíduo em toda a sua integralidade, que se constitui no mesmo desafio de promover um tratamento ao fumante de forma que este não troque um hábito nocivo por outro, e que seja estimulado a adotar estilos de vida mais saudáveis.

A caracterização deste levantamento possibilitará o planejamento de ações a curto prazo (capacitações dos profissionais, direcionando-os às necessidades de vigilância e de tratamento nutricional dos fumantes em acompanhamento; a importância do trabalho multiprofissional, principalmente com a continuação da participação do nutricionistas nos grupos), a médio prazo (subsidiando na elaboração de relatórios de caracterização dos grupos com a finalidade de aplicar ações mais diretas, como por exemplo a definição de implantação de mais grupos e elaboração do planejamento do PMCT para 2007, com propostas de implementação da monitorização e acompanhamento dos grupos pelo nível central), e a longo prazo (estimulando o município a incluir em seu quadro de profissionais de saúde o professor de educação física, o qual poderá incentivar e orientar a prática da atividade física de forma consciente e prazerosa).

Deixar de fumar é um processo que pode levar tempo, e o embasamento científico pode contribuir para o aperfeiçoamento das ferramentas de trabalho dos profissionais de saúde e para o planejamento de políticas, no sentido de priorizar ações de intervenções nos segmentos populacionais mais prioritários. Por estes motivos, pretende-se com esta pesquisa conhecer os hábitos tabagísticos, o estado nutricional e o nível de atividade física dos indivíduos fumantes em tratamento no Programa Municipal de Controle do Tabagismo do Município de Goiânia - PMCT (Abordagem Intensiva ao Fumante), com a finalidade de auxiliar o desenvolvimento de estratégias que visem ao aprimoramento das ações nestes grupos, para que possa ser garantido o direito do cidadão de receber um atendimento mais humanizado e de qualidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o estado nutricional e o nível de atividade física dos participantes da "Abordagem Intensiva ao Fumante" do "Programa Municipal de Controle do Tabagismo" (PMCT) da cidade de Goiânia, no ano de 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população do estudo segundo aspectos sócio-econômicos e demográficos;
- Identificar os participantes do programa segundo seu hábito tabagístico;
- Caracterizar a situação nutricional dos participantes do estudo segundo critérios antropométricos;
- Classificar o nível de atividade física dos participantes do estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A investigação corresponde a um estudo transversal, descritivo, realizado no período de fevereiro a novembro de 2006 na cidade de Goiânia, Goiás.

4.3 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, fundada em 24 de outubro de 1933. Planejada inicialmente para comportar 50 mil habitantes, possui atualmente, devido a uma acelerada urbanização, um aglomerado urbano estimado em cerca de 1.225.410 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE, 2006). Possui um forte adensamento demográfico, apresenta demandas crescentes por infra-estrutura urbana, e já reflete mudanças na estrutura etária, com aumento da proporção da população idosa (GOIÂNIA, 2004).

O município é dividido pela SMS em nove distritos sanitários de saúde (Figura 1), que desenvolvem o papel administrativo de coordenar as ações e os serviços que integram a rede básica de saúde, no princípio da descentralização e consolidação do SUS. Atualmente a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) corresponde a 35% da população, com 48 Unidades de Atenção Básica Saúde da Família (UABSF), além dos 12 CAIS e CIAMS e 28 UABS (GOIÂNIA, 2005).

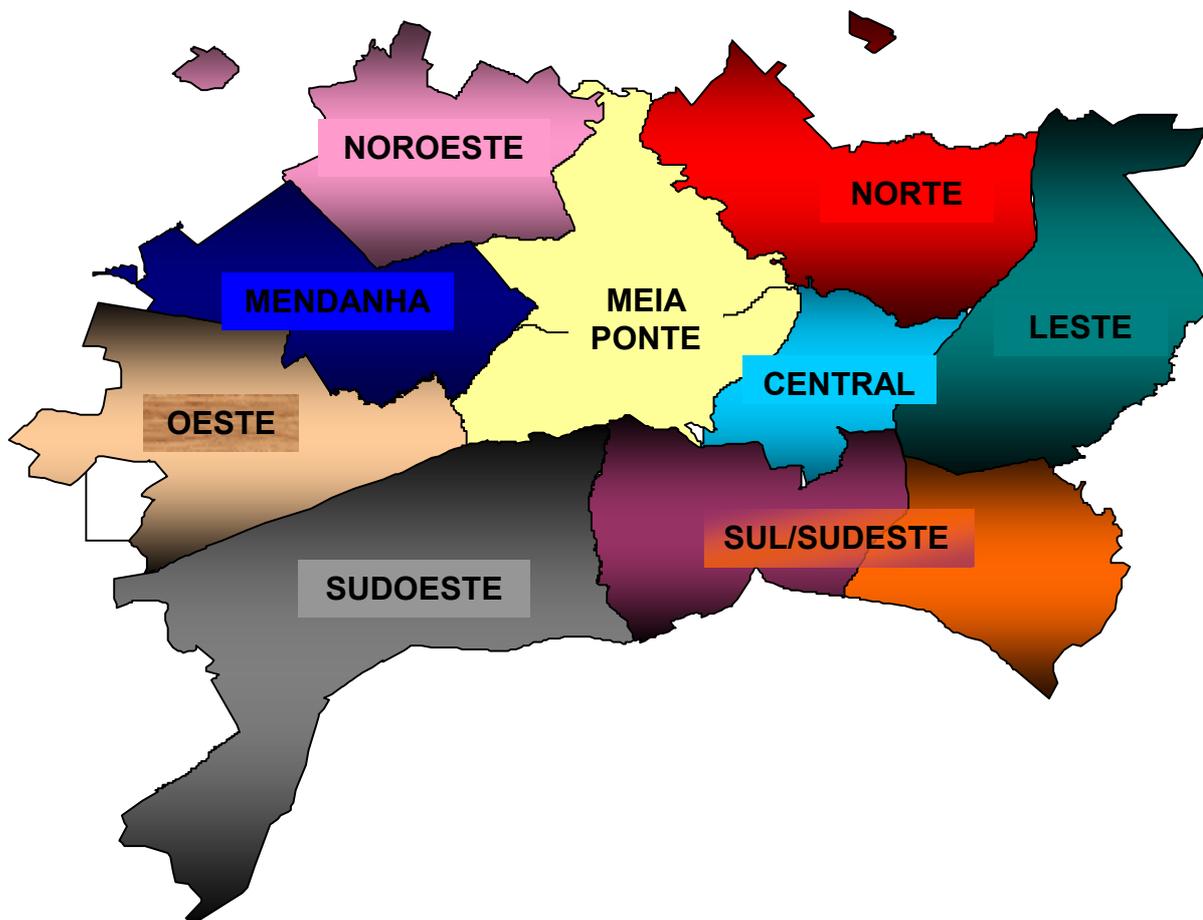


Figura 1. Divisão do município de Goiânia por distritos sanitários de saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

As UABS capacitadas e credenciadas na Abordagem Intensiva ao Fumante segundo o modelo preconizado pelo PNCT/INCA/MS, para a formação de grupos para a implantação do “Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagismo” foram listadas e encontram-se no Apêndice A. Os materiais utilizados para este levantamento foram disponibilizados nas UABS e também na Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas (DDCD), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Foi constatado que 22 UABS possuíam condições para trabalhar com a

Abordagem Intensiva ao Fumante, mas destas, apenas 13 estavam atuando. Os Distritos Sanitários (DS) e unidades que fizeram parte da pesquisa foram:

- DS Norte (PSF Cachoeira Dourada, CS Jd.Guanabara, CS Itatiaia)
- DS Mendanha (CIAMS Urias Magalhães, CAIS Cândida de Moraes)
- DS Meia Ponte (CAIS Campinas, CS Canaã, CS Rodoviário)
- DS Sul - Sudeste (CIAMS Pedro Ludovico, CS Parque Amazônia, CIAMS JD. América)
- DS Sudoeste (CIAMS Novo Horizonte)
- DS Oeste (PSF B. Goiás)

4.2.1 Características de um programa municipal de controle do tabagismo

A Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas (DDCD/SMS) é responsável pelo Programa Municipal de Controle do Tabagismo, implantando, capacitando, supervisionando e avaliando o trabalho realizado nas Unidades de Saúde e pelo planejamento, normatização e avaliação de todas as ações relacionadas ao PMCT. Os DS são responsáveis pelas inscrições dos fumantes que desejam participar do tratamento, pelo apoio técnico e logístico dos grupos, supervisão das atividades e articulação com a DDCD.

O PMCT segue a preconização do INCA/MS e possui três ações básicas: Ambientes Livres do Tabaco (ALT); Atividades Educativas de Sensibilização e Conscientização e Abordagens Mínima e Intensiva ao Fumante (GOIÂNIA, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), a abordagem cognitivo-comportamental e alguns medicamentos são eficazes na cessação de fumar com evidências científicas para comprovação, e estes métodos fazem parte da Abordagem Intensiva ao Fumante. Essa abordagem é a base para o trabalho com os usuários e para a cessação do hábito de fumar e deve sempre ser priorizada. A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações específicas e bem definidas, tendo a função de facilitar o tratamento, minimizando os sintomas da síndrome de abstinência, quando estes representam uma importante dificuldade para se deixar de fumar.

A abordagem cognitivo-comportamental, aplicada nos grupos de tratamento intensivo ao fumante, combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os principais componentes dessa abordagem são (FIORE *et al.*, 2000):

- preparar o fumante para soluções de seus problemas com estímulo ao autocontrole;
- estimular habilidades para resistir às tentações de fumar com técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos;
- preparar para prevenir a recaída utilizando estratégias de enfrentamento;
- preparar o fumante para lidar com o estresse visando a mudança de comportamento.

A estruturação da Abordagem Intensiva ao fumante do PMCT, no município de Goiânia, possui as características abaixo relacionadas, descritas em seu protocolo (GOIÂNIA, 2005):

- Assistência estruturada e seletiva;
- Participação de no mínimo 3 profissionais de nível superior, especificamente envolvidos e capacitados na metodologia do INCA/MS;
- Os dias e horários são definidos pelas UABS;
- A quantidade de participantes nos grupos terapêuticos deve ser de 15 a 20 pessoas.

É uma proposta de assistência estruturada, que visa tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento. O Programa usa a interação do grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem estimular a dependência.

Características do tratamento em grupo:

- Tempo de existência do grupo preestabelecido;
- Grupo temático e de reflexão;
- Conduzido, de preferência, por 2 ou 3 profissionais capacitados das UABS e podendo haver a participação de outros profissionais dos DS e da DDCCD, caso seja necessário.
 - Participação ativa do indivíduo e do profissional de saúde, orientando-o em metas que visam resolução do problema;
 - Ajuda o fumante a identificar, avaliar e reestruturar os pensamentos, comportamentos e sentimentos e a estabelecer estratégias de enfrentamento para o processo de cessação do hábito de fumar.

Os indivíduos inscritos para o tratamento participam de sessões em grupo. No 1º e no 2º mês as sessões são semanais e fechadas à participação de outros

membros. No 3º e 4º meses, as sessões são quinzenais e fechadas. Do 5º até o 12º mês, as sessões são de manutenção, mensais e abertas. Os participantes podem ser acompanhados pelo período de 1 ano ou mais, conforme necessidades individuais. A duração de cada sessão é de uma hora a uma hora e meia. Durante este período, as pessoas que deixaram de fumar (fumantes abstinidos) sem medicação podem continuar participando das reuniões como apoio. Porém, após 6 meses de participação nestes grupos terapêuticos com a abordagem comportamental sem parar de fumar, preconiza-se a utilização de medicamento às pessoas que não possuem contra-indicação, seguindo os critérios: escores do *Teste de Fagerström* igual ou maior que 5; fumar 20 ou mais cigarros/dia ou fumar o 1º cigarro até 30 minutos após acordar, com consumo mínimo de 10 cigarros/dia e aqueles que não conseguiram parar de fumar durante a abordagem, com sintomas insuportáveis de abstinência (BRASIL, 2001a).

É importante enfatizar que as pessoas não devem fumar paralelamente ao tratamento medicamentoso, que pode durar até 12 semanas. O acompanhamento neste período deverá ser semanal nas 2 primeiras semanas e quinzenal até a 12ª semana. Segundo o Ministério da Saúde só serão considerados ex-fumantes os indivíduos que se mantiverem abstinidos por 1 ano (BRASIL, 1997).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do presente estudo, 140 indivíduos adultos com idade superior a 18 anos de ambos os sexos, cadastrados para tratamento do hábito tabagístico no Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT)/Abordagem Intensiva ao

Fumante, das 13 Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) que possuíam o programa, representantes de seis distritos sanitários de saúde dos nove existentes no município de Goiânia. O município possuía no primeiro semestre de 2006 o total de 22 UABS capacitadas para esta abordagem, mas 9 unidades não apresentavam grupos formados no período da pesquisa (APENDICE A).

Para seleção da amostra foram considerados os cadastros dos tabagistas que participavam (fumantes e fumantes abstêmios), e os que já participaram do programa (fumantes abstêmios e ex-fumantes), mas que ainda possuíam contato nos grupos de tratamento em qualquer uma das Unidades de Saúde referidas. A definição da população estudada seguiu os critérios relacionados abaixo (BRASIL, 2001). Segundo a Organização Panamericana de Saúde (1995) e o Ministério da Saúde (2001a) os indivíduos fumantes possuem a seguinte conceituação:

Fumante: é aquele indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços, durante a sua vida e está fumando atualmente.

Ex-fumante: aqueles indivíduos que pararam de fumar, com ou sem medicamento, em período maior de 1 ano.

Fumante pesado: é aquele que fuma 20 ou mais cigarros por dia

Fumante leve: é aquele que fuma 15 ou menos cigarros por dia

Fumante abstêmio: aqueles indivíduos que pararam de fumar com ou sem medicamento em um período menor que 1 ano.

4.3.1 Amostra

A amostra foi determinada a partir do levantamento das unidades e através de visitas de avaliação da situação geral dos grupos de tratamento, com coleta das informações conforme Planilha de Levantamento de Dados (APENDICE B).

Com as informações coletadas, verificou-se a presença de 140 participantes nos grupos de tratamento, que foram categorizados segundo o hábito de fumar (fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes), conforme descrito no Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001a). Definiu-se que todos os indivíduos maiores de 18 anos fariam parte da amostra.

4.3.2. Critérios de inclusão

Foram selecionados tanto os indivíduos que estavam participando regularmente das reuniões dos grupos de Abordagem Intensiva ao Fumante, conforme controle de frequência, recebendo ou não medicamento, nas unidades de saúde a qual pertence seu cadastro, quanto aqueles que participaram da Abordagem Intensiva ao Fumante, do PMCT, em 2005, e que abandonaram o vício de fumar com ou sem medicamento, ou seja, os ex-tabagistas que tem dados registrados na UABS, que participaram do grupo e que ainda mantém contato.

4.3.3 Critérios de exclusão

Não participaram do estudo indivíduos com idade inferior a 18 anos, gestantes, pacientes com problemas psiquiátricos e pacientes hospitalizados, considerados grupos especiais, conforme consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001), para não gerar viés na pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados desta pesquisa foi realizada em conjunto com a coleta do projeto "Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Goiânia, em 2006." Pelo fato desta pesquisa contemplar o mesmo público alvo deste outro projeto, o trabalho de campo foi simultâneo, com utilização de um mesmo instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C), mesma equipe e treinamentos simultâneos.

Para a padronização da coleta dos dados, foi realizado um treinamento teórico ministrado pelas pesquisadoras coordenadoras, com apresentação dos dois projetos e leitura minuciosa do Manual do Entrevistador (APÊNDICE D), o qual possuía o passo a passo da entrevista. Realizou-se um treinamento prático para a confirmação das técnicas da antropometria contidas no manual e procedeu-se à aplicação prática dos questionários entre os próprios entrevistadores e com indivíduos fumantes voluntários, para posterior correção e ajustes do mesmo.

As entrevistas foram realizadas diretamente por 3 nutricionistas, neste caso, a autora desta pesquisa e do projeto citado acima (coordenadoras), uma supervisora e

3 acadêmicas do último ano de graduação da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás, previamente capacitadas, conforme citado anteriormente.

Inicialmente, os coordenadores dos grupos das UABS registradas no PMCT receberam cartas informativas (APÊNDICE E) sobre a realização da pesquisa, bem como esclarecimento dos objetivos e solicitação de apoio. Com isso, foi feito o levantamento das datas específicas das reuniões de cada UABS com os tabagistas, para confecção do cronograma para facilitar na organização das visitas de campo para a coleta de dados.

De posse das informações recebidas das UABS, foram realizadas visitas nos grupos com a finalidade de encontrar os participantes (fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes) para a coleta de dados. Só foram entrevistados os tabagistas que concordaram em participar da pesquisa e, por sua vez, em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). Realizou-se a coleta após o término das reuniões dos grupos, programadas segundo cronograma da UABS e não comprometendo a rotina das atividades planejadas pelos coordenadores.

Foram realizadas quantidades de visitas suficientes em cada grupo com a finalidade de entrevistar todos os participantes interessados em participar da pesquisa. Os entrevistadores retornaram aos grupos nas reuniões subsequentes, de acordo com a proposta de intervenção do PMCT.

Para garantir o controle de qualidade da coleta de campo, todos os entrevistadores estavam sempre acompanhados pelos coordenadores da pesquisa em todos os locais das coletas e as dúvidas e correções eram feitas no mesmo dia. Cada entrevistador ficou encarregado de codificar o seu questionário e as correções eram feitas pelos coordenadores no ato da entrega dos mesmos, sendo registrado em um caderno específico, havendo também um caderno de controle dos códigos utilizados e o diário de campo para o registro da rotina da coleta.

Nos casos em que ao término da aplicação do questionário foi verificada a necessidade de uma intervenção do ponto de vista nutricional (obesidade e baixo peso), o entrevistado foi orientado a procurar um nutricionista da SMS, que correspondia à sua região, visto que atualmente todos os distritos sanitários de saúde do município de Goiânia possuem o profissional nutricionista em seu quadro de servidores.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos, um de avaliação sócio-econômica e demográfica, avaliação do hábito tabagístico e antropométrica e outro para a avaliação da atividade física.

4.5.1 Questionário de avaliação sócio-econômica e demográfica, do hábito tabagístico e antropométrica

Os dados foram coletados em um questionário (APÊNDICE C), adaptado com informações retiradas do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis (BRASIL, 2004a) e do Consenso - Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001a). Este instrumento contou com uma caracterização sócio-econômica, classificação do hábito tabagístico dos fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes com aplicação do *Teste de Fagerström* (para os fumantes), informações sobre morbididade referida de antecedentes familiares e do próprio paciente e antropometria com dados de peso, altura, perda ou ganho de peso nos últimos 6 meses, circunferência braquial (CB), dobra cutânea tricípital (DCT), circunferência muscular do braço (CMB) e circunferência da cintura (CC), que estão descritos no item 4.7 - Variáveis do estudo e técnicas de coleta.

4.5.2 Questionário de avaliação da atividade física

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a forma curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão 8, recomendada para estudos nacionais de prevalência devido à possibilidade de comparação internacional (BRASIL, 2004a). O questionário é composto por perguntas que se referem à frequência (dias por semana) e à duração (tempo por dia codificado em minutos) da realização da caminhada e das atividades moderadas e vigorosas, sendo um instrumento validado (CRAIG *et al.*, 2005; MATSUDO; ARAUJO;

MATSUDO, 2001) (ANEXO A). O IPAQ forma curta verifica, de forma geral, os vários tipos de atividade física no trabalho, no lazer, nas atividades domésticas e em atividades com meio de transporte. Seu uso é designado apenas para avaliação em nível populacional e comparação de prevalências (BAUMAN *et al.*, 2006).

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO E VALORES DE REFERÊNCIA

Para a unificação da coleta foi elaborado o manual do entrevistador que possui todas as descrições das variáveis (APÊNDICE D). O referencial teórico utilizado para as variáveis sócio-econômicas e demográficas e morbidade referida familiar e pessoal foi o do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Para avaliação do hábito tabagístico, utilizou-se o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante como referencial teórico (BRASIL, 2001a).

4.6.1 Variáveis sócioeconômicas e demográficas

- **Sexo e Idade:** foram obtidos através de entrevista individual em questionário já citado. A idade foi calculada a partir da data de nascimento até a data da entrevista em anos completos. Os indivíduos selecionados foram adultos de ambos os sexos com idade acima de 18 anos. A categorização da idade foi feita conforme o agrupamento das tabelas de percentis da Dobra Cutânea Tricipital (DCT), Circunferência Braquial (CB), Circunferência Muscular Braquial (CMB) e ficou definida assim: 19 a 24,9, 25 a 34,9, 35 a 44,9, 45 a 54,9, 55 a 64,9, 65 a 74,9 anos.

- Estado civil ou situação conjugal: o interesse da pesquisa foi conhecer qual a situação conjugal da pessoa entrevistada no dia da pesquisa, que pode ou não ser a mesma que o estado civil, ou seja, pode ser solteiro em seu estado civil, mas atualmente vive junto com outra pessoa (casado, divorciado, solteiro, viúvo).

- Procedência: foram obtidos, nos dados cadastrais do paciente do PMCT, os códigos padronizados por bairro, conforme a Tabela de Bairros da Secretaria Municipal de Saúde, para identificar o DS em que os pacientes estavam vinculados para tratamento e acompanhamento.

- Escolaridade e ocupação: o grau de escolaridade foi classificado em: analfabeto, ensino fundamental 1ª fase (1ª a 4ª série), ensino fundamental 2ª fase (5ª a 8ª série), ensinos médio (2º grau) e superior, completos e incompletos. Para a ocupação utilizou-se os termos empregador, empregado, autônomo, dono de casa e não trabalha.

- Renda: foram levantadas informações sobre a renda familiar e *per capita*, para auxiliar na caracterização sócio-econômica dos indivíduos entrevistados. Para preenchimento deste quesito, foram considerados, além de salários, rendimentos provenientes de aposentadoria, pensão, previdência oficial ou privada, aluguel, pensão alimentícia e outros. A categorização em salários mínimos (SM) ficou assim descrita: menos que 1 SM, de 1-2 SM, 2-3SM, 3-5SM, 5-10SM.

4.6.2 Variáveis do hábito tabagístico e morbidade referida familiar e pessoal

As questões foram separadas em dois blocos, um para os fumantes e outro para fumantes abstêmios e ex-fumantes.

Variáveis comuns aos dois blocos:

- Idade de início do hábito tabagístico em anos;
- Tempo do hábito tabagístico: informação coletada subtraindo-se da idade do paciente em anos a idade de início do hábito. Categorizados de 10 em 10 anos;
 - Quantidade de cigarros que fuma ou fumava (menos que 10,10-20, 21-30, mais que 30);
 - Quantas vezes já tentou parar de fumar (1-2, 3-5, mais que 6 vezes);
 - Fatores causadores da vontade de fumar com as seguintes categorias: substituição alimentar, estados emocionais negativos, bebidas alcoólicas, convívio social, uso do café, emoções positivas.

Variáveis relacionadas apenas aos fumantes:

- Tipo de cigarros utilizados: com filtro e/ou sem filtro (palha, indiano);
- Teste para avaliar a dependência a nicotina (*Teste de Fagerström*), onde os escores podem variar de 0 (muito baixo) a 10 (muito elevado), (APENDICE D).

Variáveis relacionadas aos fumantes abstêmios e ex-fumantes:

- Tempo de abstinência em meses, com as categorias: menor que 3, 3-6, 7-12, maior que 12 meses;
- Método utilizado para deixar de fumar: abrupto (deixa de fumar de um dia para o outro), gradual por adiamento (adia a hora que fuma o primeiro cigarro

progressivamente, até não fumar mais nenhum cigarro) ou gradual por redução (fuma um número menor de cigarros a cada dia, até chegar o dia em que não fumará mais nenhum cigarro);

- Recaídas (quando o fumante volta a fumar regularmente, mesmo que em quantidades menores que o padrão de consumo anterior à cessação) ou lapso (episódio isolado de consumo de cigarro ou outro derivado, sem que o paciente volte a fumar regularmente);

- Motivos da recaída ou lapso: síndrome de abstinência (tonteira, irritabilidade, alteração no sono, agitação, irritabilidade, cefaléia), fissura (momentos de desejo intenso de fumar que pode permanecer por 5 minutos), medo do ganho de peso, consumo de bebidas alcoólicas, falta de apoio em casa/trabalho;

- utilização de algum medicamento para deixar de fumar (nicotínicos: goma de mascar e adesivo transdérmico, anti-depressivos: bupropiona e outros;

- Antecedentes familiares (para os dois blocos): foram questionadas sobre a presença das seguintes enfermidades em familiares de 1º grau: dislipidemia, diabetes, obesidade, hipertensão, cardiopatias, câncer, doenças congênitas e outros;

- Morbidade referida pessoal (para os dois blocos): a obtenção dessas informações foi através de uma lista de doenças referidas, conforme resposta proveniente do questionamento: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) teve ou tem alguma dessas doenças? “, adaptado do material elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) e descrita no Manual do Entrevistador (APÊNDICE D).

4.6.3 Variáveis antropométricas

- **Peso atual (Kg):** os entrevistados foram pesados em balança eletrônica digital portátil marca *Kratos* com capacidade para 150 Kg e precisão de 50g. Os indivíduos foram pesados descalços e com roupas leves, observando se não levavam objetos nas mãos ou nos bolsos e adornos na cabeça. Foram colocados no centro da plataforma, com os pés paralelos, os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça ereta (*Plano de Frankfurt*), olhando para frente, com a visão perpendicular ao corpo (GIBSON, 2005).

- **Altura (m):** registrada em metros e obtida com fita métrica de extensão de 2m dividida em centímetros e subdividida em mm, a qual foi fixada em uma parede sem rodapé de forma invertida (com o zero para baixo) a 50 cm do solo plano, com a utilização do fio de prumo para deixar a fita alinhada. O indivíduo foi situado no centro da fita métrica, descalço, com os pés unidos, mantendo as pernas e costas eretas, e braços ao longo do corpo, com calcanhares e nádegas levemente encostados à parede, ombros e cabeça em ângulo reto com a parede de modo que a linha da visão fique perpendicular ao corpo de forma a manter o "*Plano de Frankfurt*" (GIBSON, 2005). Nas mulheres, foi solicitada a retirada de adornos na cabeça. A leitura foi feita colocando o esquadro na cabeça sem pressão, formando um ângulo reto e ao valor encontrado adicionou-se os 50cm descontados no posicionamento da fita métrica.

- **Índice de Massa Corporal (IMC):** Foi calculado através da divisão do peso(kg) pela altura ao quadrado (m^2). Foi utilizado para identificar o estado nutricional pela

relação entre peso e estatura. O parâmetro seguido para avaliação está apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Índice de Massa Corporal (IMC) para maiores de 18 anos

Estado Nutricional	IMC (Kg/m²)
Magreza grau III	< 16,0
Magreza grau II	16,0 - 16,99
Magreza grau I	17,0 - 18,49
Normal (Eutrófico)	18,5 - 24,99
Pré-Obesidade	25,0 - 29,99
Obesidade I	30,0 - 34,99
Obesidade II	35,0 - 39,99
Obesidade III	≥ 40,0

Fonte: WHO, 1998.

Dobra Cutânea Tricipital (DCT): A medida da DCT é um bom indicador do depósito de tecido adiposo corpóreo. O equipamento utilizado para a sua medida foi um adipômetro (*Lange Skinfold Caliper*), com 3 repetições. Para sua medida, o indivíduo se manteve em pé, com o braço direito solto e relaxado. Com uma fita métrica, mediu-se o comprimento entre o processo acromial da escápula e o olecrânio, marcando-se o ponto médio. Aproximadamente 2 cm acima deste ponto, a pele foi pinçada sobre o tríceps, com um adipômetro entre o polegar e o indicador. Puxa-se a pele ligeiramente, afastando-a do músculo. Suavemente pinçou a pele no ponto marcado entre as extremidades do adipômetro, enquanto se manteve a dobra cutânea tracionada. Não foi aplicada pressão excessiva e não houve demora na leitura. A leitura foi feita com aproximação de 1mm, dois a três segundos após o alinhamento do ponteiro do relógio. Três leituras foram registradas em milímetros, e a sua média aritmética correspondeu à medida final (GIBSON, 2005).

Para sua classificação utilizou-se tabelas específicas para este fim, onde cada achado se relaciona ao peso, idade e sexo da pessoa a ser avaliada. Os valores

considerados como pontos de cortes indicativos de desnutrição, segundo Blackburn e Harvey (1982), são os encontrados abaixo do percentil 5 do padrão de referência. Utiliza-os percentis 5 e 95 como pontos de corte inferior e superior de normalidade, respectivamente. Valores abaixo do percentil 10 e acima do percentil 90 refletem situações que necessitam de vigilância (Tabela 1).

Tabela 1. Percentis para Dobra Cutânea Tricipital em mm² (DCT) de brancos na I Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1974).

Idade Grupo	HOMENS								MULHERES							
	N	5	10	25	50	75	90	95	N	5	10	25	50	75	90	95
18-18,9	91	4	5	6	9	13	20	24	109	10	12	15	18	22	26	30
19-24,9	531	4	5	7	10	15	20	22	1060	10	11	14	18	24	30	34
25-34,9	971	5	6	8	12	16	20	24	1987	10	12	16	21	27	34	37
35-44,9	806	5	6	8	12	16	20	23	1614	12	14	18	23	29	35	38
45-54,9	898	5	6	8	12	15	20	25	1047	12	16	20	25	30	36	40
55-64,9	734	5	6	8	11	14	19	22	809	12	16	20	25	31	36	38
65-74,9	1503	4	6	8	11	15	19	22	1670	12	14	18	24	29	34	36

Fonte: Frisancho, 1981.

▪ Circunferência Braquial – CB (cm): reflete a composição corpórea total, sem distinguir tecido adiposo de massa magra. Como pontos de corte inferior e superior de normalidade utilizam-se os percentis 5 e 95, respectivamente. Valores abaixo do percentil 10 e acima do percentil 90 refletem situações que necessitam de vigilância nutricional (Tabelas 2 e 3) (BLACKBURN E HARVEY, 1982).

Para a verificação da circunferência braquial, inicialmente foi marcado o ponto médio do braço. Para localizar o ponto médio, o braço foi flexionado em ângulo reto e colocado à altura do abdome com a palma da mão voltada para cima. Localizou-se então o ponto mais distal do processo acromial e o olecrânio no cotovelo e com uma fita métrica inextensível identificou-se o ponto médio entre estes dois pontos (GIBSON, 2005). O indivíduo foi colocado de pé, com o braço direito solto e relaxado. Toda a área do braço ficou exposta. Os indivíduos que estavam usando roupas de manga foram orientados a suspendê-la ou retirá-la. Marcou-se o local do ponto médio com uma caneta dermográfica. O entrevistador utilizou fita métrica inelástica, e então mediu a circunferência do braço em cima do ponto marcado, sem compressão da fita métrica. Registrou-se a leitura em centímetros e milímetros.

Tabela 2. Percentis de Circunferência Braquial em mm (CB) e Circunferência Muscular do Braço em mm (CMB) de brancos na Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1944), do sexo masculino.

Idade Grupo	CIRCUNFERÊNCIA BRAQUIAL (mm)							CIRC.MUSCULAR BRAQUIAL (mm)						
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
19-24,9	262	272	288	308	331	355	372	238	245	257	273	289	309	321
25-34,9	271	282	300	319	342	362	375	243	250	264	279	298	314	326
35-44,9	278	287	305	326	345	363	374	247	255	269	286	302	318	327
45-54,9	267	281	301	322	342	362	376	239	249	265	281	300	315	326
55-64,9	258	273	296	317	336	355	369	236	245	260	278	295	310	320
65-74,9	248	263	285	307	325	344	355	223	235	251	268	284	298	306

Fonte: Frisancho, 1981.

Tabela 3. Percentis de Circunferência Braquial em mm (CB) e Circunferência Muscular do Braço em mm (CMB) de brancos na Avaliação de Saúde e Nutrição dos Estados Unidos (1971 a 1944), do sexo feminino.

Idade Grupo	CIRCUNFERÊNCIA BRAQUIAL (mm)							CIRC.MUSCULAR BRAQUIAL(mm)						
	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
19-24,9	221	230	247	265	290	319	345	179	185	195	207	221	236	249
25-34,9	233	240	256	277	304	342	368	183	188	199	212	228	246	264
35-44,9	241	251	267	291	317	356	378	186	192	205	218	236	247	272
45-54,9	242	256	274	299	328	362	384	187	193	206	220	238	260	274
55-64,9	243	257	280	303	335	367	385	187	196	209	225	244	266	280
65-74,9	240	252	274	299	326	356	373	185	195	208	225	244	264	279

Fonte: Frisancho, 1981.

- Circunferência Muscular do Braço (CMB): esta medida visa avaliar a massa corpórea magra de indivíduos e é calculada utilizando-se a fórmula descrita abaixo.

$$\text{CMB} = \text{CB} - 3,14 \times \text{DCT}$$

CB- Circunferência do Braço ou Braquial (em mm)
DCT- Dobra Cutânea Tricipital (em mm)

A classificação se dá através de tabelas específicas para este fim, relacionando com o peso, idade e sexo da pessoa a ser avaliada. Segundo Blackburn e Harvey (1982), o ponto de corte para desnutrição é o percentil 5. Como pontos de corte inferior e superior de normalidade utilizam-se os valores 5 e 95, respectivamente. Outros valores, como abaixo do percentil 10 e acima do percentil 90, refletem situações que necessitam de vigilância nutricional (Tabelas 2 e 3).

- Circunferência da Cintura – CC (cm): esta circunferência foi verificada, pois se relaciona com doenças cardiovasculares e alguns fatores de risco. Para sua medida o indivíduo ficou de pé, ereto, com o abdome relaxado ao final da expiração normal e com os braços soltos ao longo do corpo e preferencialmente sem roupas na região

a ser medida (foi permitido apenas roupa íntima ou roupas com pequeno volume). Foi determinada com uma fita métrica colocada sem fazer pressão, em plano horizontal ao nível da cintura natural. Quando foi difícil identificar a cintura natural, a medida foi realizada na menor circunferência entre a porção inferior da última costela e a crista ilíaca (GIBSON, 2005).

Para avaliar o risco, foi utilizada a classificação da circunferência da cintura segundo risco de complicações metabólicas associado com obesidade, por sexo, conforme apresentado abaixo na Tabela 1:

Tabela 4. Classificação da circunferência da cintura segundo o risco de complicações metabólicas.

Sexo	Normal	Aumentado	Muito aumentado
Homens	Até 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulheres	Até 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: WHO, 1998.

4.6.4 Variáveis da atividade física:

Para classificação do nível de atividade física foi utilizada a padronização do material elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), conforme proposto no consenso obtido entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o Center for Disease Control and Prevention (CDC) em 2002.

Definições e Padrões (BRASIL, 2004a; MATSUDO, 2002):

Quanto à intensidade, excluindo a caminhada, a atividade física pode ser:

Moderada - é aquela que precisa de algum esforço físico, o indivíduo respira um pouco mais forte do que o normal, e o coração bate um pouco mais rápido.

Vigorosa - exige um grande esforço físico, faz o indivíduo respirar muito mais forte do que o normal, e o coração bater muito mais rápido.

Considerando os critérios de frequência, duração e tipo de atividade física (caminhada, moderada, vigorosa), os indivíduos foram classificados em (BRASIL 2004a; MATSUDO, 2002):

Muito ativos para os que realizaram atividade vigorosa em cinco ou mais dias da semana em sessões com duração de 30 minutos ou mais; ou atividades vigorosas em três dias ou mais por semana, em sessões de 20 minutos ou mais acrescidas de atividades moderadas e/ou caminhadas em cinco dias ou mais por semana, por 30 minutos ou mais por sessão.

Ativos para os que realizaram atividade vigorosa em três dias ou mais por semana com duração de 20 minutos ou mais por sessão; ou atividade moderada ou caminhada em cinco dias ou mais por semana de 30 minutos ou mais por sessão; ou qualquer atividade somada (caminhada, moderada ou vigorosa) que resulte numa frequência igual ou maior que cinco dias por semana e com duração igual ou maior que 150 minutos por semana.

Irregularmente ativos para os que realizam algum tipo de atividade física, mas não cumprem as recomendações quanto à frequência ou duração. Para esta classificação somou-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade. Este grupo se subdivide em :

Irregularmente ativos A para os que atingiram pelo menos uma dos critérios da recomendação: frequência - cinco dias na semana ou - duração 150 minutos por semana.

Irregularmente ativos B aqueles que não atingiram nenhum dos critérios da recomendação (frequência ou duração).

Sedentários indivíduos que não realizavam atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos por semana.

Foram considerados fatores de risco aqueles classificados como sedentários e irregularmente ativos formando o grupo dos insuficientemente ativos (BRASIL, 2004a; MATSUDO, 2002).

4.7 BANCO E ANÁLISE DE DADOS

4.7.1 Elaboração do banco de dados

A elaboração do banco de dados com as variáveis de interesse para o estudo proposto foi realizada no Microsoft Excel 2003 e contou com dois bancos de dados, um para avaliação dos perfis sócio-econômico e demográficos, tabagístico e antropométrico e outro para os questionários da atividade física. Antes da digitação dos dados, os questionários foram corrigidos e codificados. Após a digitação, as variáveis foram avaliadas em relação a possíveis valores aberrantes, sendo feitas as alterações necessárias.

4.7.2 Análise dos dados

Os dados foram transcritos dos arquivos do Excel para o programa SSPS 8.0 - Statistical Package for Social Sciences 1997, a fim de se realizar a análise

estatística. Os dados foram avaliados de forma descritiva por meio de freqüências, médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos.

Para as variáveis contínuas (peso, altura, idade, tempo de uso do cigarro, CB, PCT, CMB, CC, IMC, ganho de peso e perda de peso, tempo em minutos e quantidade de dias de atividade física) foram verificadas as curvas de distribuição normal pelo teste Kolmogorov - Smirnov, onde foi considerado distribuição normal ($p > 0,05$) através do One-Sample Kolmogorov - Smirnov Test.

Para testar as igualdades entre as proporções estimadas foi utilizada a Prova Exato de *Fisher*, uma vez que uma das freqüências esperadas na tabela 2x2 foi menor que 5 indivíduos. Fixou-se o nível de rejeição em 5% de intervalo de confiança ($p < 0,05$). As diferenças entre as médias foram avaliadas pelo teste "t" de *Student* para médias independentes.

Também foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r), paramétrico com nível de significância de $\alpha = 5\%$, para a avaliação de relação entre algumas variáveis.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho seguiu as normas do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) e foi aprovado pelo mesmo no processo nº037/06 para esta pesquisa e o de nº036/06 para a outra pesquisa referida anteriormente (ANEXO B). Seguiu as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo

seres humanos de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No momento da entrevista, o pesquisador informou os objetivos da pesquisa aos indivíduos, sendo-lhe apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F), quando decidiram participar do estudo.

O acordo demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados está explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue para o participante do estudo e/ou seu responsável, com cópia assinada pelo pesquisador, e em forma de declaração (APÊNDICE G). O presente projeto não ofereceu risco à saúde dos pacientes, visto que não foi realizada nenhum tipo de avaliação ou método invasivo que tenha comprometido a integridade física ou biológica dos participantes.

É importante ressaltar que todo e qualquer contato com os participantes da pesquisa não interferiu na rotina das atividades desenvolvidas nos grupos e que a pesquisa só ocorreu após a autorização do Sr. Secretário Municipal de Saúde de Goiânia (ANEXO C). A coleta de dados não acarretou gastos aos pacientes e foi utilizada a infra-estrutura já existente, não necessitando qualquer alteração dos locais da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Foi realizado um levantamento prévio antes da coleta de campo, que viabilizou a caracterização inicial dos grupos assistenciais existentes e possibilitou o planejamento das ações. A Abordagem Intensiva ao Fumante foi implantada para a população de Goiânia no ano de 2005, com a participação de 143 indivíduos inscritos em 12 UABS, representando os 9 Distritos Sanitários (DS) existentes no município de Goiânia.

Em 2006, 16 grupos de tratamento em 13 UABS (duas unidades formaram mais de um grupo) trabalharam com a abordagem intensiva, contemplando 236 indivíduos inscritos de 6 DS, que corresponderam a 21,4% das UABS do município, 50% dos CAIS e CIAMS e 6,3% das UABSF. Dos participantes que iniciaram o tratamento em 2005 e 2006, 54,1% permaneceram até o final do tratamento e destes, 6,1% pararam de fumar sem medicamento e 30% receberam medicamentos após os 6 meses de acompanhamento (APÊNDICE H).

A pesquisa foi realizada em todas as UABS que possuíam os grupos de Abordagem Intensiva ao Fumante no ano de 2006. Os 140 entrevistados representaram 68,3% do total de pessoas que finalizaram ou que ainda estavam sob acompanhamento nos anos de 2005 e 2006. Como o número de pessoas era relativo a cada grupo, a quantidade de participantes foi diferenciada, e por este

motivo, cada unidade possui uma porcentagem de contribuição. O Programa Saúde da Família (PSF) do Bairro Goiá foi a unidade que apresentou a maior contribuição (20%) e a menor foi a do CAIS de Campinas (2,1%) (Figura 2).

Com relação a distribuição da população nos 6 DS, constatou-se a seguinte contribuição: DS Norte - 25% (CS Itatiaia, CS Guanabara e PSF Cachoeira Dourada); DS Sul/Sudeste - 24,3% (CIAMS Pedro Ludovico, CS Parque Amazônia, CIAMS JD. América); DS Oeste - 20% (PSF B. Goiá); DS Mendanha - 14,3% (CAIS Cândida de Moraes); DS Meia Ponte - 9,3% (CS Canaã, CS Rodoviário e CAIS de Campinas); DS Sudoeste - 7,1% (CIAMS Novo Horizonte).

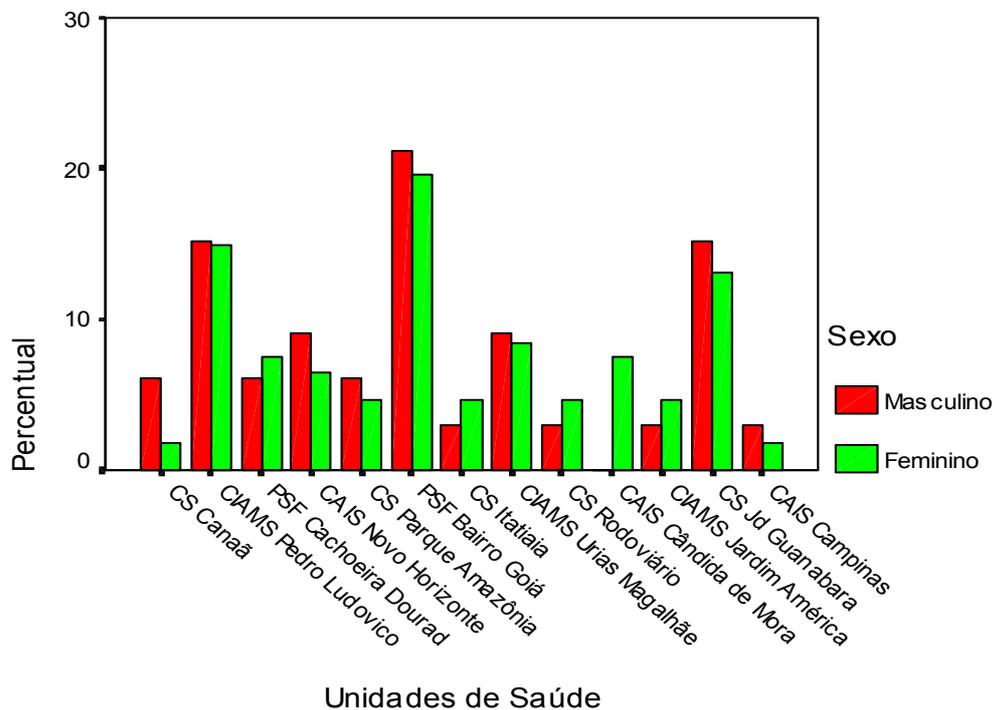


Figura 2. Distribuição (percentual) da população estudada segundo local de tratamento, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

A amostra foi constituída por 140 indivíduos, entre fumantes (n=119), fumantes abstêmios (n=20) e ex-fumantes (n=1), o qual foi incluído no grupo dos fumantes abstêmios para facilitar a caracterização. A média e o desvio padrão (DP) da idade dos participantes da pesquisa foi de $49 \pm 9,81$ anos, com idade mínima de 24 anos e máxima de 71 anos, onde a maioria da população (42,1%) encontra-se na faixa etária dos 45 aos 55 anos e 23,6% entre 35 e 45 anos (Tabela 5).

Quanto à distribuição por gênero, observou-se que 76,4% (n=107) eram do sexo feminino e 23,6% (n=33) do sexo masculino. Em relação ao estado civil, escolaridade, ocupação e renda per capita os participantes eram na maioria, casados (57,9%), possuíam apenas o ensino fundamental - 1ª e 2ª fase (52,8%), 92,9% trabalhavam, sendo que 54,5% dos homens e 26,2% das mulheres eram profissionais liberais e mais da metade da população do estudo (54,3%) tinham uma renda *per capita* menor que 1 salário mínimo, estabelecido em R\$350,00 na ocasião da pesquisa.

Tabela 5. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo características sócio-econômicas e demográficas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Participantes*	33	23,6	107	76,4	140	100
Faixa etária (anos)						
19 — 25	00	00	01	0,9	01	0,7
25 — 35	04	12,1	05	4,7	09	6,4
35 — 45	09	27,3	24	22,4	33	23,6
45 — 55	11	33,3	48	44,9	59	42,1
55 — 65	06	18,2	21	19,6	27	19,3
65 — 75	03	9,1	08	7,5	11	7,9
Estado civil						
Casado (a)	23	69,6	58	54,2	81	57,9
Divorciado (a)	02	6,1	20	18,7	22	15,7
Solteiro (a)	06	18,2	15	14,0	21	15,0
Viúvo (a)	02	6,1	14	13,1	16	11,4
Escolaridade						
Analfabeto	00	0,0	03	2,8	03	2,1
Fundamental 1ª Fase	06	18,2	37	34,6	43	30,7
Fundamental 2ª Fase	09	27,3	22	20,6	31	22,1
Ensino Médio incompleto	04	12,1	10	9,3	14	10,0
Ensino Médio completo	08	24,2	23	21,5	31	22,1
Superior incompleto	04	12,1	04	3,7	08	5,7
Superior completo	02	6,1	08	7,5	10	7,1
Ocupação						
Empregador (a)	04	12,1	05	4,7	09	6,4
Empregado (a)	09	27,3	38	35,5	47	33,6
Autônomo (a)	14	42,4	23	21,5	37	26,4
Dono (a) de casa	02	6,1	35	32,7	37	26,4
Não trabalha	04	12,1	06	5,6	10	7,1
Renda per capita (SM)						
< 1	16	48,4	60	56,1	76	54,3
1 — 2	13	39,4	32	29,9	45	32,1
2 — 3	02	6,1	07	6,5	09	6,4
3 — 5	02	6,1	07	6,5	09	6,4
5 — 10	00	0,0	01	1,0	01	0,7

*Média de idade: 49 ± 9,81 anos

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS AVALIADOS QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E MORBIDADE REFERIDA FAMILIAR E PESSOAL

Quanto ao hábito tabagístico, 85% dos participantes do estudo eram fumantes e o restante (15%), fumantes abstêmios, incluindo apenas um indivíduo considerado ex-fumante. Das mulheres, 89,7% eram fumantes e 10,9% estavam abstêmias. Dos homens, 69,7% eram fumantes e 30,3% eram abstêmios (Tabela 6). Foi constatado haver um predomínio do hábito de fumar entre as mulheres, com diferença estatisticamente significativa pelo χ^2 (Teste Exato de *Fisher*) $p < 0,01$.

A idade média de início do hábito de fumar de ambos os sexos foi de 15,5 \pm 5,6 anos e a idade mínima detectada foi de 7 anos e a máxima de 42. A faixa etária com maior frequência foi de 15 a 20 anos (40,7%) para início deste hábito. No sexo feminino, a idade média de início do hábito de fumar foi de 15,2 \pm 3,8 anos, e o masculino de 15,7 \pm 6,1 anos, foi constatado através do teste "t" em um nível de significância de 5%, que não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,596$), em relação a idade média de início do hábito de fumar entre os sexos. (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo o hábito tabagístico, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	n	%		
Participantes	33	23,6	107	76,4	140	100
Condição tabagística						
Fumante ^a	23	69,7	96	89,7	119	85,0
Fumante abstêmio	09	27,3	11	10,3	20	14,3
Ex-fumante	01	3,0	00	0,0	01	0,7
Idade de início do hábito tabagístico^{b,c}						
7 a 10 anos	01	3,0	18	16,8	19	13,6
11 a 14 anos	15	45,4	33	30,8	48	34,3
15 a 20 anos	15	45,4	42	39,2	57	40,7
> 20 anos	02	6,2	14	13,2	16	11,4

^a χ^2 (Teste Exato de Fisher) $p=0,01$

^b Média: $15,5 \pm 5,6$ anos

^c Média feminino: $15,2 \pm 3,8$ anos; média masculino: $15,7 \pm 6,1$ anos; teste "t" $p=0,596$

Em relação aos indivíduos fumantes (Tabela 7), 62,1% fumam há mais de 30 anos, o tipo de cigarro mais consumido é o industrializado com filtro (89,1%), sendo que 10,9% ainda utilizam cigarros sem filtro, como os de palha e indiano. A quantidade de cigarros fumados por dia foi em média de $16,4 \pm 9,18$ cigarros, sendo que a quantidade mínima e máxima relatadas foram de 1 a 40 cigarros por dia e 48,7% dos entrevistados fumam de 10 a 20 cigarros por dia.

Com relação ao número de tentativas para deixar de fumar, 42,1% dos fumantes e 66,7% dos fumantes abstêmios e ex-fumantes (Tabelas 7 e 8) já tentaram de 1 a 2 vezes, sendo que 10,1% dos fumantes nunca tentaram. Na avaliação do grau de dependência da nicotina através do Teste de Fagerström para os entrevistados que ainda fumavam, constatou-se que 37,8,% possuem grau de

dependência baixo a muito baixo, 20,2% grau médio e 42% elevado a muito elevado. Em relação ao sexo feminino 44,8% possuíam grau de dependência elevada a muito elevada e o sexo masculino grau médio (39,1%), conforme apresentado na Figura 3.

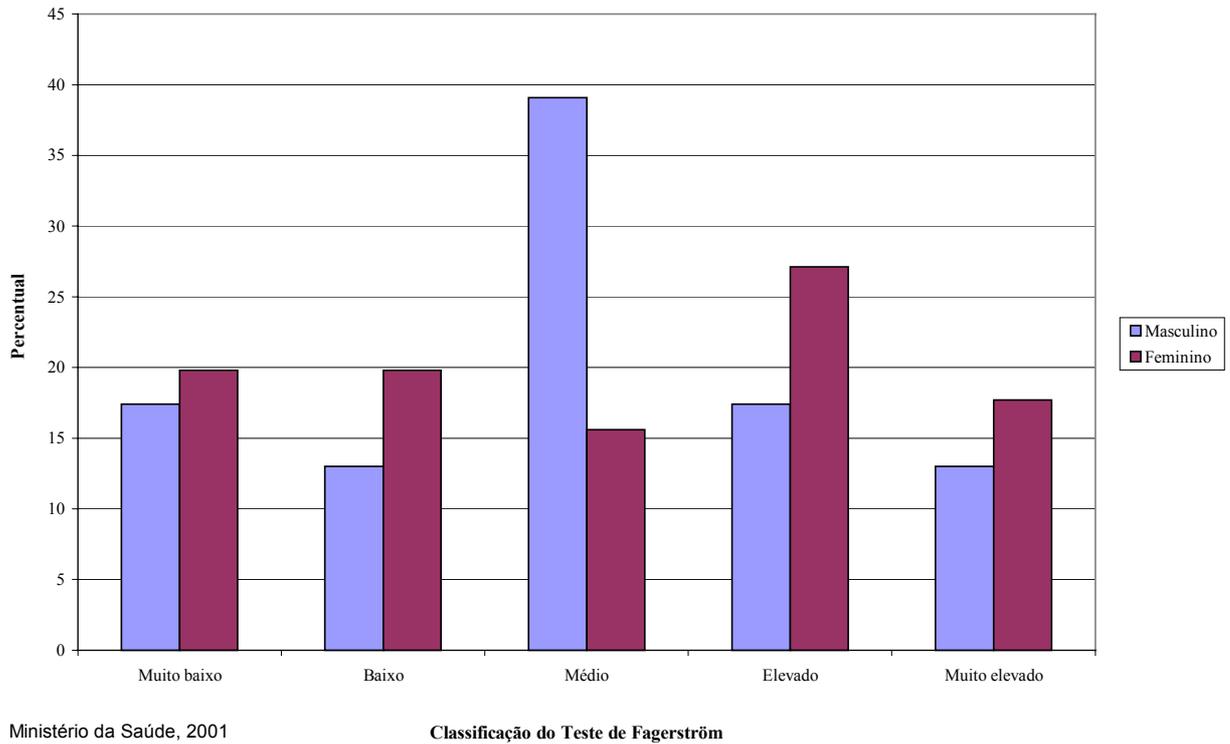


Figura 3. Distribuição percentual dos fumantes segundo o grau de dependência, Teste de Fagerström, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Goiânia, 2006.

Dentre os fatores causadores da vontade de fumar, onde os entrevistados podiam relatar mais de uma opção, observou-se que os estados emocionais negativos como estresse, ansiedade e depressão, foram os de maior relevância com as porcentagens de 89,1% para os fumantes e 81% para os fumantes abstêmios e ex-fumantes. Observou-se que a média em anos de uso do tabaco da população estudada foi de $32,8 \pm 11,7$ anos para o sexo masculino e $33,9 \pm 10,8$ anos para o feminino e não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos (teste "t") $p=0,601$ (Tabela 7).

Entre os indivíduos abstêmios e ex-fumantes, a média de uso do tabaco foi de $34,5 \pm 9,76$ anos, com mínimo e máximo de 16 e 53 anos, respectivamente. O tempo de abstinência ao cigarro da maioria (66,7%) dos fumantes abstêmios entrevistados foi de menos de 3 meses, sendo que apenas 1 foi considerado ex-fumante, pois já se encontrava sem fumar há mais de 1 ano (Tabela 8).

Em relação ao método escolhido para deixar de fumar, 57,1% preferiram a parada abrupta (deixar de fumar de uma só vez) e 42,9% a gradual (redução do número de cigarros ao dia) e dos que optaram por este último, 11,1% escolheram o adiamento (onde vai-se adiando a hora em que começa a fumar o primeiro cigarro do dia até não fumar mais) e 88,9% a de redução, onde fuma-se um número menor ao dia até parar (Tabela 8).

Os indivíduos que não conseguiram deixar de fumar por nenhum dos métodos anteriores utilizaram medicação e representam 71,4% dos fumantes abstêmios (6 homens e 9 mulheres). O PMCT disponibiliza os medicamentos padronizados e distribuídos pelo MS, que são os de reposição de nicotina, como os adesivos transdérmicos (o mais escolhido) e a goma de mascar (Tabela 8).

Deste grupo de fumantes abstêmios verificou-se que 42,9% dos entrevistados relataram ter recaídas (parar de fumar e voltar novamente) ou lapso (parar de fumar e algumas vezes fumar um cigarro). Os principais motivos relatados durante estes episódios foram: vontade intensa quase que incontrolável de fumar (fissura), depressão e falta de apoio em casa ou no trabalho (Tabela 8).

Tabela 7. Características (percentual) dos indivíduos “fumantes” segundo hábito tabagístico da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Participantes	23	19,3	96	80,7	119	100
Tempo de uso do tabaco (anos)^a						
< 10	00	0,0	02	2,1	02	1,7
10 a 20	03	13,0	11	11,5	14	11,8
21 a 30	07	30,5	22	22,9	29	24,4
31 a 40	09	39,2	39	40,6	48	40,3
41 a 50	01	4,3	15	15,6	16	13,4
> 50	03	13,0	07	7,3	10	8,4
Tipo de cigarro						
Com filtro (somente)	20	87,0	86	89,6	106	89,1
Sem filtro (somente)	02	8,7	03	3,1	05	4,2
Com e sem filtro	01	4,3	07	7,3	08	6,7
Nº de cigarros fumados/dia (unidades)^b						
< 10	05	21,7	35	36,5	40	33,6
10 a 20	12	52,3	46	47,9	58	48,7
21 a 30	05	21,7	10	10,4	15	12,6
> 30	01	4,3	05	5,2	06	5,0
Nº de pessoas que tentaram parar de fumar						
	20	0,9	87	90,6	107	89,9
Nº de tentativas para deixar de fumar						
1 a 2	12	60,0	33	38,0	45	42,1 ^c
3 a 5	07	35,0	31	35,6	38	35,5 ^c
6 ou mais	01	5,0	23	26,4	24	22,4 ^c
Total	20	100,0	87	100,0	107	100 ^c
Fatores causadores da vontade de fumar^d						
Comer ou substituição a alimentos	10	30,3	58	54,2	68	57,1
Uso de bebidas alcoólicas	16	48,5	22	20,6	38	31,9
Uso do café	17	51,5	63	58,9	80	67,2
Convívio Social	11	33,3	37	34,6	48	40,3
Estados emocionais negativos	22	66,7	84	78,5	106	89,1
Emoções positivas	04	12,1	34	31,8	38	31,9

^a Média: 32,8 ± 11,7 anos para o sexo masculino e 33,9% ± 10,8 anos para o feminino
 Teste "t" p=0,601

^b Média: 16,2 ± 9,18 cigarros/dia

^c Porcentagem calculada em relação ao número de pessoas que tentaram parar de fumar (n=107)

^d Cada paciente pode apresentar um ou mais fatores causadores da vontade de fumar

Tabela 8. Características (percentual) dos indivíduos “fumantes abstêmios e ex-fumantes” segundo hábito tabagístico da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Participantes	10	47,6	11	52,4	21	100
Tempo de uso do tabaco (anos)*						
10 a 20	02	20,0	00	0,0	02	9,5
21 a 30	02	20,0	02	18,2	04	19,0
31 a 40	04	40,0	05	45,4	09	42,9
41 a 50	02	20,0	03	27,3	05	23,8
> 50	00	0,0	01	9,1	01	4,8
Tempo de abstinência (meses)						
< 3	07	70,0	07	63,6	14	66,7
3 a 6	02	20,0	01	9,1	03	14,3
7 a 12	00	0,0	03	27,3	03	14,3
> 12	01	10,0	00	0,0	01	4,7
Nº de cigarros fumados/dia^a						
< 10	01	10,0	02	18,2	03	14,3
10 a 20	04	40,0	06	54,5	10	47,6
21 a 30	02	20,0	01	9,1	03	14,3
> 30	03	30,0	02	18,2	05	23,8
Nº de tentativas para deixar de fumar						
1 a 2	07	70,0	07	63,6	14	66,7
3 a 5	02	20,0	01	9,1	03	14,3
6 ou mais	01	10,0	03	27,3	04	19,0
Fatores causadores da vontade de fumar^b						
Comer ou substituição a alimentos	03	30,0	05	45,4	08	38,1
Uso de bebidas alcoólicas	05	50,0	03	27,3	08	38,1
Uso do café	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Convívio Social	05	50,0	03	27,3	08	38,1
Estados emocionais negativos	08	80,0	09	81,8	17	81,0
Emoções positivas	04	40,0	02	18,2	06	28,6
Método utilizado para cessação						
Abrupto	06	60,0	06	54,6	12	57,1
Gradual ^c	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Adiamento	01	25,0 ^c	00	0,0	01	11,1 ^c
Redução	03	75,0 ^c	05	100,0 ^c	08	88,9 ^c
Recaída ou lapso	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Motivos para recaída ou lapso^b						
Síndrome de Abstinência	00	0,0	02	40,0 ^d	02	22,2 ^d
Fissura	04	100,0 ^d	02	40,0 ^d	06	66,7 ^d
Medo de Ganho de peso	00	0,0	01	20,0 ^d	01	11,1 ^d
Consumo de bebida alcoólica	00	0,0	00	0,0	00	00
Falta de apoio em casa/trabalho	01	25,0 ^d	02	40,0 ^d	03	33,3 ^d
Depressão	02	50,0 ^d	03	60,0 ^d	05	55,5 ^d
Utilização de medicamentos	06	60,0	09	81,8 ^d	15	71,4
Medicamentos utilizados^b						
Goma de mascar	02	33,3 ^e	00	0,0	02	13,3 ^e
Adesivo transdérmico	03	50,0 ^e	09	100,0 ^e	12	80,0 ^e
Bupropiona	00	0,0	00	0,0	00	00
Outros medicamentos	02	33,3 ^e	02	22,2	04	26,7 ^e

* Média: 34,5 ± 9,76 anos

^a No período em que os pacientes fumavam. Foram calculadas as porcentagens em relação ao n=18, considerando que 03 pacientes não responderam essa questão

^b Cada paciente pode apresentar um ou mais fatores causadores da vontade de fumar (no período em que fumavam) e/ou motivos para recaída/lapso; e/ou utilizar um ou mais medicamentos, sendo que o Ministério da Saúde disponibiliza apenas um dos três citados (goma, adesivo, bupropiona)

^c O método de para gradual é dividido em duas formas, gradual por adiamento e gradual por redução. Porcentagem calculada em relação ao valor correspondente ao método gradual

^d Porcentagem calculada em relação ao número de participantes que relataram ter tido recaída ou lapso (n=09) por sexo

^e Porcentagem calculada em relação ao número de participantes que referiram a utilização de medicamentos (n=15) por sexo

As características quanto aos antecedentes familiares da população estudada estão apresentadas na Tabela 9. Entre as mulheres, as doenças mais citadas em seus familiares foram, em ordem decrescente: hipertensão arterial (n=81), câncer (n=61) e cardiopatias (n=59). Já no sexo masculino foram hipertensão arterial (n=18), seguido de cardiopatias, dislipidemias e diabetes (n=14) e câncer (n=11).

Deve-se considerar para esta avaliação que os entrevistados apresentaram em sua descrição mais de uma doença como antecedente familiar.

Tabela 9. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo antecedentes familiares por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Antecedentes familiares*	Sexo				Total (n=140)	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=107)		n	%
	N	%	N	%		
Dislipidemia	14	42,4	48	44,9	62	44,3
Diabetes	14	42,4	45	42,1	59	42,1
Obesidade	10	30,3	43	40,2	53	37,9
Hipertensão	18	54,5	81	75,7	99	70,7
Cardiopatias	14	42,4	59	55,1	73	52,1
Câncer	11	33,3	61	57,0	72	51,4
Doenças congênitas	03	9,1	12	11,2	15	10,7
Outras doenças	06	18,2	21	19,6	27	19,3

* Cada pessoa pode apresentar um ou mais antecedentes familiares como fator de risco

Os antecedentes pessoais foram observados através do relato da morbidade referida diagnosticadas por um médico. Foi possível observar que 50% dos entrevistados referiram ter doenças na coluna, 44,3% depressão, 39,3% dislipidemia e 25% hipertensão arterial (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição (numérica e percentual) da população estudada segundo morbidade referida, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Morbidade referida*	Sexo				Total	
	Masculino (n=33)		Feminino (n=107)		(n=140)	
	N	%	N	%	N	%
Dislipidemia	09	27,3	46	43,0	55	39,3
Diabetes	03	9,1	12	11,2	15	10,7
Obesidade	03	9,1	20	18,7	23	16,4
Hipertensão	09	27,3	26	18,6	35	25,0
Doença da coluna	12	36,4	58	54,2	70	50,0
Artrite/Reumatismo	07	21,2	27	19,3	34	24,3
Tendinite / LER	03	9,1	24	17,1	27	19,3
Infarto	00	00,0	05	4,7	05	03,6
Coronariopatias	04	12,1	09	8,4	13	09,3
Insuficiência cardíaca	00	00,0	09	8,4	09	06,4
AVC	00	00,0	03	2,8	03	02,1
Depressão	09	27,3	53	37,9	62	44,3
Enfisema pulmonar	05	15,2	12	11,2	17	12,1
Bronquite crônica	04	12,1	13	12,1	17	12,1
Asma	02	6,1	06	5,6	08	05,7
IRC	01	3,0	05	4,7	06	04,3
Cirrose hepática	00	00,0	01	0,9	01	00,7
Hepatite	01	3,0	06	5,6	07	05,0
Tuberculose	00	00,0	03	2,8	03	02,1
Malária	04	12,1	10	9,4	14	10,0
Hanseníase	02	6,1	02	1,9	04	02,9
AIDS/SIDA	00	00,0	01	0,9	01	00,7
Câncer	00	00,0	04	3,7	04	02,9

* Cada paciente pode apresentar uma ou mais morbidades referidas (informação de acordo com diagnóstico médico prévio).

5.3. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

Para a avaliação dos dados antropométricos, verificou-se a curva de distribuição normal pelo teste *Kolmogorov - Smirnov*, onde foi constatado que as variáveis contínuas (peso, altura, idade, tempo de uso do tabaco, CB, PCT, CMB, CC, IMC, número de dias e tempo em minutos da atividade física vigorosa), possuíam distribuição normal com $p > 0,05$. Já os dados de perda e ganho de peso, número de dias e tempo (minutos) das atividades físicas leves e moderadas, não apresentaram distribuição normal. (APÊNDICE I).

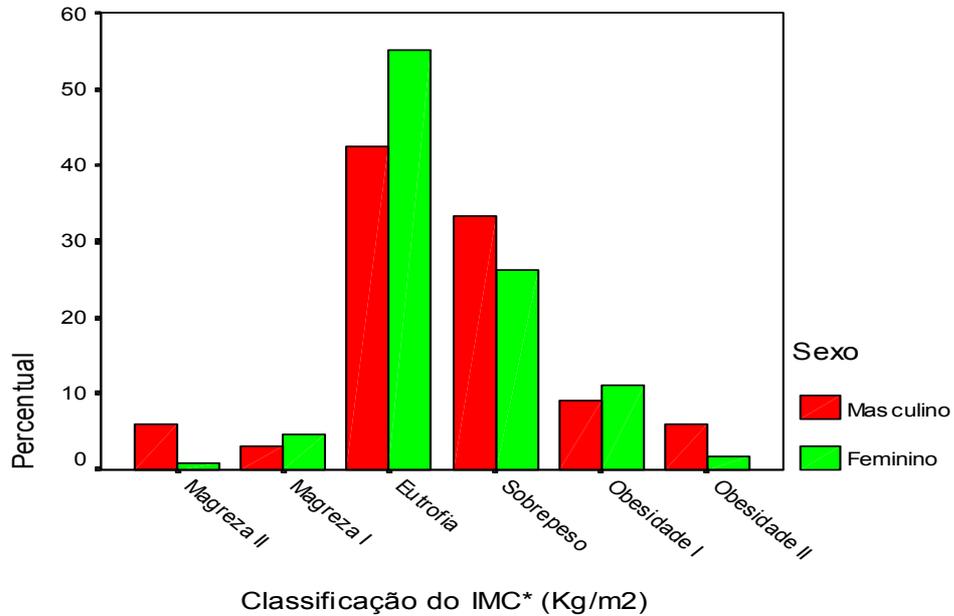
O peso médio dos entrevistados foi de $63,3 \pm 14$ kg, sendo de $72,9 \pm 16,1$ kg para o sexo masculino e de $60,3 \pm 11,8$ kg para o feminino. Os pesos mínimos e máximos foram de 45 a 108Kg para o masculino e 41 a 95Kg para o feminino.

Inicialmente o estado nutricional foi avaliado pelo IMC (kg/m^2), conforme apresentado na Figura 4. A classificação deste índice evidenciou que 52,1% dos indivíduos ($n=73$) eram eutróficos, 2,1% ($n=3$) possuíam magreza grau II, 4,3% ($n=6$) apresentaram magreza grau I, 27,9% ($n=39$) sobrepeso, 10,7% ($n=15$) obesidade grau I e 2,9% ($n=4$) obesidade grau II. Os conjuntos dos valores de sobrepeso e obesidade I e II apontaram que 41,4% dos indivíduos avaliados estavam com excesso de peso corporal, sendo que 48,5% dos homens e 39,3% das mulheres apresentaram excesso de peso. O baixo peso foi encontrado em 6,4% do total dos indivíduos avaliados, sendo que, 9,1% eram do sexo masculino e 5,9% do sexo feminino. As mulheres apresentaram maior porcentagem de eutrofia (55,1%) em relação aos homens (42,4%). O valor médio de IMC para as mulheres foi menor $24,5 \pm 4,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ em relação ao dos homens $25,1 \pm 5,2 \text{ kg}/\text{m}^2$, mas não apresentou diferença significativa entre os sexos com $p=0,478$ (Teste "t") (Tabela 11).

Em relação ao IMC dos indivíduos fumantes observou-se que 3,4% apresentaram peso abaixo da normalidade, 55,5% eram eutróficos, 27,7% possuíam sobrepeso e 13,4% obesidade. Nos fumantes abstêmios houve uma porcentagem de 23,8% de baixo peso, 33,3% de indivíduos normais, 28,6% de sobrepeso e 14,3% de obesidade (Figura 5). Com relação a média do IMC destes dois grupos, constatou-se não haver diferença significativa (Teste "t", $p=0,537$) e apresentando

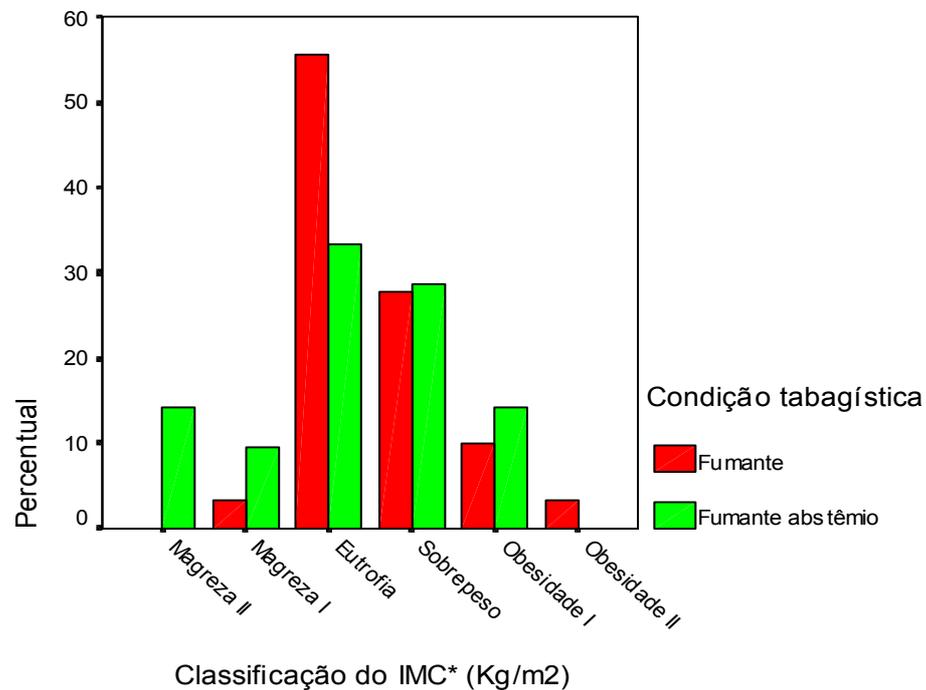
valores médios de $24,7 \pm 4,4 \text{ kg/m}^2$ para os fumantes e $24 \pm 5,8 \text{ kg/m}^2$ para os fumantes abstêmios.

No que se refere ao IMC em relação ao grau de escolaridade, foi constatado que 58,7% dos entrevistados com excesso de peso e 66,7% com baixo peso, possuíam apenas o ensino fundamental 1ª e 2ª fase.



*WHO,1998

Figura 4. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2), por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.



*WHO,1998

Figura 5. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m²), por condição tabagística. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Tabela 11. Medidas de tendência central e de dispersão da CC, CMB, CB e DCT dos indivíduos estudados por sexo e condição tabagística. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Medidas	Masculino (n=33)					Feminino (n=107)				
	CC (cm)	CMB (mm)	CB (mm)	DCT (mm)	IMC (kg/m ²)	CC (cm)	CMB (mm)	CB (mm)	DCT (mm)	IMC (kg/m ²)
Média	88,5	239,8	296,6	18,1	25,1	80,0	207,1	287,3	25,4	24,5
DP	12,5	32,4	43,1	11,6	5,2	9,9	21,1	34,6	8,6	4,4
Mínimo	67	126	210	4	16,2	63	152	220	7	16,3
Máximo	119	298	400	48	38,0	122	260	380	49	38,9

CC = Circunferência da Cintura p<0,001 para os sexos (Teste "t")

CMB = Circunferência Muscular Braquial p<0,001 para os sexos (Teste "t")

CB = Circunferência Braquial p=0,203 para os sexos (Teste "t")

DCT = Dobra Cutânea Tricipital p<0,001 para os sexos (Teste "t")

IMC = Índice de Massa Corporal p=0,478 para os sexos e p=0,537 para condição tabagística (Teste "t")

A circunferência braquial (CB), apresentou uma média dentro dos percentis de normalidade de $296,6 \pm 43,1$ mm para os homens e $287 \pm 34,6$ mm para as mulheres, não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre as médias segundo os sexos ($p=0,203$) de acordo com o Teste "t" (Tabela 11).

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram 57,6% de valores para CB normais, 15,2% abaixo do percentil 5° e 6% acima do percentil 95°. Entre os entrevistados do sexo feminino 72,9% apresentaram-se dentro dos percentis de normalidade, 8,4% abaixo do percentil 5° e 8,4% acima do percentil 95° (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de circunferência braquial* (CB) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Percentil	CB (mm)												
	< p 5°		P 5 – 10°		p 10 – 90°		p 90 – 95°		> p 95°		Total		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%	
19 — 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 — 35	1	16,7	0	0	3	15,8	0	0	0	0	4	12,2	
35 — 45	3	50	0	0	5	26,3	0	0	1	50	9	27,3	
45 — 55	2	33,3	4	80	5	26,3	0	0	0	0	11	33,3	
55 — 65	0	0	1	20	3	15,8	1	100	1	50	6	18,2	
65 — 75	0	0	0	0	3	15,8	0	0	0	0	3	9	
Total	6	18,2	5	15,2	19	57,6	1	3	2	6	33	100	

*Classificação segundo Frisancho, 1981

Tabela 13. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de circunferência braquial* (CB) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Percentil	CB (mm)											
	< p 5°		P 5 – 10°		p 10 – 90°		p 90 – 95°		> p 95°		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%
19 — 25	0	0	0	0	1	1,3	0	0	0	0	1	0,9
25 — 35	0	0	0	0	5	6,4	0	0	0	0	5	4,7
35 — 45	2	22,2	2	18,2	20	25,6	0	0	0	0	24	22,4
45 — 55	4	44,5	6	54,6	37	47,4	1	11,1	0	0	48	44,9
55 — 65	3	33,3	2	18,2	15	19,3	1	11,1	0	0	21	19,6
65 — 75	0	0	1	9	0	0	7	77,8	0	0	8	7,5
Total	9	8,4	11	10,3	78	72,9	9	8,4	0	0	107	100

*Classificação segundo Frisancho, 1981

Os participantes do estudo obtiveram uma dobra cutânea tricipital com média de $18,1 \pm 11,6$ mm, para o sexo masculino e $25,4 \pm 8,6$ mm para o feminino, ambos dentro dos percentis de normalidade. Por meio da análise de variância foi possível observar que as médias do sexo feminino foram maiores em relação ao sexo masculino, com diferença estatisticamente significantes $p < 0,001$, segundo Teste "t" (Tabela 11).

O percentual de indivíduos abaixo do percentil 5° (P5°) foi de 6,1% e acima do P95° foi de 21,2% para o sexo masculino e 2,8% abaixo do percentil 5° e 6,5% acima do P95°, para o feminino (Tabelas 14 e 15).

Tabela 14. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de Dobra cutânea tricipital* (DCT) da população estudada. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Percentil	DCT (mm)											
	< p 5°		p 5 – 10°		p 10 – 90°		p 90 – 95°		> p 95°		Total	
Faixa etária (anos)	N	%	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
19 — 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 — 35	1	50	1	50	1	5,6	1	25	0	0	4	12,1
35 — 45	1	50	0	0	5	27,8	0	0	3	42,8	9	27,3
45 — 55	0	0	1	50	6	33,3	3	75	1	14,3	11	33,3
55 — 65	0	0	0	0	4	22,2	0	0	2	28,6	6	18,2
65 — 75	0	0	0	0	2	11,1	0	0	1	14,3	3	9,1
Total	2	6,1	2	6,1	18	54,5	4	12,1	7	21,2	33	100

*Classificação segundo Frisancho, 1981

Tabela 15. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de Dobra Cutânea Tricipital (DCT) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Percentil	DCT (mm)											
	< p 5°		p 5 – 10°		p 10 – 90°		P 90 – 95°		> p 95°		Total	
Faixa etária (anos)	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
19 — 25	0	0	0	0	01	1,3	0	0	0	0	1	0,9
25 — 35	0	0	0	0	04	5,3	1	11,1	0	0	5	4,7
35 — 45	1	33,3	1	8,3	18	23,7	3	33,3	1	14,3	24	22,4
45 — 55	2	66,7	8	66,7	32	42,1	4	44,4	2	28,6	48	44,9
55 — 65	0	0	3	25	14	18,4	1	11,1	3	42,8	21	19,6
65 — 75	0	0	0	0	07	9,2	0	0	1	14,3	8	7,5
Total	3	2,8	12	11,3	76	71	9	8,4	7	6,5	107	100

*Classificação segundo Frisancho, 1981

Os valores médios para a circunferência muscular do braço foram, 239,8 ± 32,4mm para os homens apresentando-se entre P5° e P10° e 207,1 ± 21,1mm para as mulheres nos níveis de normalidade, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), para os sexos (Teste "t") (Tabela 11). Um percentual elevado de pessoas do sexo masculino (45,4%) e do feminino (66,3%) obtiveram valores de CMB abaixo do P5° (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16. Distribuição (percentual) do sexo masculino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência muscular do braço (CMB) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Faixa etária (anos)	CMB (mm)											
	Percentil		< p 5°				p 5 – 10°		p 10 – 90°		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%				
19 — 24 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
25 — 35 a	1	6,7	0	0	3	21,4	4	12,1				
35 — 45 a	2	13,3	2	50	5	35,7	9	27,3				
45 — 55 a	8	53,3	0	0	3	21,4	11	33,3				
55 — 65 a	4	26,7	1	25	1	7,1	6	18,2				
65 — 75 a	0	0	1	25	2	14,3	3	9,1				
Total	15	45,4	4	12,1	14	42,5	33	100				

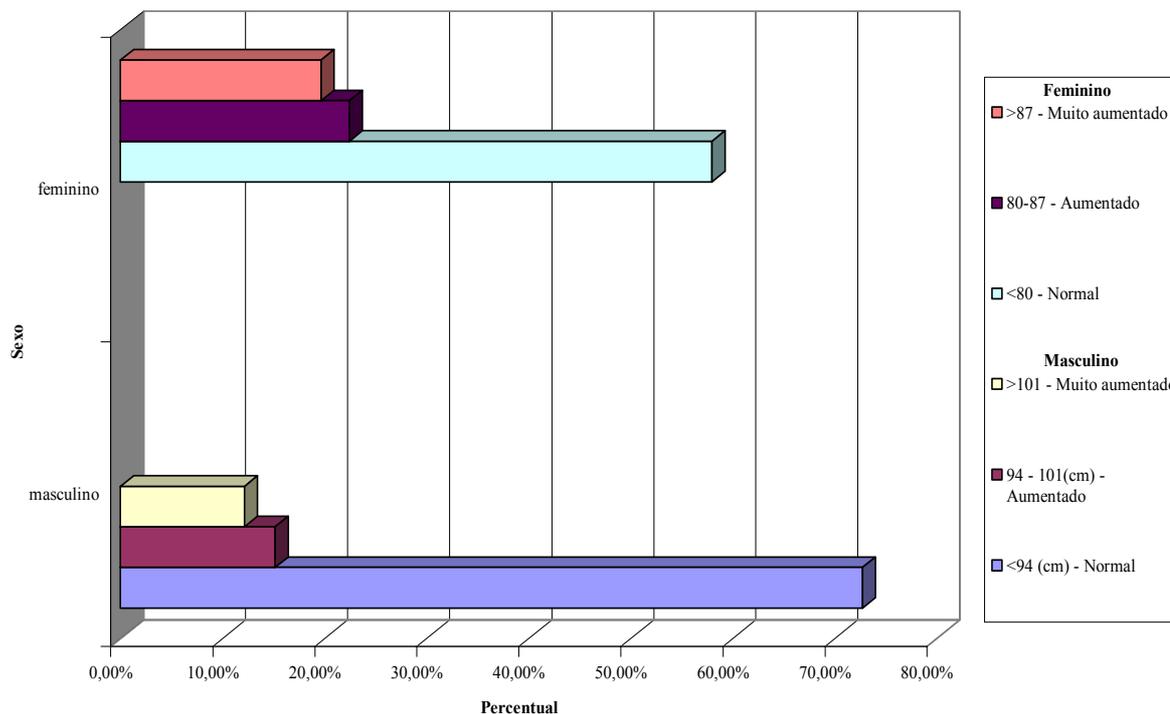
*Classificação segundo Frisancho, 1981

Tabela 17. Distribuição (percentual) do sexo feminino por faixa etária, segundo percentis de Circunferência muscular do braço (CMB) da população estudada, do Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Faixa etária (anos)	CMB (mm)											
	Percentil		< p 5°				p 5 – 10°		p 10 – 90°		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%				
19 — 24 a	1	1,4	0	0	0	0	1	0,9				
25 — 35 a	0	0	0	0	5	16,7	5	4,7				
35 — 45 a	7	9,8	0	0	17	56,7	24	22,4				
45 — 55 a	44	62	2	33,3	2	6,7	48	44,8				
55 — 65 a	19	26,8	1	16,7	1	3,3	21	19,6				
65 — 75 a	0	0	3	50	5	16,7	8	7,5				
Total	71	66,3	6	5,6	30	28	107	100				

*Classificação segundo Frisancho, 1981

Para a identificação da gordura localizada na região abdominal optou-se por avaliar a circunferência da cintura (CC). O valor médio encontrado foi de 88,5 ±12,5cm para os homens e 80,0 ±11,6cm para as mulheres. O Teste "t" apresentou diferença estatisticamente significativa das médias entre os sexos p<0,001 (Tabela 11).



*Classificação segundo WHO, 1997

Figura 6. Distribuição da Circunferência da Cintura* (CC) segundo risco de complicações metabólicas, por sexo. Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

De acordo com a Figura 6, o percentual de normalidade da CC da população masculina foi maior (72,7%) que a feminina (57,9%), resultando em um elevado número de mulheres (22,43%) com CC aumentada e 19,63% muito aumentada. Para avaliar se houve relação entre o IMC e CC dos indivíduos avaliados, aplicou-se o teste de correlação de *Pearson* e o resultado demonstrou uma forte correlação positiva ($r=0,851$ e $p<0,001$), concluindo-se que quanto maior o IMC da população estudada, maiores foram os valores da CC (Figura 7).

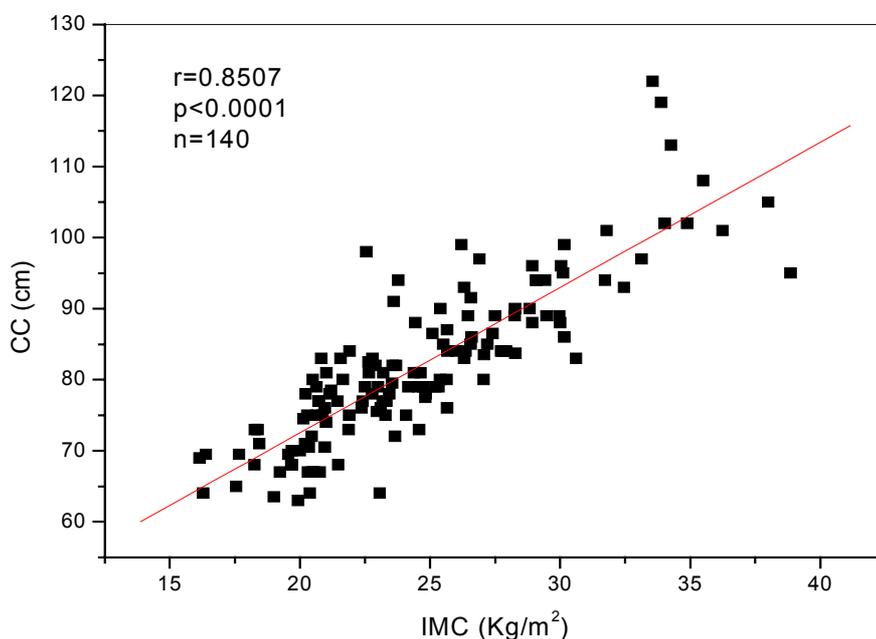


Figura 7. Correlação da Circunferência da Cintura (CC) (cm) com o Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m²). Programa Municipal de Tabagismo, Goiânia, 2006.

Questionou-se na entrevista a variação do peso corporal nos 6 últimos meses. Constatou-se que houve ganho de peso em 43,5% dos homens fumantes e 28,1% das mulheres fumantes. Nos indivíduos abstêmios, 40% dos homens e 54,6% das mulheres ganharam peso. Houve também perda de peso nos dois grupos, mas as porcentagens que se destacaram foram as dos fumantes, 30,4% masculino e 31,2% feminino (Figura 8). A mediana do ganho de peso para os fumantes foi de 3,8 kg com variação de 1-20kg e a dos abstêmios a mediana foi de 3,4kg com variação de 500g-11kg.

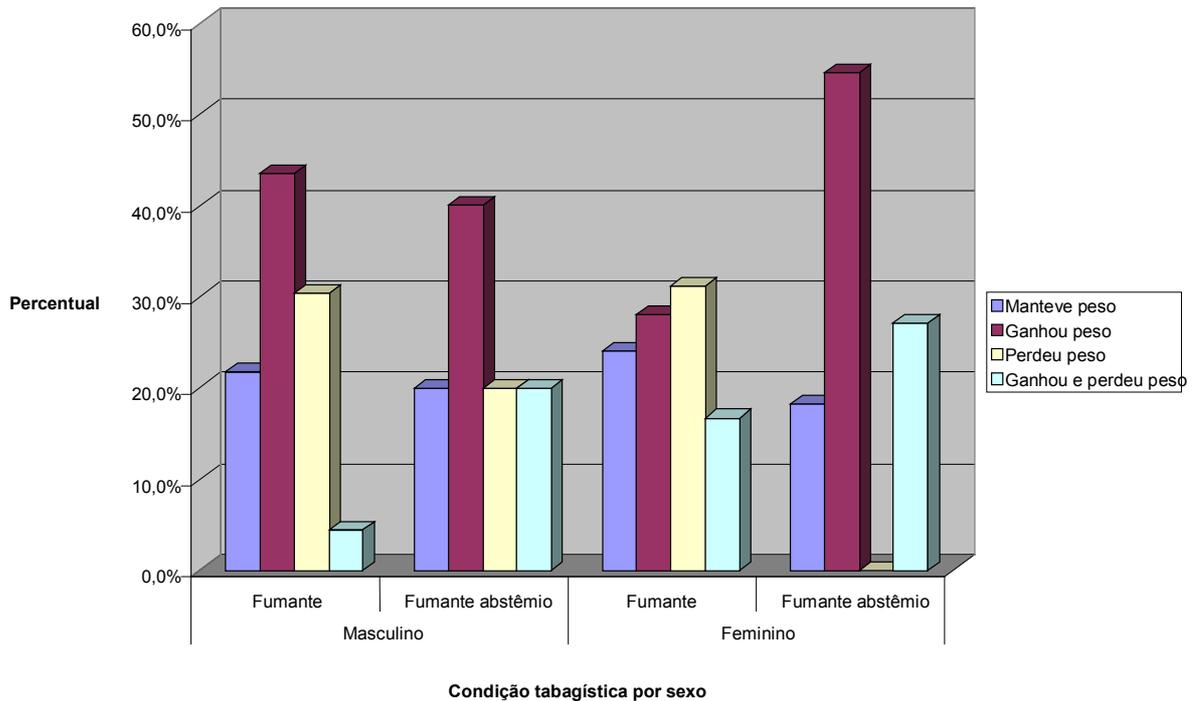


Figura 8. Variação de peso (kg) da população estudada segundo condição tabagística, durante os últimos 6 meses, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

5.4 CARACTERÍSTICAS QUANTO A ATIVIDADE FÍSICA

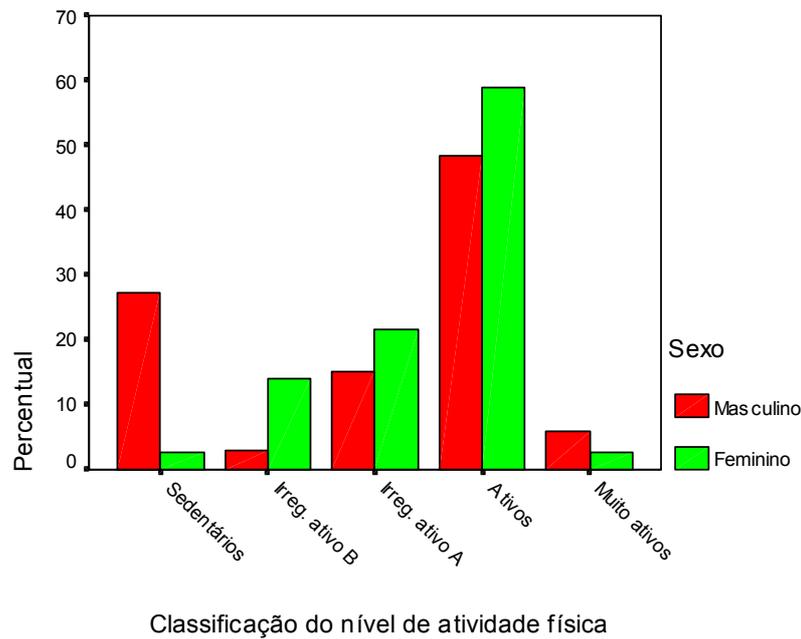
A atividade física foi avaliada nos indivíduos entrevistados e os valores medianos da realização de atividades leves, como a caminhada, foram de 4 dias/semana, com duração de 25 minutos para os homens e 3 dias/semana, com duração de 30 minutos para as mulheres. Nas atividades moderadas, os homens as realizavam em 5 dias/semana por 52,5 minutos (mediana) e as mulheres em 4 dias/semana por 60 minutos (mediana). Nos indivíduos que possuíam atividades vigorosas, para ambos os sexos a mediana correspondeu a 2 dias/semana, por 90 minutos para o sexo masculino e 60 minutos para o feminino (Tabela 18).

Tabela 18. Média, desvio padrão e mediana dos níveis de atividade física da população estudada, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Sexo	Medidas	Atividade Física Leve (caminhada)		Atividade Física Moderada		Atividade Física Vigorosa	
		Nº de dias (semana)	Tempo (min)	Nº de dias (semana)	Tempo (min)	Nº de dias (semana)	Tempo (min)
Masculino	N	33	20	16	16	7	7
	Média	3,30	30,75	4,81	62,00	2,86	75,71
	DP*	2,92	25,04	2,10	49,62	2,34	49,95
	Mediana	4,0	25,0	5,0	52,5	2,0	90,0
Feminino	N	107	75	91	91	12	12
	Média	2,97	41,40	4,00	91,10	2,58	94,17
	DP*	2,47	26,60	2,22	82,19	1,78	94,34
	Mediana	3,0	30,0	4,0	60,0	2,0	60,0

* Desvio Padrão

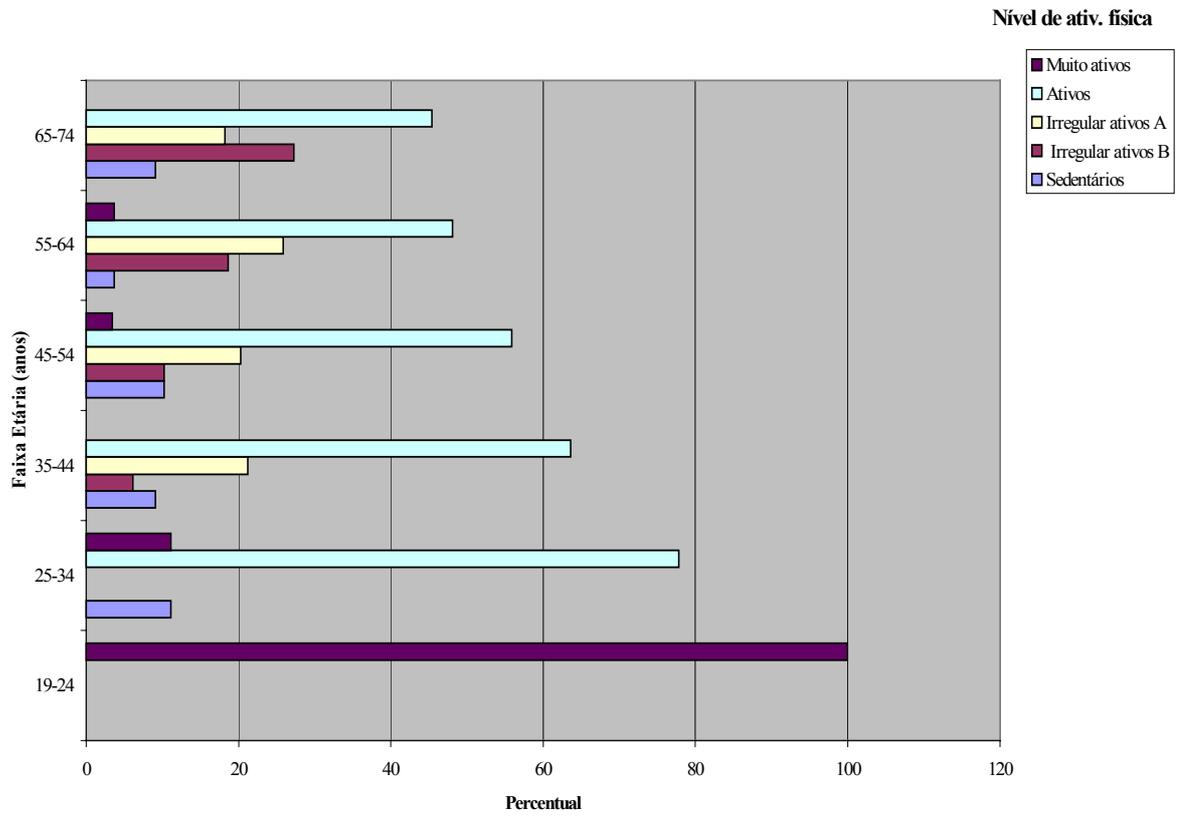
Quanto à classificação do nível de atividade física, observou-se que 56,4% dos entrevistados eram ativos, 40,0% formavam o grupo dos insuficientemente ativos (sedentários e irregularmente ativos A e B) e apenas 3,6% apresentaram-se no grupo dos muito ativos. Dos homens, 48,5% eram ativos e 45,4% insuficientemente ativos. Das mulheres, 61,7% eram ativas e 38,3% insuficientemente ativas (Figura 9).



*Classificação segundo o Ministério da Saúde, 2004a e Matsudo, 2002

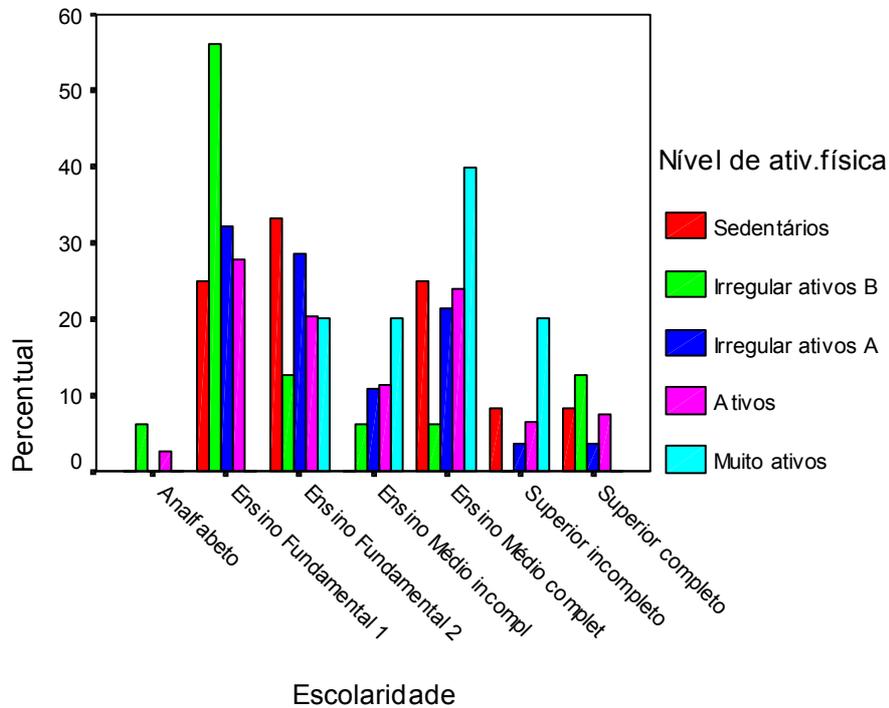
Figura 9. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física*, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

O percentual de indivíduos insuficientemente ativos foi aumentando com o avançar da idade: 0% (19-24 anos), 11% (25-34 anos), 36,4% (35-44 anos), 40% (45-54 anos), 48% (55-64 anos) e 54% (65-75 anos) (Figura 10). O grau de escolaridade que apresentou maior percentual de entrevistados insuficientemente ativos foi o ensino fundamental 1ª ou 2ª fase (25%) e ensino médio completo (13%) (Figura 11).



*Classificação segundo o Ministério da Saúde, 2004a e Matsudo, 2002

Figura 10. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física*, por faixa etária (anos). Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.



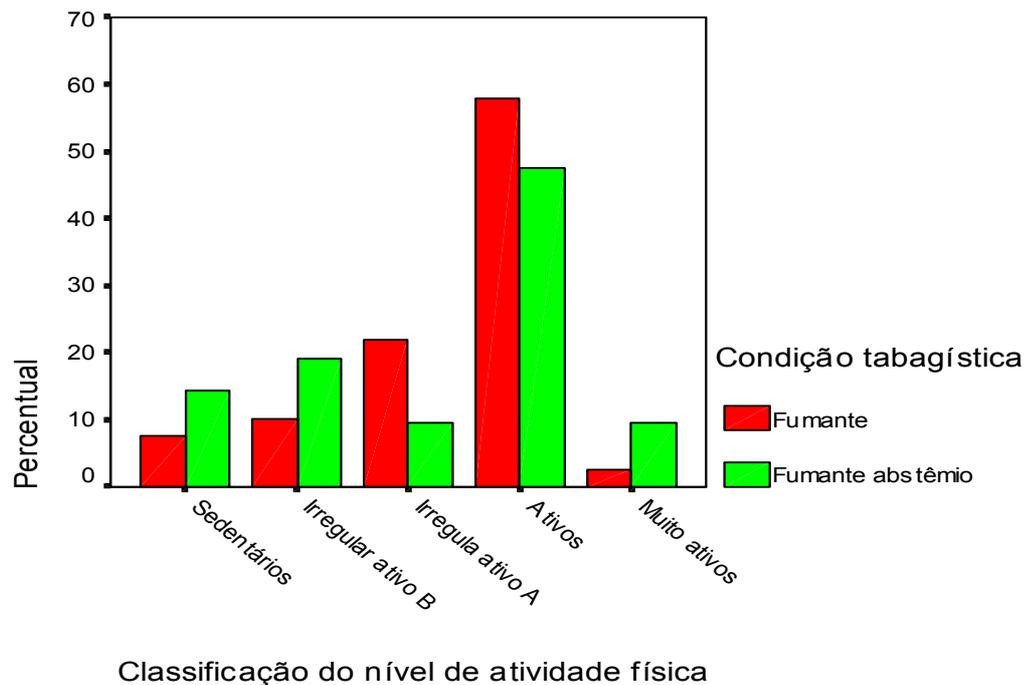
*Classificação segundo o Ministério da Saúde, 2004a e Matsudo, 2002

Figura 11. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física*, por grau de escolaridade. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Segundo a condição tabagística dos fumantes, 39,5% faziam parte do grupo de risco (sedentários e irregularmente ativos A e B), 58,0% eram ativos e 2,5% muito ativos. Dos abstêmios, 42,9% eram insuficientemente ativos, 47,6% ativos e 9,5% muito ativos (Figura 12).

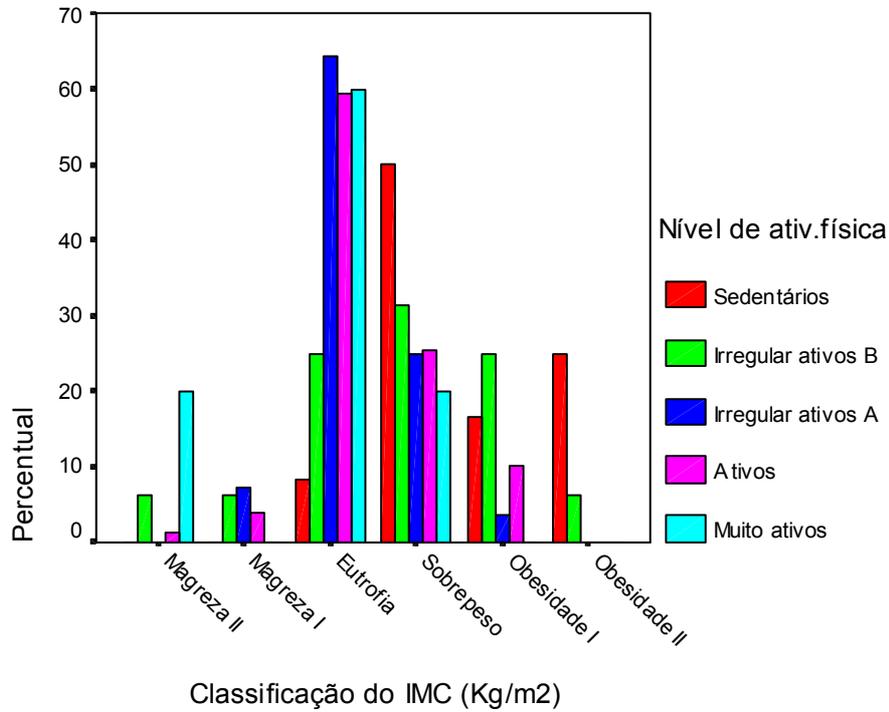
A avaliação percentual do IMC com o nível de atividade física demonstrou excesso de peso em 91,7% dos indivíduos sedentários (50% de sobrepeso, 16,7% de obesidade I e 25% de obesidade II), 62,5% dos irregularmente ativos B (31,3%

de sobrepeso, 25% de obesidade I e 6,3% obesidade II) , 28,3% dos irregularmente ativos A (25% sobrepeso, 3,6% de obesidade I), 35,4% dos ativos (25,3% de sobrepeso, 10,1% obesidade I) e 20% dos muito ativos (sobrepeso) (Figura13).



*Classificação segundo o Ministério da Saúde, 2004a e Matsudo, 2002

Figura 12. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física*, por condição tabagística. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.



*Classificação segundo o Ministério da Saúde, 2004a e Matsudo, 2002

**WHO, 1998

Figura 13. Distribuição (percentual) da população estudada segundo classificação do nível de atividade física*, pelo Índice de Massa Corporal** (IMC). Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

6. DISCUSSÃO

Tanto o tabagismo, a inatividade física e a obesidade são considerados como fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis (BRASIL, 2000). Sendo assim, caracterizações populacionais através da fundamentação sobre o conhecimento das prevalências destes fatores de risco, são de suma importância para o direcionamento de ações de atuação, para o planejamento e a implementação de serviços para prevenção e controle do tabagismo.

6.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Segundo a Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, havia no Brasil 30,6 milhões (33,1%) de fumantes na população acima de 15 anos, sendo 40,3% homens e 26,24% mulheres. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) detectou em uma pesquisa domiciliar para estimar a prevalência e o perfil de fumantes no Município do Rio de Janeiro, um índice de 21% no ano de 2000 e posteriormente 17% em 2003 (BRASIL, 2004a).

Um estudo realizado na Universidade Federal de Pelotas constatou uma redução significativa na prevalência de estudantes de medicina fumantes, mas revelando uma tendência à estabilização desta (MENEZES *et al*, 2004).

No presente estudo, a amostra foi representada por 85% de indivíduos fumantes e 15% de fumantes abstêmios. A faixa etária mais prevalente foi a de 35 a

55 anos (65,7%), com idade mínima de 24 anos e máxima de 72 anos. Viebig *et al.* (2006) encontrou na população adulta metropolitana de São Paulo um aumento estatisticamente significativo da prevalência de tabagismo com o aumento da idade, onde a faixa etária com a maioria dos fumantes foi entre 50 e 65 anos de idade, considerada a faixa de idade de maior risco cardiovascular. Os grupos de tratamento estavam representados em maior quantidade pelo sexo feminino (76,4%) do que o masculino (23,6%). Esta tendência pode ser explicada pelo fato das mulheres freqüentarem mais as UABS e possivelmente terem maior facilidade de participação nos horários estabelecidos para funcionamento dos grupos (horários comerciais).

Segundo o Ministério da Saúde, o comportamento de fumar foi histórica e culturalmente predominante no sexo masculino, em cidades economicamente desenvolvidas, principalmente nas regiões sul e sudeste. No entanto, o comportamento de fumar vem apresentando valores de prevalência feminina próximas à masculina, com uma preocupante tendência de crescimento da exposição tabagística no sexo feminino, principalmente na faixa etária mais nova entre 20 e 49 anos, (BRASIL, 1998; 2004a). Mulheres fumantes têm mais probabilidade de sofrerem aborto, placenta prévia, acidente vascular cerebral, entre outras doenças tabaco-relacionadas. O risco de doenças cardiovasculares passa a ser 20 a 40 vezes maior quando as mulheres fumam e usam contraceptivos orais (BRASIL, 2004b). Halty, Hüttner e Netto (2002) encontraram em seu estudo prevalências de tabagismo entre médicos de Rio Grande de 17,8% entre homens e 12,5% entre mulheres.

Segundo Malcon; Menezes e Chatkin, (2003) alguns fatores de riscos citados na literatura podem levar ao hábito de fumar, principalmente na adolescência tais como o sexo (atualmente o padrão de consumo de cigarro não anda tendo diferenças quanto ao gênero), idade (maior proporção em idades avançadas), nível sócio econômico baixo, tabagismo de familiares de primeiro grau e dos amigos, baixo rendimento escolar, separação dos pais e trabalho. No presente estudo, a maioria dos participantes possuía apenas os níveis de escolaridade de 1ª a 2ª fases dos ensinos fundamentais, 57,9% eram casados, 92,9% trabalhavam, 54,3% possuíam uma renda per capita menor que 1 salário mínimo e 32,1% de 1 a 2 salários. Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2005), em seu estudo entre idosos da cidade de Bambuí - MG, verificaram que homens não casados tinham mais chance de se tornarem fumantes do que as mulheres.

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, constatou uma maior prevalência de tabagismo nos grupo populacionais com menor escolaridade, ou seja, ensino fundamental incompleto, demonstrando esta ser uma tendência observada em vários países (BRASIL, 2004a). Geralmente a proporção de gastos domiciliares na compra de derivados do tabaco é muitas vezes elevada, principalmente em países em desenvolvimento, chegando a 10,4% em países como a Bulgária e em média 17% na China (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Tais evidências são preocupantes, pois a população aqui estudada apresentou possuir baixo nível econômico e os gastos com o tabaco podem agravar mais esta situação. Enquanto milhões de cigarros são vendidos por dia, milhões de brasileiros passam fome, levando o tabagismo e a pobreza a um ciclo vicioso.

6.2 CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS AVALIADOS QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E MORBIDADE REFERIDA FAMILIAR E PESSOAL

Atualmente o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil. Isto demonstra a forma pela qual o consumo foi historicamente inserido na sociedade. Mundialmente as ações para o controle do tabagismo vêm enfrentando a resistência das estratégias das indústrias fumageiras. O consumo global de cigarros aumentou cerca de 50% no período de 1975 a 1996 e tem crescido muito rapidamente nos países em desenvolvimento. A China é o maior consumidor de tabaco, correspondendo a 30% de todo o consumo mundial (BRASIL, 2004a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Noventa por cento dos fumantes começam o uso do tabaco até os 19 anos de idade e ficam dependentes da nicotina entre os 5 e os 19 anos de idade, sendo estes considerados como um fator de magnitude da iniciação, onde medidas de controle devem ser reforçadas através de um plano de ação específico (BRASIL, 2004a). Quanto mais precocemente o tabagismo é estabelecido, maior o risco de mortes prematuras na meia-idade e a diferença em alguns anos no início do tabagismo pode aumentar, em quase o dobro, os danos à saúde (DOLL; PETO, 1981 *apud* BRASIL, 2004a). Neste estudo, a idade de início do hábito variou entre 7 e 42 anos onde 88,6% dos indivíduos avaliados iniciaram o hábito de fumar até os 20 anos de idade e apresentaram maior percentual na faixa de 15 a 20 anos, com resultados semelhantes aos encontrados por Zanini *et al.* (2006) entre estudantes de escolas estaduais de ensino médio no Rio Grande do Sul e Andrade *et al.* (2006) em jovens da Universidade de Brasília .

Em relação à duração do hábito tabagístico em anos, observou-se que 62,1% e 71,5% dos fumantes e fumantes abstêmios, respectivamente, fumavam há mais de 30 anos, confirmando o início precoce do hábito. Dias e Turato (2006), em seu estudo qualitativo, verificou em fumantes com câncer de pulmão, o sentimento que eles tem em alertar a sociedade dos riscos envolvidos no hábito de fumar e da inocência no início do hábito de fumar em idades tão precoces. Halty, Hüttner e Netto (2002) demonstram em seu estudo que a motivação para começar a fumar foi principalmente o modismo e a grande motivação para abandonar o hábito foi a vontade própria.

Em relação ao grau de dependência à nicotina, 42,0% dos fumantes possuíam graus de dependência de elevado a muito elevado, e as mulheres apresentaram-se em níveis mais elevados do que os homens. No que se refere ao número de cigarros fumados ao dia, foram encontrados os seguintes resultados no presente estudo: 14,3% dos fumantes abstêmios e ex-fumantes fumavam menos que 10 cigarros ao dia, 47,6% de 10 a 20, 14,3% de 21 a 30 e 23,8% fumavam mais de 30 cigarros ao dia. Já entre os indivíduos fumantes, 33,6% menos que 10 cigarros ao dia, 48,7% de 10 a 20, 12,6% de 21 a 30 e 5,0% mais de 30 cigarros ao dia. A distribuição segundo o número de cigarros fumados ao dia, associada aos resultados do Teste de Fagerström, possibilitaram a avaliação da proporção de fumantes pesados, a qual pode refletir a carga de doenças associadas ao hábito de fumar. Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão mais dificuldades em deixar de fumar por apresentarem uma dependência química mais intensa, e poderão necessitar de uma abordagem diferenciada com apoio medicamentoso (BRASIL, 2001a).

A distribuição de fumantes e abstêmios segundo o número de cigarros fumados ao dia demonstrou maior proporção (48,6%) na faixa de 10 a 20 cigarros, dados que diferiram com os apresentados no Inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), onde na maioria das capitais brasileiras os fumantes referiram fumar de 1 a 10 cigarros por dia, sendo que este resultado é considerado de grande importância para o planejamento do tratamento da dependência com determinação da estratégia terapêutica a ser estabelecida.

Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes querem parar de fumar. No entanto, apenas 3% conseguem a cada ano. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. Nos indivíduos dos grupos de abordagem intensiva ao fumante avaliados nesta pesquisa, constatou-se que 6,1% do total das pessoas que iniciaram o tratamento nos anos de 2005 e 2006, pararam de fumar sem necessitar de apoio medicamentoso e 30% utilizaram o mesmo. O número de tentativas para deixar de fumar mais referido foi de 1 a 4 vezes tanto para os fumantes quanto para os fumantes abstêmios, com valor médio de 3,16 tentativas. Segundo o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001a), deixar de fumar é um processo que pode envolver várias tentativas e recaídas e a maioria dos fumantes tentam em média 3 a 4 vezes antes de parar definitivamente. Mais de 90% das tentativas para deixar de fumar são realizadas sem tratamento formal e destes apenas 3 a 5% conseguem ficar sem fumar por um ano e podem ser consideradas bem sucedidas (ARAÚJO, *et al.*, 2004).

Dentre os fatores causadores da vontade de fumar, os aspectos emocionais negativos foram os mais referidos entre os fumantes e os abstêmios. A ação da nicotina como principal componente psicoativo do tabaco está explicada pela sensação de alívio dos sintomas da síndrome de abstinência, redução da ansiedade e do controle de sentimentos desagradáveis, como por exemplo, a ansiedade e a tensão (CARMO; ANDRÉS-PUEYO; LÓPEZ, 2005).

Aproximadamente um terço dos fumantes ficam em abstinência somente por dois dias (ARAÚJO *et al.*, 2004). Dos fumantes abstêmios entrevistados, a maioria estava em abstinência do cigarro num período menor que 3 meses. A parada abrupta foi a mais referida, conferindo com os dados da literatura (BRASIL, 2001a). Na presente pesquisa, as recaídas ou lapsos foram relatados por 42,9% dos abstêmios devido à vontade intensa de fumar (fissura), que pode persistir por meses ou até anos após a interrupção do fumo, principalmente em situações de estresse. Dos 71,7% entrevistados que necessitaram de medicamentos para deixar de fumar, após os 6 meses de abordagem cognitivo-comportamental, os mais utilizados foram os adesivos transdérmicos de nicotina, sendo esta via a mais recomendada atualmente no mundo dentre os medicamentos repositores de nicotina (BRASIL, 1997).

No que se refere à morbidade referida familiar do presente estudo, a hipertensão familiar, seguida das cardiopatias, foram as mais citadas pelos entrevistados. Já as morbidades referidas pessoais mais relatadas e relacionadas com os agravos não transmissíveis foram doenças na coluna, depressão e dislipidemias. A hipertensão, o diabetes, o câncer e coronariopatias apresentaram as

seguintes porcentagens (25%, 10,7%, 2,9% e 9,3%). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), as doenças crônicas não-transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) foram responsáveis por 48% das causas de mortes no Brasil em 2003. Taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira apontam prevalências de hipertensão entre 25% a 30%, de diabetes de 5,2 a 9,4%, doenças isquêmicas de 2,9 a 6,7% (BRASIL, 2004a). As neoplasias já são a segunda causa de morte entre homens e mulheres no Brasil, além de serem consideradas também doenças tabaco-relacionadas (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, considera-se que a disponibilização de tratamento para os fumantes é imprescindível, uma vez que estudos rigorosos comprovam que os ex-fumantes têm mais anos de vida e em melhores condições de saúde, em relação àqueles que fumam. Quanto mais cedo se abandona o cigarro, menor será o risco de contraírem as doenças tabaco-relacionadas (BRASIL, 1997).

6.3 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado e envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A recomendação do uso do IMC baseou-se no fato de que valores extremos de IMC relacionam-se com maior risco de morbidade e mortalidade, onde valores muito baixos desse índice estão relacionados com mortes provocadas por tuberculose, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);

enquanto que valores altos se relacionam com mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes e câncer de cólon (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Na avaliação do IMC, a população do estudo apresentou-se com 13,6% de obesidade (graus I e II), 27,9% de sobrepeso e 6,4% de magreza (graus I e II). Peña e Bacallao (2000), observaram 25% de sobrepeso e 9,7% de obesidade. Cerca de 5% dos brasileiros são subnutridos em termos do IMC, com valores inferiores a 18,5 (BRASIL, 2004c). Quanto mais baixa a taxa de rendimentos, mais alta é a taxa de vulnerabilidade à desnutrição (BRASIL, 2006a).

Com relação aos sexos, o excesso de peso corporal caracterizado pelo sobrepeso e obesidades (graus I e II) apresentou-se em 48,5% nos homens e 39,3% nas mulheres. Dados obtidos nos estudos realizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) indicaram também uma maior prevalência de obesidade no sexo masculino na maioria das capitais estudadas.

Barreto, Passos e Lima-Costa (2003) verificaram que a obesidade foi mais comum nas mulheres e o baixo peso nos homens numa população de idosos de Bambuí. Analisando estudos nacionais Batista, Franceschini e Priore (2002) concluíram que houve uma redução na prevalência de baixo peso e aumento de sobrepeso e obesidade na população adulta e idosa brasileira em geral, onde estes últimos foram confirmados em estudos isolados mais recentes. No presente estudo 13% dos entrevistados eram pessoas acima de 60 anos e destes 26,3% apresentaram com baixo peso, 47,4% eram normais, 10,5% estavam com sobrepeso

e 15,8% eram obesos, de acordo com os pontos de corte específicos do IMC para idosos utilizados somente para esta discussão, (baixo peso: $IMC \leq 22$, eutrófico: $IMC > 22$ e < 27 , sobrepeso: $IMC \geq 27$ e obesidade: $IMC \geq 30$) segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a),

Em 2003, 40% da população adulta apresentavam excesso de peso (IMC igual ou maior a 25 kg/m^2). A tendência secular do excesso de peso no Brasil, segundo o sexo, aponta percentuais para homens de 18,6%, 29,5%, 41,0% nos anos de 1977, 1989 e 2004 respectivamente e 28,6%, 40,7% e 39,2% para as mulheres nos mesmos períodos (BRASIL, 2006a).

Um estudo realizado por Simão *et al.* (2002) em homens trabalhadores de uma destilaria do interior paulista apresentou 27,6% de obesidade. Raskin, Pinto-Neto e Costa Paiva (2003) encontraram em seu estudo uma prevalência de 27,4% de obesidade em mulheres climatéricas do ambulatório de climatério da Universidade Católica de Campinas. Os resultados obtidos neste estudo apontaram percentuais de obesidade abaixo dos valores demonstrados nos estudos referidos acima, sendo 15,2% para os homens e 13,3% para as mulheres.

Avaliando a relação entre características antropométricas e os lipídios séricos em pacientes com dislipidemias, Garcia, Sperandio e Padezzi (2002) verificaram um predomínio de obesidade grau I entre estes pacientes. É importante ressaltar que no presente estudo, 39,3% dos pacientes referiram possuir dislipidemia e 16,4% obesidade. Isto demonstra o nível de informação dos indivíduos frente a algumas características do estado nutricional.

Viebig, Valero e Araújo (2006), constataram em seu estudo (Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo) um elevado grau de sobrepeso e obesidade, que aumentava de acordo com a faixa etária, com maior prevalência nas faixas etárias de 40-49 e 50-65 anos de idade e valores médios de IMC de 25 kg/m² para homens e 25,4 kg/m² para mulheres. No presente estudo, a faixa etária de maior prevalência foi a de 55-64 entre os homens e 35-44 anos de idade entre as mulheres. As médias do IMC foram de 25,1 kg/m² para o sexo masculino e 24,5 kg/m² para o feminino.

Em relação ao hábito tabagístico, observou-se que os indivíduos abstêmios apresentaram uma porcentagem maior de magreza (23,8%) em relação aos fumantes (3,4%) e porcentagens bem próximas de excesso de peso: 41,1% para os fumantes e 42,9% para os abstêmios. Pesquisas na Índia constataram uma associação entre tabagismo, baixo IMC e magreza. Verificou-se que o tabagismo era um fator de risco independente para IMC baixo em adultos e fator de risco independente para magreza (SHUKLA, *et al.*, 2002, *apud* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004). Lemos-Santos, Gonçalves-Silva e Botelho (2000), não detectaram diferença estatística entre os valores de IMC dos indivíduos fumantes e não fumantes, e afirmam que a maioria dos estudos mostra que os fumantes apresentam IMC menor que não fumantes. Já Rodu *et al.* (2004), após 9 anos de acompanhamento, confirmam em seus estudos que fumantes que pararam de fumar possuem maior prevalência de sobrepeso e apresentaram um ganho de peso de 6,8 kg.

Com relação ao ganho de peso nos últimos 6 meses, constatou-se no estudo em questão que 54,6% das mulheres abstêmias e 28,1% das fumantes ganharam peso; 43,5% dos homens fumantes e 40,0% dos abstêmios também ganharam peso. A mediana do ganho de peso foi de 3,8 kg para os fumantes com ganho mínimo de 1kg e máximo de 20kg, enquanto que para os abstêmios foi de 3,4kg, com mínimo de 0,5kg e máximo de 11kg. Estes dados mostraram que o cigarro não evita o ganho de peso nos fumantes e que o ganho de peso esteve presente em ambos os sexos nos indivíduos abstêmios. Lahti-Koski *et al.* (2002) detectaram em sua avaliação acerca da associação de obesidade com estilos de vida, uma prevalência maior de obesidade em ex-fumantes em relação a pessoas que nunca fumaram em ambos os sexos, mas numa menor prevalência em mulheres fumantes.

John *et al.* (2005) avaliou o sobrepeso em ex-fumantes e fumantes e observou que ex-fumantes não diferiram em relação ao sobrepeso e obesidade com o tempo de abstinência do cigarro e que mulheres ex-fumantes não apresentaram risco relativo maiores para o sobrepeso e obesidade do que mulheres que nunca fumaram. Os resultados confirmaram a relação entre o número de cigarros por dia e o peso corporal de ex-fumantes, onde o aumento do IMC foi constatado em pessoas que fumavam mais de 20 cigarros/dia. Conclui-se então não haver relação do ganho de peso em ex-fumantes, que fumantes não possuem redução na proporção de sobrepeso e obesidade e que as alterações de peso corporal são influenciados por fatores biológicos e psicológicos, não se constituindo em barreira, principalmente em mulheres, para deixar de fumar.

Nakanishi, Takatorige e Suzuki (2005) verificaram em seu estudo com homens japoneses que o ganho de peso corporal foi significativamente maior em fumantes que pararam de fumar do que pessoas que nunca fumaram, indicando que o cigarro estava associado com um aumento do risco para a síndrome metabólica assim como o ganho de peso corporal após a interrupção deste. Por este motivo, os autores reforçam a necessidade dos pacientes prevenirem o ganho de peso corporal após a cessação do fumo e enfatizam que os mecanismos para o ganho de peso podem incluir aumento da ingestão energética, diminuição do metabolismo basal, e da atividade física e aumento da ação da lipase lipoprotéica.

Foi verificado, em um estudo de fumantes em tratamento individual e em grupo do sexo feminino, que os pacientes das abordagens individuais não ganharam menos peso ao parar de fumar do que os das abordagens em grupo, e o ganho de peso foi maior em pacientes no grupos que relataram lapsos (COPELAND *et al.*, 2006).

Allen *et al.* (2004) relatou em seu estudo que mulheres fumantes abstêmicas no período pós-menopausal têm um potencial maior para ganhar peso do que mulheres jovens e a média de ganho de peso foi de 1,28 kg em 2 duas semanas de abstinência em comparação com mulheres fumantes.

Frisancho (1989) recomenda que junto aos critérios antropométricos seja também analisada a composição corporal do indivíduo, de forma a se ter melhor precisão na avaliação nutricional, propiciando o desenvolvimento de atividades preventivas. Para melhor predizer o risco de desenvolvimento de morbidades

crônicas não transmissíveis, deve-se associar ao uso do IMC a medidas de distribuição de gordura abdominal que relacionam-se com a quantidade de tecido adiposo visceral, tais como a medida da circunferência da cintura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; CASTRO *et al.*, 2004).

O valor médio encontrado para a circunferência da cintura nesta pesquisa foi de $88,5 \pm 12,5$ cm para os homens (valor normal) e $80,0 \pm 11,6$ cm para as mulheres (no limite da normalidade). Observou-se que o sexo masculino apresentou percentuais mais próximos dos níveis de normalidade e que 12,2% dos homens e 19,6% das mulheres estão na faixa do risco muito aumentado para complicações metabólicas associadas com a obesidade. A CC está mais relacionada potencialmente com distúrbios metabólico aterogênicos associados com a obesidade abdominal do que a relação cintura-quadril. Mulheres possuem um risco relativo maior para doenças cardiovasculares em valores menores da CC do que os homens (GIBSON, 2005). As faixas etárias onde houve maior predomínio da CC aumentada e muito aumentada foram as de 55-64 e 65-74 anos de idade, para ambos os sexos. Os fumantes masculinos e os abstêmios femininos foram os que apresentaram também maiores valores de CC.

Batista; Franceschini e Priore (2002) verificaram que valores da CC em mulheres se alteram com o aumento da idade, pois as mudanças hormonais que ocorrem com a menopausa intensificam a obesidade geral. Perissinotto *et al.* (2002) também observou o aumento do acúmulo de gordura intra-abdominal, principalmente em mulheres nos períodos pós-menopausal, mas também em homens idosos.

A adiposidade central é considerada como um risco não só para a síndrome metabólica, diabetes e doenças cardiovasculares, mas também para cânceres como os de cólon. Por estas considerações, é necessário o reforço para a noção da necessidade de redução da CC como estratégia primária de redução de riscos à saúde associados com a síndrome metabólica (KATZMARZYK *et al.*, 2006).

JANSSEN *et al.* (2002) verificou que a combinação dos indicadores antropométricos IMC e CC explicam maiores variações da gordura visceral, abdominal subcutânea e não abdominal do que quando avaliados isoladamente. O IMC foi mais fortemente correlacionado com a gordura não abdominal e abdominal subcutânea e a CC correlacionou-se melhor com a gordura visceral. Para cada categoria de IMC estudada, um aumento da CC foi associado com um aumento da gordura visceral. Na presente pesquisa, observou-se uma forte correlação positiva ($p < 0,001$) entre o IMC e CC. Navarro e Marchini (2000) também encontrou correlação positiva entre as circunferências da cintura, quadril com o IMC, dobras cutâneas e relação cintura quadril.

A avaliação da Circunferência Braquial (CB) é utilizada em diagnósticos de malnutrição protéico-energética, pois verifica a gordura subcutânea do braço e o tecido muscular sem distinguir tecido adiposo da massa magra, representando a soma das camadas dos tecidos (GIBSON, 2005). Os valores encontrados nesta pesquisa foram utilizados para o cálculo da circunferência muscular do braço e apresentaram médias dentro dos limites de normalidade de acordo com os percentis de referência, sem diferença estatística entre os sexos ($p = 0,203$, Teste "t"). Apenas 18,2% dos entrevistados apresentaram-se abaixo do percentil de risco nutricional para desnutrição e 3% para excesso de gordura corporal no sexo masculino e 8,4% tanto para o risco inferior quanto superior no feminino.

A avaliação da Dobra Cutânea Tricipital (DCT) relaciona-se com a quantidade de tecido adiposo no organismo (NAVARRO; MARCHINI, 2000). De

todos os parâmetros utilizados para determinar o grau de adiposidade, a DCT é a que mais se destaca por sua facilidade e rapidez (MAJEM *et al.*, 2006), com algumas limitações.

Os dados encontrados neste estudo demonstram que 6,1% dos homens e 2,8% das mulheres encontram-se em risco nutricional com baixos depósitos de gordura, enquanto que 21,2% dos homens e 6,5% das mulheres apresentam excesso. Perissinotto *et al.* (2002) observa que no sexo masculino ocorre uma diminuição da gordura e da massa muscular após a meia idade. Já no sexo feminino ocorre um aumento na gordura visceral. Garcia *et al.* (2002) detectou em indivíduos com dislipidemias 7,1% dos homens e 20,5% das mulheres como de risco aumentado e 50% das mulheres com risco substancialmente aumentado para complicações metabólicas associadas à obesidade.

A determinação da CMB é particularmente útil em pacientes com retenção hídrica por doença renal, cardíaca ou hepática, em que o Índice de Massa Corporal subestima a desnutrição energético-protéica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A depleção da massa corpórea magra pode ocorrer em casos de inanição ou estresse prolongado, levando à mobilização das reservas protéicas para atender à síntese da fase aguda e proteínas secretoras. Valores mais elevados de CMB são encontrados em grupos de indivíduos que tem maior atividade física, como trabalhadores rurais e atletas. Os percentuais encontrados foram 45,4% para os homens e 66,3% para as mulheres abaixo do percentil 5º, podendo indicar um déficit na massa muscular dos tabagistas.

A utilização das medidas da DCT e da CMB são úteis em grupos de indivíduos que formam a base de estudos nutricionais, em casos onde técnicas mais precisas de avaliação da composição corporal não são disponíveis e se deseja realizar uma avaliação mais crítica da população de estudo (SHILS, 2003).

6.4 CARACTERÍSTICAS QUANTO A ATIVIDADE FÍSICA

O aumento do nível de atividade física da população pode contribuir indiretamente para ganhos em outros setores vitais para o desenvolvimento humano e o progresso econômico (PARDINI *et al.*, 2001).

A importância de orientações simples, mas claras, no aumento do nível de atividade física (NAF) de indivíduos idosos, foi constatada em um estudo. Os resultados forneceram fortes evidências que um programa de intervenção como o Agita São Paulo (estratégia modelo adotada pela OMS), que visa aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios do estilo de vida ativo, aumentam a frequência e duração da prática de atividades físicas moderadas em mulheres fisicamente ativas. Dessa maneira, estratégias que estimulem a adoção de práticas de atividade física devem ser mobilizadas de forma planejada em benefício da população (FERREIRA *et al.*, 2005).

Os estudos que utilizaram o instrumento desta pesquisa são recentes, mas não existem em grandes quantidades. O instrumento considera a realização da atividade física nos momentos de lazer, ocupação, meio de locomoção e no trabalho doméstico. Este enfoque é fundamental no sentido de que a ocupação e a

locomoção representam de forma significativa o total da atividade física do indivíduo (BRASIL, 2004a).

O questionário IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), desenvolvido (BAUMAN *et al.*, 2006) pela OMS e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças norte americano (CDC) entre 1997 e 2003, está apresentado em duas formas (curta e longa). Permite estimar os gastos calóricos, classificar os indivíduos e proporciona maior chance de comparações por estar adaptado ao nosso meio (MATSUDO, 2005).

Em relação ao nível de atividade física do estudo em questão, foi possível constatar 40% de indivíduos insuficientemente ativos, 56,4% de ativos e 3,6% muito ativos. Níveis de atividade física (NAF) no interior de São Paulo, verificados pelo mesmo instrumento, demonstraram um percentual bem próximo a esta pesquisa, onde 46,1% foram considerados indivíduos insuficientemente ativos, 34,4% ativos e 6% muito ativos. O estudo demonstrou similaridade entre os gêneros e o NAF, e não diferiu entre as faixas etárias (MATSUDO, 2002). Um outro estudo numa amostra representativa da população do município de Pelotas apresentou 41,1% de indivíduos insuficientemente ativos (HALLAL *et al.*, 2002). Viebig *et al.* (2006) avaliou o NAF com o mesmo instrumento deste estudo e detectou na população adulta da região metropolitana de São Paulo que apenas 4,5% dos homens e 6,5% das mulheres poderiam ser consideradas sedentárias. Já no presente estudo, do total de entrevistados, 6,4% do sexo masculino e 2,1% do feminino foram considerados totalmente sedentários.

Constatou-se nesta pesquisa uma maior prevalência de inatividade entre os homens. À medida em que se aumentava a faixa etária, o percentual de inatividade também aumentava, sendo também encontrada com maior freqüência em níveis de escolaridade menores. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), as pessoas tendem a diminuir os níveis de atividade física a partir da adolescência e de forma progressiva, sendo mais prevalente em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e incapacitados. Hallal *et al.* (2002) encontrou resultados de inatividade física positivamente associada com a idade.

Em um estudo representativo da população alemã, que avaliou a associação do grau de dependência da nicotina com outros fatores de risco, mostrou que a elevada dependência à nicotina está associada a baixos níveis de atividade física e à diminuição da importância e satisfação da mesma (SCHUMANN *et al.*, 2001). Observou-se neste estudo que dos indivíduos com grau de dependência elevado a muito elevado, 40% foram considerados insuficientemente ativos, 58% ativos e 2% muito ativos.

Barros e Nahas (2001) observaram, entre os trabalhadores de indústria, a prevalência de sujeitos insuficientemente ativos no lazer, aumentando proporcionalmente com a idade, independente do sexo. Um estudo sobre padrões de vida realizado pelo IBGE nas regiões nordeste e sudeste no período de 1996-1997, avaliou que a atividade física nas horas livres no Brasil encontra-se principalmente entre as pessoas mais jovens, sendo os homens mais ativos que as mulheres. O motivo mais importante para a prática de atividade física durante um

maior número de dias da semana foi a saúde. Houve uma maior tendência para a prática de caminhadas e corridas do que a realização de esportes e uma forte associação entre a atividade de lazer e o nível sócio-econômico, medidos em termos do grau de escolaridade (MONTEIRO *et al.*, 2003).

Hallal *et al.* (2005) comparou dados do NAF da população de Pelotas com São Paulo e constatou escores de valores medianos de atividade física estatisticamente superiores em Pelotas (260 minutos/semana) do que em São Paulo (195 minutos/semana). Os valores encontrados na presente pesquisa aproximaram-se do estudo descrito acima, com valores medianos de atividade física de 292,5 minutos/semana para toda a população estudada, de 240 minutos/semana para o sexo masculino e de 300 minutos/semana para o sexo feminino. O valor máximo foi de 2940 minutos/semana.

Nesta pesquisa pode-se perceber uma maior proporção de fumantes ativos do que fumantes abstêmios ativos, e que 39,5% dos fumantes e 42,9% dos abstêmios apresentaram-se insuficientemente ativos. Barros e Nahas (2001), verificaram maior proporção de fumantes inativos do sexo masculino do que entre os ativos e pouco ativos.

Lahti-Koski *et al.* (2002) avaliou a associação da obesidade através do IMC com a atividade física e detectou uma associação inversa entre a obesidade e atividade física nos tempos livres em ambos os sexos. Nesta pesquisa houve uma diminuição do excesso de peso à medida em que o nível de atividade física ia

umentando. Do total de indivíduos classificados como sedentários, 91,7% apresentaram-se com peso acima dos níveis de normalidade.

O excesso de peso, a concentração de gordura abdominal, a inatividade física e o relato da presença de dislipidemias foram descobertas importantes desta pesquisa, pois todos se apresentaram na faixa dos 40%. Considerando este enfoque, é necessário que o profissional de saúde se prepare para diagnosticar e monitorar o nível de atividade física de seus pacientes, uma vez que a atividade física praticada de forma regular melhora o perfil lipídico a longo prazo (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002). O questionário IPAQ é uma proposta de instrumento para auxiliá-los neste sentido, mas que ainda precisa ser adaptado para este fim (MATSUDO, 2005).

Nesta investigação observou-se que a maioria dos participantes que não conseguiram deixar de fumar pelo menos reduziram o número de cigarros/dia (ao longo do tratamento). Os indivíduos que deixaram de fumar sem medicamento, em alguns grupos, não freqüentaram as reuniões até o final, pois já haviam alcançado seu objetivo. Apesar de todos as pessoas inscritas terem sido convocadas para participar das reuniões e realizar o tratamento disponível nas UABS capacitadas, pela Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (nos anos de 2005 e 2006), 45,9% desistiram após as reuniões iniciais, talvez pela dificuldade de conciliação de horários, disponibilidade de tempo ou até mesmo pela fase motivacional em que o indivíduo se encontrava. Questões estas que merecem investigações futuras.

Os estímulos à alimentação adequada, ao invés de formular proibições (SICHIERI, 2000), a atividade física, e o abandono do hábito de fumar são medidas prioritárias no controle das doenças não transmissíveis. Juntamente com a mudança de comportamento, necessita-se urgentemente de medidas abrangentes e intersetoriais que possam levar ao desenvolvimento, de forma integrada, de legislações, informações e de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2004a).

Consideradas as limitações inerentes aos estudos de corte transversal e baseados em medidas fornecidas pelos sujeitos, o estudo apresentou algumas particularidades que merecem serem discutidas. Uma consideração importante se dá ao pequeno número de fumantes abstêmios, uma vez que a pesquisa foi realizada com as pessoas que participavam do tratamento de abordagem intensiva ao fumante. Os fumantes abstêmios, em sua maioria, já haviam finalizado o tratamento e não faziam mais parte dos grupos. Por este motivo, a concentração maior foi de fumantes, lembrando, portanto, que o objetivo principal deste levantamento não foi a comparação entre estes dois grupos.

A pesquisa quantitativa apresenta uma infinidade de avaliações estatísticas, que apesar de parecer simplesmente só mais uma mistura de números, quando avaliada com cautela e discernimento, pode contribuir imensamente com o direcionamento das ações locais de planejamento e, conseqüentemente, com a população.

A vigilância do estado nutricional dos indivíduos e os estímulos à mudanças de hábitos de vida já estão mais que consagrados em relação às suas eminentes necessidades, mas o desafio se dá no sentido de sensibilizar todos os níveis da sociedade. É necessário estimular entre as pessoas o pensamento crítico, mas também é preciso o envolvimento dos profissionais de saúde e a elaboração de políticas que favoreçam estas mudanças. Tudo pode ser visto como um desafio. As transformações envolvem anos, mas só acontecem com a iniciativa.

Apesar de existirem várias pesquisas demonstrando os principais aspectos sobre o tabagismo, a atividade física e o estado nutricional de forma isolada, observou-se a necessidade de novas investigações que discutam esses aspectos de forma integrada, uma vez que são poucos os estudos que fazem esta relação, dificultando a discussão e comparação dos dados. Recomenda-se também a realização de novos estudos para que as caracterizações populacionais possam subsidiar políticas de intervenções mais específicas.

7 CONCLUSÕES

A amostra estudada representou 68,3% do total de participantes assíduos (fumantes e abstêmios) da Abordagem Intensiva ao Fumante do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) e representou seis Distritos Sanitários do Município de Goiânia.

A população estudada foi constituída em sua maioria por fumantes do sexo feminino, com idade média de 49 anos, por indivíduos casados, com ensino fundamental de 1ª ou 2ª fases e por trabalhadores de baixo nível sócio-econômico.

A idade média de início do hábito tabagístico do grupo foi de 15,5 anos, com variação entre 7-42 anos. Os indivíduos fumantes possuíam o hábito de fumar há mais de 30 anos e destes, quase a metade apresentou elevado grau de dependência à nicotina. A quantidade média de cigarros fumados por dia foi de 16,2.

Os fumantes abstêmios fumavam em média há 34,5 anos e a maioria destes utilizou medicamentos para deixar de fumar, possuindo até 3 meses de abstinência do cigarro. Quase a metade dos fumantes abstêmios relataram ter recaídas ou lapsos, causados principalmente pela vontade intensa de fumar (fissura).

O estado nutricional dos fumantes apresentou destaque especial para o excesso de peso e obesidades. No sexo masculino, detectou-se ganho de peso tanto para fumantes quanto para abstêmios. No sexo feminino a proporção de ganho

de peso foi maior nos fumantes abstêmios, enquanto que a variação do ganho de peso foi maior nos fumantes do que nos abstêmios, com média de 3,8kg.

A circunferência braquial e a dobra cutânea tricipital apresentaram médias dentro dos percentis de normalidade em ambos os sexos, como também a circunferência muscular do braço para o sexo feminino. Já a média da circunferência muscular do braço do sexo masculino situou-se entre o quinto e o décimo percentis.

Houve uma forte correlação linear (coeficiente r de Pearson = 0,851, $p < 0,01$) entre o índice de massa corporal e a circunferência de cintura e 42,06% das mulheres apresentaram circunferência de cintura aumentada.

Dos indivíduos entrevistados, 40% são insuficientemente ativos (sedentários e irregularmente ativos A e B). Ao analisar a inatividade por categorias, os homens apresentaram percentuais maiores do que as mulheres, os abstêmios obtiveram índices maiores do que os fumantes, e os indivíduos do ensino fundamental de 1ª ou 2ª fase tiveram porcentagens maiores do que os outros níveis de ensino. A inatividade foi maior nos idosos do que nos jovens. Dos indivíduos sedentários, 91,7% possuem excesso de peso.

Conclui-se finalmente que quase a metade da população estudada apresentou excesso de peso, concentração de gordura abdominal e inatividade física, e por isto medidas de intervenção devem ser planejadas o mais rápido possível, juntamente com novos estudos, que também avaliem estas questões em seu conjunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, S.S.; BRINTNELL, D.M., HATSUKAMI, D.; REICH, B. Energy intake and physical activity during short-term smoking cessation in postmenopausal women. **Addictive Behaviors**, New York. v.29, p.947-951, 2004.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison. v. 30, n.6, p.1-34, 1998.

ANDERSON, A.S. Haste makes waist. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, Londres. v.18, p.421-422, 2005.

ANDRADE, A.P.A.; BERNARDO, A.C.C.; VIEGAS, C.A.A. *et al.* Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília. v.32, n.1, p. 23-28, 2006.

ARAÚJO, A.J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília. v.30, suppl.2, p. S11-S76, 2004.

AVEZUM, A. Adiposidade visceral e risco cardiovascular – Resultados do INTER-HEART e do IDEA (Resumos comentados). **Diabetes Clínica**, São Paulo. v.10, n.3, p.145-204, 2006.

BARRETO, S.M., PASSOS, V.M.A., LIMA-COSTA, M.F. Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí Health and Aging Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, n.2, p.605-612, 2003.

BARROS, M.V.G.; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.35, n.6, p.554-563, 2001.

BATISTA, M.C.R.; FRANCESCHINI, S.C.C., PRIORE, S.E. Avaliação de indicadores antropométricos de adultos e idosos brasileiros. **Nutrire**, São Paulo. v.23, p.67-78, 2002.

BAUMAN, A.E.; NELSON, D. E.; PRATT, M.; MATSUDO, V.; SCHOEPPE, S. Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and surveillance in the international public health arena. **American Journal of Preventive Medicine**, New York. v. 31, n.1, p.4S, 2006.

BLACKBURN, G. L.; HARVEY, K. B. Nutritional Assessment as a Routine in Clinical Medicine. **Postgraduate Medicine**, Minneapolis. v. 71, n.1, p.46-63, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Bioética: **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília.. v.4, n.2, p.15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001a. 38p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Centro Colaborador da OMS Programa Tabaco ou Saúde. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro INCA, 1997. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Série B. **Textos básicos de saúde**. Brasília, 2002. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Ação global para o controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública – por um mundo sem tabaco com mobilização da sociedade civil**. 3.ed., 2004b, 52p.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. revisada. Brasília, 2005c. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. **Alimentação/Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**. Brasília, Brasil: 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores**. Brasília, julho de 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b. 59p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 186p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Plano para implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo**. Brasília, Anexo 1, 2005b. 8p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: MANUAL DO ENTREVISTADOR**. Rio de Janeiro: INCA, 2005a. 114p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Falando sobre tabagismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1998. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006a. 210p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2004c. 120p.

CARMO, J.T.; ANDRÉS-PUEYO, A.; LÓPEZ, E.A. La evolución del concepto de tabaquismo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.21, n.4, p.999-1005, 2005.

CARVALHO, M.M.; OLIVEIRA, A.L.I.; CARNELOSSO, M.L.; MONEGO, E.T.; *et al.* Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades não Transmissíveis – Projeto CARMEN. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Saúde, Justiça, Cidadania. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 8, sup.2, 2003.

CASTRO, L.C.V., FRANCESCHINI, S. do C.C., PRIORE, S.E., PELÚZIO, M. do C. G. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**, Campinas. v.17, n.3, p.369-377, 2004.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo. v.32, n.5, p.283-300, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Improving nutrition and increasing physical activity**. Disponível em: <http://cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acesso em: 16 de outubro de 2006.

CHINN, S.; JARVIS, D.; MELOTTI, R. *et al.* Smoking cessation, lung function, and weight gain: A follow-up study. **Lancet**, v.365, p.1629-1635;1600-1621, 2005.

COPELAND, A.L.; MARTIN, P.D.; GEISELMAN, P.J. *et al.* Smoking cessation for weight-concerned women: Group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions. **Addictive Behaviors**, New York. v.31, p.115-127, 2006.

CRAIG, C. L.; MARSHALA; SJOSTROM, M. *et al.* International physical activity questionnaire (IPAQ):12 country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. Madison. Revised nov., 2005.

DIAS, O.M., TURATO, E.R. Cigarette smoker's views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. **Medicine of Journal**, São Paulo. v.124, n.3, p125-129, 2006.

FERREIRA, M.; MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; BRAGGION, G. Efeitos de uma programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo. v.11, n.3, 2005.

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. *et al.* **Treating Tobacco Use and Dependence**. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

FRISANCHO, A. R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.34, n.1, p.2540 - 2545, 1981.

FRISANCHO, A.R. **Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status**. Ann Arbor MI: University of Michigan, 1989. 189p.

FUNDAÇÃO IBGE. **Censo demográfico 2000**: estimativa populacional para 2006. Disponível em URL:<http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 de outubro de 2006.

GARCIA, R.W.D.; SPERANDIO, T.; PADEZZI, J. *et al.* Relação entre consumo alimentar, atividade física e características antropométricas e os lipídios séricos em pacientes com dislipidemia. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Porto Alegre. v. 17, n.3, p.99-106, 2002.

GIBSON, R. S. **Principles of nutritional assessment**. 2.ed. Oxford, Oxford University Press, 2005. 908p.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas (DDCD). Rede Básica. **Protocolo do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) – Versão Preliminar**. Goiânia, 2005. 26p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão: resultados. **Revista da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**. Goiânia, 2004. Dezembro. 54p.

GRITZ, E.R.; NIELSEN, I.R; BROOKS, L.A. Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological, and behavioral factors. **American Journal of Medicine Women Association**, New York. v.51, n.1, p. 35-42, 1996.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; *et al.* Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.21,n.1, p.109-118, 2005.

HALLAL, P.C., *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison. v.35, n.11, p.1894-1900, 2003.

HALTY, L.S.; HÜTTNER, M.D.; NETTO, I.O. *et al.* Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. **Jornal de Pneumologia**, Brasília. v.28, n.2, p.77-83, 2002.

ISSA, J. S.; FORTI, N.; GIANNINI, S.; JAYME, D.. Intervenção sobre Tabagismo Realizada por Cardiologista em Rotina Ambulatorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo. v.70, n.4, 1998.

JANSSEN, I., HEYMSFIELD, S.B., ALLISON, D.B., KOTLER, D.P., ROSS, R. Body mass index and waist circumference independently contribute to the prediction of nonabdominal, abdominal subcutaneous, and visceral fat. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda. v.75, p.683-8, 2002.

JOHN, U.; HANKE, M.; RUMPF, H.J.; THYRIAN, J.R. Smoking status, cigarettes per day, and their relationship to overweight and obesity among former and current smokers in a national adult general population sample. **International Journal of Obesity**, London. v.29, p.1289-1294, 2005.

JOHN, R.; MEYER, C.; RUMPF, H.J.; *et al.* No considerable long-term weight gain after smoking cessation: Evidence from a prospective study. **European Journal of Cancer Prevention**, v.14, n.3, p. 289-295, 2005.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I., ROSS, R. *et al.* The Importance of Waist Circumference in the Definition of Metabolic Syndrome. **Diabetes Care**, Alexandria. v.29, n.2, p.404-409, 2006.

LAHTI-KOSKI, M.; PIETINEN, P., HELIÖVAARA, M.; VARTIAINEN, E. Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK Studies. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda. v.75, p. 809-817, 2002.

LEMONS-SANTOS, M. G.; GONÇALVES-SILVA, R.M.V.; BOTELHO, C. Tabagismo, composição corporal, distribuição da adiposidade e ingestão alimentar em fumantes, não-fumantes e ex-fumantes. **A Folha Médica**, Rio de Janeiro. v.119, n. 3, p.23-31, 2000.

MACHADO, P.A.N., SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.36, n.2, p.198-204, 2002.

MAJEM, L.S., BARTRINA, J.A. *et al.* **Nutrición y Salud Pública**: métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ed. Barcelona (España), 2006.

MALCON, M. C, MENEZES, A. M. B., CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.37, n.1, p.1-7, 2003.

MATSUDO, S. M., *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira Ciências e Movimento**, Brasília. v.19, n.4, p.41-50, 2002.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V. Questionários internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina. v.6, p.5-18, 2001.

MATSUDO, V. K. R. Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo. v.10, n.2, p.109-110, 2005.

MENEZES, A. M. B.; HALLAL, P. C.; SILVA, F.; SOUZA, M., PAIVA, L. *et al.* Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília. v.30, n.3, p.223-228, 2004.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A; COSTA, R. Secular changes in dietary patterns in the metropolitan áreas of Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.34, n.3, p.251-258, 2000.

MONTEIRO, C. A., *et. al.* A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan american Journal of Public Health**, Washington. v.14, n.4, 2003.

MUNAFO, M.R.; MURPHY, M.F.G.; JOHNSTONE, E.C. Smoking cessation, weight gain, and DRD4-521 Genotype. **American Journal of Medical Genetics - Part B**, v.141B, p. 398-402, 2006.

NAKANISHI, N.; TAKATORIGE, T.; SUZUKI, K. Cigarette Smoking and the Risk of the Metabolic Syndrome in Middle-Aged Japanese Male Office Workers. **Industrial Health**, Kawasaki. v.43, p.295-301, 2005.

NAVARRO, A.M.; MARCHINI, J.S. Uso de medidas antropométricas para estimar gordura corporal em adultos. **Nutrire**, São Paulo. v.19/20, p.31-47, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembléia mundial de Saúde. **Estratégia global em dieta, atividade física e saúde**. 8ª Sessão plenária, 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 22 de maio de 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília - Brasil, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília - Brasil, 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento**. Tradução: Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde do Brasil, 2004. 14p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica**. Washington: OPAS, 1995.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Smoking and Health in the Americas**. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta. Georgia, 1992.

PARDINI, R.; MATSUDO, S.; TIMÓTEO, A. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira Ciências e Movimento**, Brasília. v.9, n.3, p.45-51, 2001.

PEIXOTO, S.V., FIRMO, J.O.A., LIMA-COSTA, M.F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.39, n.5, p.745-53, 2005.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad en la pobreza: um problema emergente em las Américas. In: _____. **La obesidade en la pobreza**. Washington: Organización Panamericana de la Salud: 2000.

PERISSINOTTO, E., PISENT, C., SERGI, G. et al. Anthropometric measurements in the elderly : age and gender differences. **British Journal of Nutrition**, London. v.87, n.2, p.177-186, 2002.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciências e Movimento**, Brasília. v.10, n.3, p.49-54, 2002.

RASKIN, D.B.F.; PINTO-NETO, A.M.; COSTA PAIVA, L.H.S. et al. Perfil antropométrico, estado menopausal e alterações metabólicas associadas à doença cardiovascular. **Revista Ciências Médicas**, Campinas. v.12, n.3, p.215-226, 2003.

RIQUE, A.B.R.; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo. v.8, n.6, p. 244-254, 2002.

RODU, B.; STEGMAYR, B.; NASCIC, S. et al. The influence of smoking and smokeless tobacco use on weight amongst men. **Journal of Internal Medicine**, Oxford. v.255, p.102-107, 2004.

SAULES, K.K.; POMERLEAU, C.S.; SNEDECOR, S.M. et al. Effects of disordered eating and obesity on weight, craving, and food intake during ad libitum smoking and abstinence. **Eating Behaviors**, New York. v.5, p.353-363, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de São Paulo – **Programa Agita São Paulo**. Isto é Agita São Paulo. CELAFISCS, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.agitasp.com.br/material.asp>. Acessado em: 24 de outubro de 2006.

SCHUMANN, A., et. al. The association between degree of nicotine dependence and other health behaviours. **European Journal of Public Health**, Stockholm. v.11, n.1, p.450-452, 2001.

SHILS, M.E.; OLSON, JA., SHIKE, M., ROSS, A.C. **Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença**. 9.ed. Barueri-SP: Manole, 2003. v.1, 1026p.

SICHERI, R.; COITINHO, D.C.; MONTEIRO, J.B.; COUTINHO, W.F. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo. v.44, n.3, p.227-232, 2000.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M.S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E.J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia. v.4, n.2, p.27-35, 2002.

SPSS. **Statistical Package of Science Society**. Versão 8.0 para windows, 1997.

STERNFELD, B.; WANG, H.; QUESENBERRY, C.P. *et al.* Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: Findings from the study of women's health across the nation. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore. v.160, n.9, p.912-922, 2004.

VIEBIG, R.F.; VALERO, M.P.; ARAÚJO, F.; *et al.* Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo. v.86, n.5, p.353-360, 2006.

WAHRLICHA, V.; ANJOS, L.A. Aspectos históricos e metodológicos da medição e estimativa da taxa metabólica basal: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.801-817, 2001.

WEST, K.M. Computing and expressing degree of fatness (letter of the editor). **JAMA: Journal of American Medical Association**, Chicago, v.243, p.1421, 1980.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of antropometry. Who Thechnical Report Series 854. Geneva, 1995. 452p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1998. 276 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Confronting the Tobacco Epidemic in na Era of Trade Liberalization**. WHO/NMH/TFI/01.4, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Consulation on Tobacco and Youth – What in the World Works?** In: Final Conference Report. Singapore: WHO, 1999.

ZANINI, R.R. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1619-1627, 2006.

APÊNDICE A

Lista das unidades capacitadas

*Identificação dos grupos de Abordagem e Tratamento de tabagistas (2005/2006)
da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás*

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	RESPONSÁVEIS
SUL / SUDESTE (03 grupos)	CIAMS PEDRO LUDOVICO (Grupo 05 com med.)	6ª FEIRA – MANHÃ (I: 24/06/05)	MIRIAM (E) MARISA (AS) MARLUCE (AS) HELIOS (M)
	CAIS JARDIM AMÉRICA (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA - TARDE (I: 05/07/05)	LENICE (P)
	CS PARQUE AMAZÔNIA (Grupo 06 sem med.)		EDMAR (M) MARIA AP. (E) EUNIDES (AS)
MENDANHA (2 grupos)	CAIS CÂNDIDA DE MORAIS (Grupo 05 sem med.)	2ª FEIRA – MANHÃ 9h (I: 20/06/05)	MARIA CRISTINA (P)
	CAIS URIAS MAGALHÃES (Grupo 05 com med.)	3ª FEIRA - TARDE 15h (I: 21/06/05)	SIMONE (AS) MÔNICA (P) JÚLIO CÉSAR (M) MARIA NELI (E) VILMA (E)
NORTE (2 grupos)	CS JD. GUANABARA III (Grupo 05 sem med.)	2ª FEIRA – TARDE 15h30 (I: 20/06/05)	MARIA JOSÉ (O) SUZETE (O) SANDRA MARLI (DS)
	CS ITATIAIA (Grupo 06 sem med.)		MARIA APARECIDA (E) FERNANDO CÉSAR (M) SANDRA (DS)
OESTE (2 grupos)	CAIS BAIRRO GOIÁ (Grupo 05 com med.)	5ª FEIRA - TARDE 17h (I: 16/06/05)	LUIZ HENRIQUE (F) JEANE (E) PAULA (M)
	CS VERA CRUZ I (Grupo 06 sem med.)	5ª FEIRA -MANHÃ 9h (I: 02/03/06)	DÉBORA (E) HÉRICA (N)
NOROESTE (2 grupos)	CAIS FINSOCIAL (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA – TARDE 14h (I: 14/06/05)	SÉRGIO (M) REGINA CÉLIA (E) KEILA (N) ANA CLÁUDIA (E)

	CAIS CURITIBA (Grupo 05 sem med.)	4ª FEIRA- MANHÃ 9h (I: 29/06/05)	ZILDENÊ (AS): 96484779
SUDOESTE (2 grupos)	CAIS NOVO HORIZONTE (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA-MANHÃ 9h (I: 28/06/05)	MARIA APARECIDA (E) MARIA LÚCIA (AS)
	CS VILA MAUÁ (Grupo 06 sem med.)		MARLENE (P – DS) 1636
DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	RESPONSÁVEIS
CENTRAL (3 grupos)	CAIS VILA NOVA (Grupo 05 com med.)	5ª FEIRA – MANHÃ 8h (I: 17/06/05)	OLGA (E) JOSÉ WILLIAM (M) DÁLIA (P) CARMELITA (AS)
	PSF LESTE UNIVERSITÁRIO (Grupo 06 sem med.)		UBIRONI (M) ROGÉRIO (E) MARIA ISAIÁS (M)
	CS MARINHO LEMOS (Grupo 06 sem med.)		MARIA JOSÉ (AS) MÁRCIO (M) ROSA MARIA (TE)
LESTE (2 grupos)	CAIS AMENDOEIRAS (Grupo 05 com med.)	4ª FEIRA – TARDE 17h (13/07/05)	CÁRITA (P) MARILDE (F) MARIA APARECIDA
	CAIS NOVO MUNDO (Grupo 06 sem med.)	3ª FEIRA (I: 21/03/06)	LÚCIA CASTRO AINDA (N)
MEIA PONTE (04 grupos)	CS RODOVIÁRIO (Grupo 05 com med.)	6ª FEIRA - MANHÃ 8h (I: 17/06/05)	LUCILENE (E) APARECIDA (E) PATRÍCIA (M) LUCIANA (TE)
	CS RODOVIÁRIO (Grupo 06 sem med.)	3ª FEIRA –MANHÃ 8h (I: 14/03/06)	
	CS CANAÃ (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA – TARDE 16h (I: 14/06/05)	DAIRA (M) ANDRÉIA (P - DS) ROSÁRIO (TE)
	CAIS CAMPINAS (Grupo 06 sem med.)	3ª FEIRA – MANHÃ 8h (I: 04/04/06)	LARISSA (P) MARGARETH (E) DANIELA (M) DIONE

Total de grupos: 22

APÊNDICE C

Questionário de entrevista

Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Convênio Rede Centro-Oeste (UnB– UFG – UFMS) - Mestrado e Doutorado

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Questionário número: _____ | P1NQ __ __ __ |
| 2. Número identificação: _____ | P2NID __ __ __ |
| 3. Nome da UABS: _____ | P3UABS __ __ __ |
| 4. Data da entrevista: ____/____/____ | P4DATA __ __ __ __ __ __ __ __ |
| 5. Entrevistador: _____ | P5ENT __ __ |
| 6. Fase do tratamento: (01) (02) (03) _____ | P6TRAT __ __ |
| 7. Horário de início: ____:____ | P7HORA ____:____ |

IDENTIFICAÇÃO

- | | |
|--|-----------------------------|
| 8. Qual o seu nome? _____ | |
| 9. Sexo: 1= Masculino 2= Feminino | P9SEXO __ |
| 10. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ | P10NAS __ __ __ __ __ __ |
| 11. Qual é a sua idade (anos)? _____ | P11IDA __ __ |
| 12. Qual é o seu estado civil? | P12EC __ |
| 1= Casado (a)/União consensual 2= Divorciado/Desquitado/Separado (a) | |
| 3= Solteiro (a) 4= Viúvo (a) 9= NI | |

COMPOSIÇÃO FAMILIAR E CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

- | | |
|--|-----------------------|
| 13. Qual o seu endereço atual com referência? | P13COD __ __ __ |
| Rua/Av: _____ Quadra: ____ Lote: ____ Nº: ____ | |
| Bairro : _____ Código: _____ | |
| Referência: _____ | P13FON |
| 13A. Fone: (____) _____ - _____ | __ __ __ __ __ __ |
| 14. O (a) Sr (a) estuda hoje? | P14EST __ |
| 1= Sim (passe p/15) 2 = Não (passe p/ 16) | |
| 15. Qual série cursa? ____ (ver codificação) 8888=NSA 9999=NI | P15ESC __ __ __ __ |
| 16. Até que série estudou? ____ (ver codificação) 8888=NSA 9999=NI | P16ESC __ __ __ __ |
| 17. No momento o(a) sr(a) trabalha? | P17TRA __ |
| 1= Sim 2 = Não (passe p/ 19) 9=NI | |
| 18. Qual o seu tipo de trabalho (ocupação)? | P18OCU __ |
| 1= Empregador(a) 2=Empregado(a) 3=Autônomo(a) | |
| 4= Dono(a) de casa 8=NSA 9=NI | |
| 19. Qual a renda aproximada mensal de sua família? | P19ARM __ __ __ __ |
| 19A) Em R\$ _____ | P19BRM __ __ |

19B) Em Salários Mínimos (SM):

- () 01. Menos de 1 S.M. () 02. De 1 a menos de 2 S.M.
() 03. De 2 a menos de 3 S.M. () 04. De 3 a menos de 5 S.M.
() 05. De 5 a menos de 10 S.M. () 06. De 10 a menos de 20 S.M.
() 07. De 20 a menos de 30 S.M. () 08. De 30 a menos de 40 S.M.
() 09. De 40 a menos de 50 S.M. () 10. Mais de 50 S.M. (99) NI

20. Quantas pessoas vivem com essa renda? ____ pessoas

20A) Renda per capita mensal (R\$): _____, _____

20B) Renda per capita mensal (SM): _____, _____

P20NPC [][]

P20APC

[][][][] , [][]

P20BPC [][] , [][][]

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

21. Antecedentes familiares: O sr(a) tem alguém na família que tem ou teve algumas dessas doenças:

- | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------|
| 21A) Dislipidemia | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21ADI [][] |
| 21B) Diabetes | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21BDM [][] |
| 21C) Obesidade | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21COB [][] |
| 21D) Hipertensão | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21DHA [][] |
| 21 E) Cardiopatias | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21ECD [][] |
| 21 F) Câncer | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21FCA [][] |
| 21G) Doenças congênitas | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21GDC [][] |
| 21H) Outros | 1= Sim 2= Não 9=NI | P21HOT [][] |

22. *Morbidade referida*: Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a). tem ou teve algumas dessas doenças? 9=NI (codificação: para todos)

- | | | |
|---|---------------|---------------|
| 22A) Dislipidemias (Colesterol / Triglicérides): | 1= Sim 2= Não | P22ADI [][] |
| 22B) Diabetes: | 1= Sim 2= Não | P22BDM [][] |
| 22C) Obesidade: | 1= Sim 2= Não | P22COB [][] |
| 22D) Hipertensão: | 1= Sim 2= Não | P22DHA [][] |
| 22E) Doença da coluna ou costas: | 1= Sim 2= Não | P22EDC [][] |
| 22F) Artrite/Reumatismo (não-infeccioso)/Gota: | 1= Sim 2= Não | P22FAR [][] |
| 22G) Tendinite/LER (Lesão de Esforço Repetitivo): | 1= Sim 2= Não | P22GTL [][] |
| 22H) Ataque do coração/Infarto: | 1= Sim 2= Não | P22HIN [][] |
| 22I) Angina ou doença das coronárias: | 1= Sim 2= Não | P22IAD [][] |
| 22J) Insuficiência cardíaca/Coração grande: | 1= Sim 2= Não | P22JIC [][] |
| 22K) Derrame cerebral: | 1= Sim 2= Não | P22KDE [][] |
| 22L) Depressão: | 1= Sim 2= Não | P22LDP [][] |
| 22M) Enfisema pulmonar: | 1= Sim 2= Não | P22MEN [][] |
| 22N) Bronquite crônica: | 1= Sim 2= Não | P22NBC [][] |
| 22O) Asma: | 1= Sim 2= Não | P22OAS [][] |
| 22P) Doença renal crônica: | 1= Sim 2= Não | P22PDR [][] |
| 22Q) Cirrose do fígado: | 1= Sim 2= Não | P22QCF [][] |
| 22R) Hepatite: | 1= Sim 2= Não | P22RHP [][] |
| 22S) Tuberculose: | 1= Sim 2= Não | P22STB [][] |
| 22T) Malária: | 1= Sim 2= Não | P22TMA [][] |
| 22U) Hanseníase: | 1= Sim 2= Não | P22UHS [][] |
| 22V) AIDS/SIDA: | 1= Sim 2= Não | P22VAI [][] |
| 22X) Câncer: | 1= Sim 2= Não | P22XCA [][] |

CLASSIFICAÇÃO DO HÁBITO TABAGÍSTICO

23. Com qual idade o(a) sr(a) começou a fumar ? ____ anos

P23IDA [][][]

24. Atualmente o(a) sr(a) fuma? 1=Sim 2=Não (passe p/ 30)

P24FUM |__|

Para os indivíduos fumantes (PERGUNTAS DE 25-31):

25. Há quanto tempo fuma?

25A) ____ anos

25B) ____ meses 99=NI 88=NSA

P25ATA |__|

P25ATM |__|

26. Qual o tipo de cigarro o(a) sr(a) fuma? (8=NSA 9=NI)

26A) Cigarro industrializado com filtro 1= Sim 2= Não

26B) Cigarro industrializado sem filtro (passe p/ baixo) 1= Sim 2= Não

Especifique: 26C) Cigarro de palha 1=Sim 2=Não

26D) Cigarro indiano, de Bali (cravo) 1=Sim 2=Não

P26ACF |__|

P26BCS |__|

P26CCP |__|

P26DCI |__|

27. Resultado do *Teste de Fagerström*: ____ : ____ 8=NSA 9=NI

P27RTF |__|

28. Quantos cigarros em média o(a) sr(a) fuma por dia?

P28ACD |__|

28A) ____ cigarros por dia

28B) ____ , ____ maços por dia 88=NSA 99=NI

P28BMD |__,|

29. O(a) sr(a) já tentou parar de fumar?

P29TPF |__|

1=Sim 2=Não (passe p/ 31) 8=NSA 9=NI

30. Quantas vezes tentou parar de fumar? **P/ TODOS FUMANTES OU NÃO**

P30QVT |__|

1= 1x 2= 2x 3= 3x 4=4x 5=5x 6= 6x ou mais 8=NSA 9=NI

31. Quais são os fatores causadores da vontade de fumar (APÓS VÁ P/ 41):

P31ACS |__|

31A) Comer ou substituição a alimentos 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

P31BEE |__|

31B) Estados emocionais negativos 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

31C) Bebidas alcoólicas 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

P31CBA |__|

31D) Convívio social 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

P31DCS |__|

31E) Uso do café 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

P31ETD |__|

31F) Emoções positivas 1= Sim 2= Não 9=NI 8=NSA

P31FEP |__|

Para os indivíduos fumantes abstêmios e ex-fumantes (PERGUNTAS 30-39):

P32ATA

32. Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?

32A) ____ anos

|__|

32B) ____ , ____ meses 88=NSA 99=NI

P32BTM

|__,|

33. Durante quanto tempo o(a) sr(a) fumou?

P33ATA

33A) ____ anos

|__|

33B) ____ meses 88=NSA 99=NI

P33BTM

|__|

34. Quando o(a) sr(a) fumava, quantos cigarros o(a) sr(a) fumava em média por dia?

P34ACD |__|

34A) ____ cigarros por dia

P34BMD |__,|

34B) ____ , ____ maços por dia 88=NSA 99=NI

35. Qual o método de parada utilizou? (Codificação: 8=NSA 9=NI)		P35AMA <input type="checkbox"/>
35A) Abrupto	1= Sim 2= Não	P35BMG <input type="checkbox"/>
35B) Gradual	1= Sim 2= Não (passe p/ 36)	P35CAD <input type="checkbox"/>
33C) Adiamento	1= Sim 2= Não	P35DRD <input type="checkbox"/>
33D) Redução	1= Sim 2= Não	
36. Você já teve alguma recaída ou lapso? 1= Sim 2= Não (passe p/ 38)		P36REC <input type="checkbox"/>
8=NSA 9=NI		P36ARL <input type="checkbox"/>
36A. Qual? 1=Recaída 2=Lapso 8=NSA 9=NI		
37. Quais os motivos para a recaída?		P37ASA <input type="checkbox"/>
37A) Sintomas da Síndrome da Abstinência	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37BFI <input type="checkbox"/>
37B) Fissura	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37CGP <input type="checkbox"/>
37C) Medo de ganho de peso	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37DBA <input type="checkbox"/>
37D) Consumo de bebida alcoólica	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37EFA <input type="checkbox"/>
37E) Falta de apoio em casa / trabalho	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37FDP <input type="checkbox"/>
37F) Depressão ou co-morbidades psiquiátricas	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	
38. Você já usou ou usa algum medicamento para deixar de fumar?		P38MED <input type="checkbox"/>
1= Sim 2= Não (passe p/ o próximo questionário) 8=NSA 9=NI		
39. Qual medicamento fez ou está fazendo uso?		P39AGM <input type="checkbox"/>
39A) Goma de mascar	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39BGM <input type="checkbox"/>
39B) Adesivo transdérmico	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39CBU <input type="checkbox"/>
39C) Bupropiona	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39DOU <input type="checkbox"/>
39D) Outros	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	

40. Horário do término ____ : ____

Avaliação do grau de dependência à nicotina – Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? ()	
Dentro de 5 minutos = 3	
Entre 6-30 minutos = 2	
Entre 31-60 minutos = 1	
Após 60 minutos = 0	
1. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus etc.? ()	
Sim = 1	
Não = 0	
2. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? ()	
O primeiro da manhã = 1	
Outros = 0	

3. Quantos cigarros você fuma por dia? ()
- Menos de 10 = 0
 - De 11 a 20 = 1
 - De 21 a 30 = 2
 - Mais de 31 = 3
4. Você fuma mais frequentemente pela manhã? ()
- Sim = 1
 - Não = 0
5. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? ()
- Sim = 1
 - Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0-2 pontos = muito baixo

3-4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6-7 pontos = elevado

8-10 pontos = muito elevado

Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (Síndrome de Abstinência) ao deixar de fumar.

Módulo: Atividade Física e Antropometria

As próximas perguntas são sobre as atividades físicas ou exercícios que o(a) Sr.(a) faz.

Atividade física é qualquer atividade ou movimento corporal realizado, que aumente a sua respiração, batimentos do coração ou faça o(a) Sr.(a) suar. Isso inclui as atividades realizadas no trabalho, por lazer, por esporte, para ir de um lugar a outro ou nas tarefas domésticas e no quintal. Para responder as perguntas, por favor, pense em todas as atividades que o(a) Sr.(a) faz por pelo menos 10 minutos seguidos de cada vez, sem parar, em uma semana COMUM, TÍPICA.

41. Em quantos dias de uma semana comum o(a) sr.(a) caminha por pelo menos 10 minutos seguidos em casa, no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer ou como forma de exercício?

___ Dia(s) na semana 0 = Nenhum (passe p/ 43) 9 = NI (passe p/ 43)

P41QDC

42. Nos dias em que o(a) sr.(a) caminha, por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo no total o(a) sr.(a) gasta caminhando?

___:___ Horas e minutos por dia 8888=NSA

P42QTC

Para responder as próximas perguntas, pense que:

· ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) respirar UM POUCO mais forte do que o normal e o coração bater UM POUCO mais rápido.

· ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um GRANDE esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) respirar MUITO mais forte do que o normal e o coração bater MUITO mais rápido.

43. (Além da caminhada,) o(a) sr.(a) faz atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos seguidos, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente moderadamente a sua respiração ou batimentos do coração?

1=Sim 2=Não (passe p/ 46) 9=NI (passe 46)

P43FAM

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos: Alguns exemplos de atividades moderadas são: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa ou no quintal, como varrer, aspirar, cuidar do jardim ou trabalhos como soldar, operar máquinas, empilhar caixas etc.

44. Em quantos dias de uma semana comum, o(a) sr.(a) faz essas atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos seguidos?

___ Dia(s) na semana 8=NSA 9 = NI (passe p/ 46)

P44QAM

45. Nos dias em que o(a) sr (a) faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo ao todo, o(a) sr.(a) gasta fazendo essas atividades?

___:___ Horas e minutos por dia 8888=NSA

P45TAM

46. (Além da caminhada,) o(a) sr.(a) faz atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos seguidos, no trabalho, por lazer, por esporte, como forma de exercício, como parte das suas atividades dentro de casa, no quintal ou qualquer outra atividade que aumente muito sua respiração ou batimentos do coração?

1=Sim 2=Não (passe para Antropometria) 9=NI

P46FAV

Entrevistador: Caso seja necessário cite os exemplos. Alguns exemplos de atividade vigorosa são: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados na casa, no quintal, carregar grandes pesos ou trabalhos como usar enxada, britadeira, marreta etc.

47. Em quantos dias de uma semana comum, o(a) sr.(a) faz essas atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos seguidos?

___ Dia(s) na semana 9=NI 8=NSA

P47QAV

Módulo: Atividade Física e Antropometria

48. Nos dias em que o(a) sr (a) faz essas atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos seguidos, quanto tempo ao todo, o(a) sr.(a) gasta fazendo essas atividades?

____:____ Horas e minutos por dia 8888=NSA

P48TAV _____

VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

49. Vamos verificar o seu Peso atual? _____, _____ Kg

P59AT _____

50. Qual é o seu Peso usual? _____, _____ Kg

P50PUS _____

51. Calcular o Peso ideal: _____, _____ Kg

P51PID _____

52. Teve ganho de peso nos último 6m?

P52GP _____

Sim = 1 Não = 2 (passe p/ 54)

53. Quanto ganhou de peso? _____, _____ Kg 888=NSA 999=NI

P53QGP _____

54. Apresentou perda de peso nos últimos 6m?

P54PP _____

Sim = 1 Não = 2 (passe p/ 56) 8=NSA 9=NI

55. Quanto perdeu de peso? _____, _____ Kg 888=NSA 999=NI

P55QPP _____

56. Vamos medir a sua Altura? _____, _____ m

P56ALT _____

57. Calcular o IMC: _____, _____ Kg/m²

P57IMC _____

58. Vamos medir sua Circunferência braquial: _____ mm

P58CB _____

59. Vamos verificar a sua DCT? _____ mm (Valores: _____ + _____ + _____)

P59DCT _____

60. Calcular a Circunferência muscular braquial: _____ mm

P60CMB _____

61. Vamos medir a sua Circunferência da cintura: _____, _____ cm

P61CC _____

62. Vamos medir sua Circunferência abdominal? _____, _____ cm

P62CA _____

63. Vamos medir sua Circunferência do quadril? (só para mulheres)

P63CQ _____

_____, _____ cm

64. Vamos medir sua Circunferência do pescoço? _____, _____ cm

P64CP _____

65. Calcular a Porcentagem de gordura corporal: _____, _____ %

P65GC _____

Horário do término _____: _____

66. Duração _____ min

P66DU _____

VARIÁVEIS DIETÉTICAS (Preenchimento dependente do questionário de frequência)

67. Necessidade energética: _____ kcal

68. Ingestão habitual: _____ kcal

Macronutrientes

69. Glicídios: _____ g _____ %

70. Fibras: _____ g

71. Lipídios: _____ g _____ %

72. Proteínas: _____ g _____ %

Micronutrientes

73. Sódio: _____ mg

74. Cálcio: _____ mg

75. Vitamina C: _____ mg

76. Vitamina A: _____ mg

77. Colesterol Dietético: _____ mg

APÊNDICE D

Manual do entrevistador; Programação do treinamento; Apresentação do treinamento.

Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFG/UFMS)

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO ENTREVISTADOR

1 - APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

A realização desta pesquisa visa analisar o consumo alimentar, o estado nutricional, o nível de atividade física e o consumo de álcool dos participantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no ano de 2006.

2 - POSTURA DO ENTREVISTADOR

2.1 - Principais características do entrevistador:

- Honestidade
- Sinceridade
- Simpatia e acessibilidade
- Discrição / reserva
- Atenção
- Precisão e perspicácia
- Clareza
- Espírito de equipe
- Pontualidade e compromisso
- Aparência pessoal

A honestidade e a sinceridade são fundamentais para que os resultados da pesquisa se aproximem ao máximo da realidade. O entrevistador nunca deverá omitir dados ou informações, investigar ou criar respostas, ou pensar *eu acho* em lugar de *o treinamento diz assim*.

O entrevistador deve ser cordial e acessível, informando ao entrevistado os objetivos e utilidade do trabalho. Importante é mostrar autoridade sem demonstrar prepotência.

A discrição é imprescindível, e toda e qualquer informação obtida não deve ser revelada a outrem.

Atenção, precisão, perspicácia e clareza não podem, ser esquecidos para a correção no preenchimento dos questionários, essencial para a análise fidedigna dos dados levantados.

O espírito de equipe, pontualidade, boa aparência (não usar roupas de comprimento curto e usar jalecos/ sem adornos / cabelos presos / tênis ou sapato fechado e confortável), e compromisso caracterizam um bom entrevistador, pois sem essas características não há garantias que as dificuldades encontradas venham a ser suplantadas, bem como que o cronograma seja cumprido.

2.2 – Recomendações

O entrevistador deverá seguir os critérios e instruções estabelecidos neste manual, pois o êxito da pesquisa está diretamente ligado a sua ação consciente e correta, visto que as informações coletadas não são passíveis de correção nas fases subseqüentes:

- 3.2.1-As dúvidas surgidas após a leitura das instruções e/ou após o treinamento ministrado, deverão ser encaminhadas ao(s) coordenador(es).
- 3.2.2- O entrevistador não deverá induzir respostas.
- 3.2.3- Deve-se certificar de que a pessoa entrevistada entendeu o objetivo da pesquisa.
- 3.2.4- Os questionários devem ser preenchidos completa e corretamente.
- 3.2.5- Deve-se manter sigilo absoluto quanto às respostas.
- 3.2.6- Deve esgotar todas as perguntas, sem demonstrar pressa e ser persistente, sem tornar-se inconveniente, revelando firmeza e segurança.
- 3.2.7- Não deixar nenhuma questão em branco.
- 3.2.8- Marcar as respostas imediatamente, ou seja, não deixar para depois da entrevista.

3 - ORIENTAÇÕES GERAIS

3.1 - Critérios de seleção da amostra (quem será entrevistado):

- 3.1.1 – Paciente tabagista cadastrado no PMCT.
- 3.1.2 – Paciente que esteja participando ativamente das reuniões do grupo
- 3.1.3 – Entrevistar todos os (as) pacientes presentes no grupo que quiserem participar, e aqueles ex-fumantes, que não estão mais no grupo, mas são acompanhados na unidade de saúde.

3.2 - Critérios de exclusão da amostra:

- 3.2.1-Indivíduos com idade inferior a 18 anos.
- 3.2.2- Pacientes com problemas psiquiátricos.
- 3.2.3- Pacientes que estejam hospitalizados.
- 3.3.4-Pacientes gestantes.

4 - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

INFORMAÇÕES GERAIS

- Não saia do campo com dúvidas.

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

- Ao chegar no grupo de pacientes na UABS para a realização da entrevista obedeça os seguintes passos:

Passo 1: Procure o coordenador do grupo e se identifique apresentando o crachá;

Passo 2: Pegue e confira antes todo o material necessário para realização da entrevista (questionário de entrevista, lápis, borracha, prancheta, fita métrica, balança, estadiômetro, adipômetro, calculadora, relógio e outros);

Passo 3: Aguarde a reunião do grupo encerrar, e informe que após a reunião as entrevistas serão realizadas.

Passo 4: Comece a entrevista.

5 – ABORDAGEM

5.1 - Procedimento para a apresentação ao entrevistado(a):

“Bom dia ou boa tarde, meu nome é _____ (exibir o crachá de identificação), sou aluno(a) do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Goiás. Estamos fazendo uma pesquisa sobre Perfil de consumo alimentar, estado nutricional, nível de atividade física e consumo de álcool. Gostaria de saber se o(a) senhor(a) poderia participar”.

5.3 - Ler a carta de informação ao paciente e o termo de consentimento.

5.4 - Coletar assinatura nas três cópias dos documentos e entregar uma via da carta de informação ao entrevistado.

5.5 - Em caso afirmativo seguir a próxima instrução, caso contrário agradecer, despedir e anotar no caderno ata de recusa: nome do(a) paciente, os motivos da recusa e nome do entrevistador.

5.6 - Ao começar a entrevista:

- Os questionários deverão ser preenchidos, com letras e sinais claros e sem rasuras. Falhas ou inexatidão podem invalidar o instrumento.
- Não altere as informações por conta própria, mesmo que lhe pareçam inexatas, procure obter dados exatos.
- Quando houver resistência do (a) entrevistado (a) com receio de comprometimento, é importante destacar os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do sigilo das informações e o fato de que para a pesquisa, o que importa é o conjunto de dados e não as informações individuais.
- Qualquer informação suplementar importante anote-a, no final do questionário, em observações, ou no local indicado no questionário, específico da questão.
- Repasse para algum supervisor ou coordenador a dúvida ou informação importante que considerar necessária ser discutida.
- Os questionários preenchidos deverão ser entregues no mesmo dia ou um dia após a realização da entrevista aos coordenadores da pesquisa e **assinar a ata de controle de entrega dos questionários.**

5.7 - Ao final da entrevista:

- Não esquecer de codificar todas as repostas das questões, conforme as repostas obtidas.
- Ao codificar uma questão, cujas repostas foram puladas em função da própria orientação da questão, lembrar de marcar o item **NÃO SE APLICA (NSA)**;
- A condição de **NÃO** para a codificação será marcada quando o (a) entrevistado (a) não referir o item correspondente;
- A condição de **NÃO INFORMADO (NI)** para a codificação será marcada somente em situações que o entrevistador esquecer de fazer a pergunta a entrevistada ou não marcar imediatamente a resposta recebida. Ou se o entrevistado não quis responder.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

1. Anotar o número do questionário, preenchendo com três dígitos os espaços.
2. Anotar o número de identificação do(a) paciente pela ordem de classificação no caderno de controle.
3. Anotar o nome da UABS, e posteriormente codificar de acordo com a lista de classificação no caderno de controle.
4. Anotar a data de realização da entrevista, colocando dois dígitos para dia e mês e quatro dígitos para o ano.
5. Anotar o nome do entrevistador com seu respectivo número com dois dígitos.
6. Anotar a fase do tratamento em que o(a) entrevistado se encontra, de acordo com a classificação: 1=fumante; 2= fumante-abstêmio; 3=ex-fumante.
7. Anotar o horário de início da entrevista, sendo dois dígitos para hora e minuto.

IDENTIFICAÇÃO

8. Nome do(a) entrevistado(a): escrever o nome completo.

9. Registre, conforme o sexo da pessoa: 1=Masculino e 2=Feminino (Não precisa perguntar), com um dígito.

10. Data de Nascimento: anotar a data correspondente ao seu nascimento, sendo dois dígitos para dia e mês e quatro dígitos para o ano.

11. Idade: Anotar a idade do(a) entrevistado(a) em anos completos no momento da entrevista.

12. Estado civil (Ministério da Saúde, 2005): assinalar com um X na casela, conforme a resposta do(a) entrevistado(a).

Neste quesito estamos interessados em conhecer a situação conjugal do(a) entrevistado(a) que pode ou não ser a mesma que o estado civil da pessoa no dia da entrevista. Assim, um homem viúvo que esteja atualmente vivendo com uma mulher, para efeitos da pesquisa, deverá ser considerado casado/união consensual.

Registre, conforme a situação conjugal da pessoa no dia da entrevista, o código correspondente:

1. **Casado(a)/União Consensual:** quando a pessoa vive conjugalmente com outra pessoa (homem ou mulher), com quem é casado(a) no civil ou religioso, somente no civil ou somente no religioso; ou quando a pessoa vive em companhia de cônjuge com quem não casou no civil ou religioso;
2. **Divorciado/Desquitado/Separado(a):** quando a pessoa tiver o estado conjugal de divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a), homologado por decisão judicial ou não;
3. **Solteiro(a):** quando a pessoa declarar que não vive em companhia de cônjuge, companheiro(a) ou parceiro(a);
4. **Viúvo(a):** para a pessoa cujo cônjuge tenha falecido.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR, CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

13. Endereço atual e ponto de referência: anotar o endereço completo e pedir ponto de referência, perto de quê está situada a casa, bem como anotar o número de telefone de contato.

14. Perguntar o entrevistado(a) se **hoje** ele(a) estuda e assinalar com um X a casela correspondente. Caso seja sim, passar para questão 15; e caso seja não, passar para questão 16.

15. Perguntar a série que está cursando anotar com dois dígitos, e o grau com dois dígitos, de acordo com a resposta do(a) informante, obedecendo à codificação (procure saber se a pessoa é estudante do ensino regular atualmente em vigor e, em caso afirmativo, qual é a série mais elevada que o(a) entrevistado(a) concluiu com aprovação, e o grau correspondente registrando o número da série ou do período, com dois algarismos e o grau correspondente, também com dois algarismos; como por exemplo: 6ª série do Ensino Fundamental, registrar: 0 6 (série) 0 3 (grau). Quando a pessoa nunca estudou na vida, registre o código 00 (nenhum) para série e grau:

00. Nenhum – quando a pessoa não concluiu nenhum curso de nível elementar ou é analfabeta.

01. Alfabetização de adultos – quando o nível mais elevado que a pessoa cursou foi o de alfabetização de adultos (através do MOBREAL ou outros patrocinados pelo governo ou entidades privadas).

02. Antigo primário/Elementar – quando o nível mais elevado que a pessoa cursou foi o elementar (primário).

33. Antigo ginásio – quando o nível de grau mais elevado que a pessoa cursou foi o antigo ginásio.

03. 1º grau/Ensino Fundamental – quando o nível mais elevado que a pessoa cursou foi o 1º grau ou ensino fundamental.

04. Antigo clássico/Normal/Científico/2º grau/Ensino médio – quando o nível de grau mais elevado que a pessoa cursou foi o antigo clássico ou normal ou científico ou 2º grau ou ensino médio.

05. Superior incompleto – quando o nível de grau mais elevado que a pessoa cursou foi o superior/graduação (3º grau) sem ter concluído.

06. Superior completo – quando o nível de grau mais elevado que a pessoa cursou foi o superior/graduação (3º grau) completo ou especialização ou mestrado ou doutorado.

07. Educação infantil – engloba creche, pré-escola e classe de alfabetização (C.A.).

17. No momento trabalha: perguntar o(a) entrevistado(a) se **“hoje”** ele(a) está trabalhando e assinalar com um X a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 19. Se sim, ir para questão 18.

18. Perguntar o tipo trabalho (ocupação) que faz e assinalar com um X a casela correspondente, de acordo com a classificação determinada (IBGE, 2002):

1. Empregador(a): Pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento tendo pelo menos um empregado e contando, ou não, com ajuda de trabalhador não remunerado.

2. Empregado(a): Pessoa que trabalha para um empregador, geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida em remuneração em dinheiro ou benefícios (ex.: empregada doméstica, professor(a), vendedor(a), balconista, cozinheiro(a), etc)

3. Autônomo(a): Pessoa que trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócios sem ter empregado e contando, ou não com ajuda de trabalhador não remunerado.

4. Dona (o) de casa/do lar: É considerado trabalho para as variáveis do interesse da pesquisa, é aquela pessoa que trabalha em serviços domésticos dentro de sua própria casa.

19. Renda mensal: perguntar o(a) entrevistado(a) quanto cada pessoa recebeu no mês passado (Trabalhos, outros benefícios como aposentadoria, bolsa família, seguro desemprego, pensão, patrocínio, outros). Em seguida anotar (19A) o total dos rendimentos em reais (R\$) e (19B) em salários mínimos (SM), marcar a casela correspondente. ANOTAR O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO ATUAL = R\$ 350,00.

20. Perguntar o(a) entrevistado(a) quantas pessoas vivem com essa renda: Anotar o número de pessoas com o qual a renda é dividida, incluir crianças, adultos, idosos, adultos que não trabalham, outras pessoas que não moram na casa, mas são sustentadas por esse dinheiro.

A) Calcular e anotar a renda per capita em R\$. (Renda total ÷ no de pessoas)

B) Calcular e anotar a renda per capita em SM. (Valor obtido no item anterior ÷ salário mínimo)

Renda per capita: renda calculada sobre o total da renda do mês anterior daqueles que contribuíram para o orçamento familiar dividida pelo total de pessoas que dividem a renda.

ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS

21. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se tem alguém na família (parentesco de 1º e 2º graus) que tem ou teve algum tipo de doença conforme a lista impressa, ler cada item, e marcar cada casela conforme resposta obtida, e explicar conforme descrito a seguir, para que o(a) entrevistado(a) possa compreender melhor o que está sendo perguntado.

Dislipidemia: aumento da taxa de colesterol e triglicérides (gordura que vem do metabolismo dos açúcares) no sangue.

Diabetes: aumento da taxa de açúcar no sangue.

Obesidade: excesso de peso

Hipertensão: pressão alta

Cardiopatias: doenças do coração

Câncer: doença grave que precisa de fazer radioterapia, quimioterapia ou cirurgia

Doenças congênitas: doenças em que as pessoas já nascem com elas

22. Perguntar ao entrevistado se “Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem ou teve alguma das doenças conforme a lista impressa, ler cada item, e marcar cada casela conforme resposta obtida, e explicar conforme descrito a seguir, para que o entrevistado possa compreender melhor o que está sendo perguntado.

Dislipidemia, Diabetes, Obesidade, Hipertensão, Cardiopatias, Câncer: conforme descrito na questão 21.

Doença da coluna ou costas: ler como está escrito

Artrite/Reumatismo: doença que afeta as articulações

Tendinite/LER: inflamação que acontece nos tendões

Ataque do coração/Infarto: ler como está escrito

Angina ou doença das coronárias: dor no centro do peito por falta de oxigênio por estreitamento das artérias do coração

Insuficiência cardíaca/Coração grande: ler como está escrito

Derrame cerebral: ler como está escrito

Depressão: uma doença "do organismo como um todo", que compromete o físico e o humor

Enfisema pulmonar: doença crônica do pulmão

Bronquite crônica: inflamação dos brônquios do pulmão

Asma: doença que provoca crises de falta de ar

Doença renal crônica: doença grave dos rins, que muitas vezes precisa de hemodiálise

Cirrose do fígado: ler como está escrito

Hepatite: doença do fígado provocada por vírus

Tuberculose: doença contagiosa provocada por bactéria que ataca o pulmão

Malária: doença transmitida por mosquito, em regiões úmidas

Hanseníase: doença conhecida antigamente como lepra

AIDS/SIDA: ler como está escrito

CLASSIFICAÇÃO DO HÁBITO TABAGÍSTICO

23. Perguntar com qual idade começou a fumar, anotar com dois dígitos em anos.

24. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se atualmente ele(a) está fumando, marcar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 32. Se sim, ir para a questão 25.

As questões de 25 a 31 são somente para aquelas pessoas que estiverem **fumando atualmente**, que não conseguiu parar de fumar ainda:

25. Perguntar há quanto tempo fuma, anotar com dois dígitos os anos e os meses.

26. Perguntar qual o tipo de cigarro fuma, marcar a casela correspondente. Se for marcada letra B) Cigarro industrializado sem filtro, especificar conforme descrito, cigarro de palha ou cigarro indiano.

27. Aplicar o Teste de Fagerström (Apêndice C) e anotar o resultado.

28. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quantos cigarros fuma em média por dia, anotar com dois dígitos o número de cigarros e em maços por dia.

29. Perguntar se o(a) entrevistado(a) já tentou parar de fumar, e marcar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 31. Se sim, ir para a questão 30.

30. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quantas vezes já tentou parar de fumar, e marcar a casela correspondente.

31. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quais os fatores **causadores da vontade de fumar**, aguardar a resposta e anotar conforme lista impressa, de acordo com a resposta obtida a casela correspondente. Alguns exemplos que podem ser citados em cada caso:

Comer ou substituição a alimentos: quando come algum alimento e lembra do cigarro, ou quando substitui o cigarro por algum alimento para não engordar

Estados emocionais negativos: tédio, tristeza, depressão, notícias ruins, morte de conhecidos, estresse

Uso de bebidas alcoólicas: quando está no bar ou em casa

Convívio social: reunião com amigos, o trabalho, festas, aniversários

Uso do café: quando toma café, antes, durante ou depois de tomar café

Emoções positivas: situações alegres como nascimento de alguém na família, tirar férias, passear, satisfação sexual (o cigarro acentua os sentimentos positivos)

As questões de 32 a 37 são somente para aquelas pessoas que **não estão fumando atualmente**, ou seja, os **ex-fumantes** (que deixou de fumar há mais de 1 ano) ou os **fumantes abstêmios** que pararam de fumar em período menor que 1 ano.

32. Perguntar para o(a) entrevistado(a) há quanto tempo parou de fumar, anotar com dois dígitos os anos e os meses.

33. Perguntar o(a) entrevistado(a) durante quanto tempo fumou, anotar com dois dígitos os anos e os meses.

34. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se quando fumava, quantos cigarros fumava em média por dia, anotar com dois dígitos o número de cigarros e em maços por dia.

35. Perguntar para o(a) entrevistado(a) qual o método de parada utilizou, e marcar a casela correspondente. Se marcar a letra B) Gradual, identificar qual o tipo, de adiamento ou redução, conforme descrição a seguir (Ministério da Saúde, 2001):

- **Abrupto**: o fumante para de fumar de uma vez, no dia em que marcou, não fuma nenhum cigarro. É quando se pára de uma hora para outra, cessando totalmente o uso do cigarro.

- **Gradual** (adiamento ou redução): Deixar de fumar utilizando uma estratégia gradual, não deve gastar mais do que duas semanas.
- Gradual (**Redução**): a cada dia vai reduzindo o número de cigarros fumados , até parar, conforme exemplo abaixo.
- Gradual (**Adiamento**): a cada dia vai atrasando o horário de fumar o primeiro cigarro, até parar, conforme exemplo abaixo.

REDUÇÃO		ADIAMENTO	
FUMANTE DE 30 CIGARROS		1º DIA	1º CIGARRO ÀS 9h00
1º DIA	25	2º DIA	1º CIGARRO ÀS 11h00
2º DIA	20	3º DIA	1º CIGARRO ÀS 13h00
3º DIA	15	4º DIA	1º CIGARRO ÀS 15h00
4º DIA	10	5º DIA	1º CIGARRO ÀS 17h00
5º DIA	5	6º DIA	1º CIGARRO ÀS 19h00
6º DIA	0	7º DIA	NENHUM CIGARRO

36. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se ele(a) já teve alguma **recaída** (quando o fumante parou de fumar, e voltou a fumar), marcar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 38. Se sim, ir para a questão 37.

37. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quais os fatores **os motivos para a recaída**, aguardar a resposta e anotar conforme lista impressa, de acordo com a resposta obtida a casela correspondente. Veja abaixo os exemplos de cada caso:

Sintomas da Síndrome de Abstinência: sintomas que podem ou não acontecer pois está relacionado à dependência química da nicotina. A maioria dos sintomas desaparecem dentro de 1 a 2 semanas, tais como: ansiedade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão, formigamento ou dormência nas pernas e braços, confusão, tonturas, dores de cabeça, insônia, desconforto abdominal, tosses intensas.

Fissura: muito comum de acontecer, é o desejo **intenso** por cigarros que dura aproximadamente 5 minutos e poderá desaparecer completamente em cerca de duas semanas.

Medo de ganho de peso: a preocupação com o ganho de peso pode inibir as tentativas de parar de fumar, principalmente em mulheres.

38. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se já usou ou usa algum medicamento para deixar de fumar, marcar a casela correspondente. Caso seja não, ir para o próximo questionário (atividade física). Se sim, ir para a questão 39.

39. Perguntar para o(a) entrevistado(a) qual o medicamento fez ou está fazendo uso, aguardar a resposta e anotar conforme lista impressa, de acordo com a resposta obtida a casela correspondente.

40. Anotar o horário de término da entrevista, sendo dois dígitos para hora e minuto.

ATIVIDADE FÍSICA

Atividade física é conceituada como qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético, que altere a respiração, batimentos do coração ou suor. A atividade física inclui atividades realizadas no trabalho, no lazer, no esporte, além do exercício, da ginástica e o ir e vir de um lugar para o outro. Para trazer benefícios para a saúde, a atividade pode ser moderada ou vigorosa, mas deve ser realizada por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez, por isto só estaremos interessados em atividades que são realizadas à partir de 10 minutos.

Para classificação do nível de atividade física será utilizado a padronização utilizada no material elaborado pelo MS/INCA (2004), conforme proposto no consenso obtido entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o Center for Disease Control and Prevention (CDC) em 2002 (ANEXO 03).

Definições e Padrões (INCA, 2004):

Quanto à intensidade, excluindo a caminhada, a atividade física pode ser:

Moderada - é aquela que precisa de algum esforço físico, o indivíduo respira um pouco mais forte do que o normal, e o coração bate um pouco mais rápido.

Vigorosa - exige um grande esforço físico, faz o indivíduo respirar muito mais forte do que o normal, e o coração bater muito mais rápido.

Considerando os critérios de frequência, duração e tipo de atividade física (caminhada, moderada, vigorosa), os indivíduos serão classificados em:

Muito ativos são os que realizam atividade vigorosa em cinco ou mais dias da semana em sessões com duração de 30 minutos ou mais; ou atividades vigorosas em três dias ou mais por semana, em sessões de 20 minutos ou mais acrescidas de atividades moderadas e/ou caminhadas em cinco dias ou mais por semana, por 30 minutos ou mais por sessão.

Ativos são os que realizam atividade vigorosa em três dias ou mais por semana com duração de 20 minutos ou mais por sessão; ou atividade moderada ou caminhada em cinco dias ou mais por semana de 30 minutos ou mais por sessão; ou qualquer atividade somada (caminhada, moderada ou vigorosa) que resulte numa frequência igual ou maior que cinco dias por semana e com duração igual ou maior que 150 minutos por semana.

Irregularmente ativos realizam algum tipo de atividade física, mas não cumprem as recomendações quanto à frequência ou duração. Para esta classificação somam-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade. Este grupo se subdivide em :

Irregularmente ativos A os que atingem pelo menos uma dos critérios da recomendação: frequência - cinco dias na semana ou - duração 150 minutos por semana.

Irregularmente ativos B aqueles que não atingiram nenhum dos critérios da recomendação (frequência ou duração)

Sedentários indivíduos que não realizam atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos por semana.

Serão considerados fatores de risco aqueles classificados como sedentários e irregularmente ativos formando o grupo dos insuficientemente ativos.

41- Registre na casela com um dígito, o número de dias da semana em que a pessoa caminha por pelo menos 10 minutos contínuos como forma de transporte, por lazer ou com forma de exercício. Quando o(a) entrevistado(a) referir não realizar nenhum tipo de atividade leve ou não informar, passar para a questão 43. Se a resposta for sim, passe para a questão 42.

42 - Registre na casela o número de horas e/ou minutos que a pessoa gasta, em média, nos dias em que caminha. Este quesito informa quanto a padrões de atividade física e por isso só devem responder pessoas que realizam atividades por pelo menos 10 minutos seguidos, em 1 dia ou mais por semana.

43- É importante incluir todas as atividades moderadas, exceto caminhadas (perguntada nos quesitos 41 e 42), realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos com frequência de pelo menos 1 vez por semana. Quando o(a) entrevistado(a) referir não realizar nenhum tipo de atividade moderada ou não informar, passar para a questão 46. Se a resposta for sim, passe para a questão 44. Lembrar se o(a) entrevistado(a) não referir anteriormente fazer caminhada, não ler a frase que está entre parênteses, no início da pergunta.

- 44- Esta informação auxilia na classificação do indivíduo quanto aos padrões de atividade física em uma semana normal, típica, habitual por pelo menos 10 minutos contínuos.
- 45- Cuidado para não registrar a soma de todos os dias juntos, registre o número de horas e/ou minutos que a pessoa gasta, em média em atividades moderadas em 1 dia ou mais por semana.
- 46- Lembrar que frequência inferior a 1 vez por semana assinalar a opção NÃO. O melhor parâmetro para identificar as atividades vigorosas são as alterações na respiração e nos batimentos cardíacos. Se o(a) entrevistado(a) responder **não** ou não informar, passar para a parte de ANTROPOMETRIA. Lembrar se o(a) entrevistado(a) não referir anteriormente fazer caminhada, não ler a frase que está entre parênteses, no início da pergunta.
- 47- Avaliar a frequência que o informante realiza atividades vigorosas, em uma semana comum registre a resposta da mesma forma que a questão 44.
- 48- Responder como respondeu a questão 42.

ANTROPOMETRIA

As medidas antropométricas, apesar de simples são passíveis de erro, por isso necessitam que os critérios de padronização sejam rigorosamente seguidos para que se consiga fidedignidade dos dados. Por isso algumas orientações devem ser seguidas:

- Ajustar os equipamentos antes de iniciar as medições
- Verificar sistematicamente os erros de leitura e registro de dados
- Observar se não há defeitos ou inclinação do piso no local de colocação da balança
- Verificar se a parede é bem plana e se na base não há rodapé, para permitir a fixação da fita
- Ter cuidado ao registrar as medidas escrevendo dados legíveis preenchendo todos os espaços e logo após cada medição.

49. Verificar o *Peso atual (Kg)*: os entrevistados serão pesados em balança eletrônica digital portátil marca Kratos com capacidade para 150 Kg e precisão de 50g, a qual será calibrada pelo INMETRO. O indivíduo estará se colocando de pé, no centro da plataforma, com os pés paralelos, os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça ereta, olhando para frente (Monego *et al.*, 2003).

50. Perguntar o *Peso usual (Kg)*: obtido através da entrevista o qual é referido pelo informante, para avaliar se teve alteração recente de peso, nos últimos 6 meses.

51. Calcular o *Peso ideal / teórico / desejável (Kg)*: obtido através de cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) ideal, ou seja, dentro dos limites da normalidade ou eutrofia nutricional. Onde o valor do IMC médio de referência para mulheres é 21 e para os homens 22, segundo West (1980). **Na hora da codificação.**

52. Perguntar se o(a) entrevistado(a) teve ou apresentou ganho de peso nos últimos seis meses, anotar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 54. Se sim, ir para questão 53.

53. Anotar em quilogramas, a quantidade do peso que ganhou nos últimos seis meses, com três dígitos.

54. Perguntar se o(a) entrevistado(a) teve ou apresentou perda de peso nos últimos seis meses, anotar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 56. Se sim, ir para questão 55.

55. Anotar em quilogramas, a quantidade do peso que perdeu nos últimos seis meses, com três dígitos.

56. *Medir a Altura (m)*: será registrada em metros e obtida com Fita Métrica, onde deverá fixar a fita invertida (o zero é para baixo) a 50 cm do solo, situando o indivíduo no centro da fita métrica, orientando a juntar os calcanhares, mantendo as pernas e costas eretas, e braços ao longo do corpo, com calcanhares e nádegas levemente encostados à parede e olhando um ponto imaginário à sua frente (Monego *et al.*, 2003).

57. Calcular o *Índice de Massa Corporal (IMC)*: É calculado através da divisão do peso(kg) pela altura ao quadrado (m^2). Será utilizado para identificar o estado nutricional pela relação entre peso e estatura. **Logo após terminar de aferir todas as medidas**, ao final da entrevista. Se o(a) entrevistado(a) tiver interesse em saber qual foi o resultado da avaliação informá-lo(a) a classificação do IMC e CC, conforme registrados nas tabelas de referências.

58. Medir a *Circunferência Braquial – CB (cm)*: Para sua verificação, inicialmente deve ser marcado o ponto médio do braço. Para localizar o ponto médio do braço dobrado em ângulo reto e colocado à altura do abdome com a palma da mão voltada para cima. O medidor então localiza o ponto mais distal

do processo acromial e o olecrânio no cotovelo e com uma fita métrica inextensível identifica o ponto médio entre estes dois pontos (Monego et al.).

O indivíduo deve estar de pé, com o braço direito solto e relaxado. Toda a área do braço deve estar exposta. Se o indivíduo estiver vestindo roupa com manga, esta deve ser suspensa ou a roupa retirada. Marcar com uma caneta o local do ponto médio. O entrevistador deverá utilizar fita métrica, e então fazer a medida da circunferência do braço em cima do ponto marcado, sem compressão da fita métrica. A leitura deverá ser registrada em centímetros e milímetros.

59. Medir a *Dobra Cutânea Tricipital (DCT)*: Para sua medida o indivíduo deve estar em pé, com o braço direito solto e relaxado. Com uma fita métrica, medir o comprimento entre o processo acromial da escápula e o olecrânio, marcando o ponto médio. Aproximadamente 2 cm acima deste ponto, pinçar a pele sobre o tríceps entre o polegar e o indicador. Puxar a pele ligeiramente, afastando-a do músculo. Suavemente pinçar a pele no ponto marcado entre as extremidades do adipômetro, enquanto se mantém a dobra cutânea tracionada. Não aplicar pressão excessiva ou demorar na leitura. A leitura é feita com aproximação de 1mm, dois a três segundos após o alinhamento do ponteiro do relógio. Três leituras deverão ser registradas em milímetros, e a sua média aritmética corresponde à medida final (Monego et al., 2003).

60. Calcular a *Circunferência Muscular do Braço ou Braquial (CMB)*: O método usado para avaliar este compartimento é a CMB encontrada a partir da utilização da fórmula descrita abaixo. **Somente na hora da codificação do questionário.**

$$\text{CMB} = \text{CB} - 3,14 \times \text{DCT}$$

CB- Circunferência do Braço ou Braquial (em mm)

DCT- Dobra Cutânea Tricipital (em mm)

61. Medir a *Circunferência da Cintura – CC (cm)*: será verificada esta circunferência, pois se relaciona com as doenças cardiovasculares, e alguns fatores de risco. Para sua medida o indivíduo deve estar de pé, ereto, com o abdome relaxado ao final da expiração normal e com os braços soltos ao longo do corpo e preferencialmente sem roupas na região a ser medida (é permitido apenas roupa íntima ou roupas com pequeno volume).

Será determinada com uma fita métrica colocada sem fazer pressão, em plano horizontal ao nível da cintura natural. Quando for difícil identificar a cintura natural, a medida deverá ser realizada na menor circunferência entre a porção inferior da última costela e a crista ilíaca (Monego et al., 2003).

62. Medir a Circunferência do abdômem (CAB). Para a coleta da **circunferência do abdômen**(cm) o avaliado deverá estar em posição ortostática, então deve-se passar a fita métrica num plano horizontal, sobre a cicatriz umbilical, não dando pressão excessiva na fita e nem deixando-a frouxa e não esquecer o dedo entre a fita e a pele.

63. Medir a Circunferência do Quadril (CQ). A técnica de coleta da **circunferência do quadril**(cm) necessita também que o paciente esteja em posição ortostática, com os braços levemente afastados, pés juntos e glúteos contidos, colocar a fita num plano horizontal, no ponto de maior massa. As medidas devem ser tomadas lateralmente. **Medida realizada somente nas mulheres.**

64. Medir a Circunferência do Pescoço (CP). Na **circunferência do pescoço**(cm) a fita deve ser passada logo abaixo da epiglote seguindo as mesmas recomendações da circunferência do abdômen (Fernandes Filho, 2003). Lembrando que a medida é tomada lateralmente.

65. Calcular a porcentagem de gordura corporal (na **hora da codificação do questionário**). *Cálculo do percentual de gordura*: para este cálculo será utilizado o "Protocolo do Percentual de Gordura Corporal (G%) através das Medidas de Circunferências Dotson e Davis (1991), adaptado por Torres (1998) *apud* Fernandes Filho (2003).

Esse método utiliza as circunferências do abdômen e do pescoço para homens, e do quadril, do abdômen e do pescoço para mulheres. O G% é calculado através de tabelas de conversão, partindo-se da estatura e do resultado das circunferências. Torres (1998) *apud* Fernandes Filho (2003), comparou este percentual predito através das dobras cutâneas e os resultados confirmam o método indicando

uma significância de $p < 0.001$ para a análise sobre os dados do grupo masculino, e pelo menos $P < 0.05$ para o feminino.

Segundo Fernandes Filho (2003), o cálculo para o resultado das circunferências do sexo feminino é o somatório das circunferências do abdômen (CAB) e quadril (CQ) e do resultado, subtraí-se o valor da circunferência do pescoço (CP) obtendo-se a seguinte equação: $(CAB + CQ) - CP$. Para o sexo masculino, a equação é: $CAB - CP$. O resultado da G% é obtido através das tabelas do ANEXO 02 pelo cruzamento das duas colunas, onde na coluna vertical encontra-se o valor das circunferências e na coluna horizontal o valor da estatura.

66. Anotar o horário e a duração do questionário em minutos, com dois dígitos.

CONSUMO DE ÁLCOOL

Serão coletados dados sobre a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas, conforme **questionário de frequência de consumo de alimentos**, validado (Fornés *et al.*, 2003).

Conceitos: consumo de álcool atual caracterizado como o de pelo menos uma dose (meia garrafa ou uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou uma dose de destilados) de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. A dose padronizada será de: meia garrafa ou 1 lata de cerveja, um cálice de vinho ou uma dose de bebidas destiladas. (INCA, 2004).

Cálculo do consumo de risco: N° de doses ingeridas em uma dia típico de consumo X N° de dias em que se consumiram bebidas alcólicas. O produto divide-se por 30 (consumo mensal) ou 7 (consumo semanal). Quando o consumo diário médio for acima de duas doses padronizadas para o homem e mais de uma dose padronizada para mulheres, por dia. (INCA, 2004)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FILHO, J. F. *A prática da Avaliação Física: testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica*. 2 ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 266p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego/PME. Série Relatórios Metodológicos, v. 23, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: MANUAL DO ENTREVISTADOR*. Rio de Janeiro: INCA, 2005^B. 114p.

MONEGO, E.T.; MENEZES, I.H.C.F.; PEIXOTO, M.R.G.; MARTINS, K.A.; OLIVEIRA, A.L.I.; SILVA, M.B.A.; LEITE, O.S.M. *Antropometria: manual de técnicas e procedimentos*. 2. ed. Goiânia: Multieme Comunicação, 2003. 61p.

CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

PROGRAMAÇÃO 1º DIA - 19/06/06

13:30 - 14:00 - Apresentação do projeto (preleção): Objetivos, metodologia, apresentação do PMCT. Dar ênfase que não haverá financiamento, que são 2 projetos diferentes com coleta simultânea.

14:30 - 14:45 - Dinâmica do compromisso (caixa dos sentimentos)

14:45 - 16:30 - Leitura do manual do entrevistador com aplicação prática das partes que se fizerem necessárias. Leitura detalhada de cada pergunta associando com o questionário. Atividades práticas de antropometria, atividade física e consumo de alimentos e álcool (QFA).

16:30 - 16:45 - INTERVALO

16:45 - 17:00 - Atividade para casa. Realizar a entrevista com uma pessoa fumante e anotar as dúvidas e sugestões para o 2º dia.

17:00 - 17:15 - Finalização da dinâmica do compromisso.

17:15 - 17:30 - Encerramento - fase motivacional explicitação da contrapartida pela participação na pesquisa (nome no artigo científico e um certificado de entrevistador)

PROGRAMAÇÃO 2º DIA - 21/06/06

13:30 - 14:30 - Discussão da atividade de casa: tempo gasto, dificuldades, dúvidas, sugestões.

14:30 - 15:30 - Aplicação prática com 1 paciente: sorteia-se uma entrevistadora para realizar a coleta dos dados, as demais ficarão encarregadas de observar e anotar os erros ou sugestões.

15:30 - 16:30 - Discussão da prática: principais pontos durante a aplicação prática onde todos discutem.

16:30 - 16:45 - INTERVALO

16:45 - 17:00 - Conclusão com as sugestões finais e solicitação de um levantamento bibliográfico sobre o tema em questão para entrega até o dia 27/06/06.

17:00 - 17:30 - Montar o cronograma de execução da prática com a disponibilidade de tempo de cada entrevistador e agendar para montar os questionários com previsão de 03 a 07 de julho.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Xerox: manual do entrevistador (7 cópias) e fichas de entrevista (20 cópias), 2 balanças, 2 fitas métricas, 6 pranchetas, 10 lápis, 10 canetas, 6 borrachas, 2 apontadores, 1 adipômetro, 6 calculadoras, 1 estadiômetro, 6 crachás, 1 fita crepe, esquadro e fio de prumo, lanche para 7 pessoas.

APÊNDICE E

Carta informativa



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DA: DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS
PARA: COORDENADORES DOS GRUPOS DE CONTROLE DO TABAGISMO

CARTA INFORMATIVA

Vimos por meio desta comunicar que nos próximos três meses estaremos realizando uma pesquisa para caracterizar o estado nutricional, o nível de atividade física, o perfil de consumo alimentar, bem como as condições sócio-econômicas dos pacientes tabagistas cadastrados nos grupos de Abordagem e Tratamento Intensivo ao fumante da Secretaria Municipal de Saúde. Solicitamos a colaboração de todos vocês responsáveis pelo desenvolvimento das atividades com os grupos nas UABS e UABSF, no sentido de nos auxiliar no fornecimento de dados necessários para um bom andamento da pesquisa e também disponibilizar os grupos, informando os pacientes sobre a mesma.

Essa pesquisa é importante para uma melhor caracterização do perfil dos pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Goiânia, a qual servirá como base para o **planejamento de ações futuras** com esse público, bem como para obtenção do grau de mestre das nutricionistas pesquisadoras, as quais são servidoras desta Secretaria.

Estaremos em breve entrando em contato com os coordenadores para planejarmos o cronograma da coleta de dados.

Certos de contarmos com a colaboração de todos, agradecemos desde já o apoio.

Atenciosamente,

Angelita Pontes
DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Convênio Rede Centro-Oeste (UnB– UFG – UFMS) – Mestrado
Faculdade de Nutrição (FANUT/UFG) + Secretaria Municipal de Goiânia -SMS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de você não aceitar a participar não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (062) 3521-1075 ou (062) 3521–1076.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Estado Nutricional, atividade física e consumo de álcool de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006.

Coordenador da Pesquisa: Angelita Evaristo Barbosa Pontes

Pesquisadores Participantes: Karine Anusca Martins ; Nélida A. Schmid Fornés

Telefones para contato: (0XX) 62. 3524-1604 ou 3524-1534 (Divisão de Doenças Crônicas/SMS)

Descrição da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é avaliar o estado nutricional, a atividade física e o consumo de álcool dos pacientes tabagistas do “Programa de Controle do Tabagismo da prefeitura de Goiânia”, na unidade de saúde em que participa.

A sua participação no estudo é livre. Caso participe é importante saber que:

1. Você será entrevistado(a) na unidade de saúde do grupo que participa por aproximadamente 50 minutos, ou na sua casa quando não estiver tendo reunião na unidade, respondendo um questionário com informações sobre dados pessoais, renda familiar, escolaridade, antecedentes familiares e pessoais ou seja, algum tipo de doença somente se confirmada pelo médico que você ou um membro da sua família teve ou tem, hábitos de fumar, consumo de bebida alcoólica, atividade física, e coletados dados como peso, altura, medidas da cintura, quadril, abdome, pescoço e dobra da pele.
2. Você será entrevistado (a) uma única vez para coleta dessas informações, no período que pode variar de julho a setembro de 2006. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás e pelo Secretário Municipal de Saúde.

A pesquisa não envolve riscos à saúde e integridade física do participante voluntário na pesquisa. Todas as informações que você der são confidenciais. Você pode tirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para você e para

seu tratamento. Os dados da pesquisa serão posteriormente apresentados e publicados em eventos científicos e literatura científica, na área de saúde. O pesquisador não está recebendo nenhuma remuneração por este trabalho, pois é um estudo universitário para o mestrado.

A sua participação pode contribuir para melhorar as atividades desenvolvidas pelo Programa do Tabagismo. Os entrevistados serão informados do resultado da avaliação nutricional, e se tiverem interesse será sugerido um acompanhamento nutricional que pode ser feito pelas nutricionistas da prefeitura. Qualquer dúvida sobre o estudo poderá ser retirada na hora que você quiser, ou seja, antes e durante a realização da pesquisa.

_____	Data: ____/____/____
Assinatura do(a) entrevistado(a)	
_____	Data: ____/____/____
Assinatura do Entrevistador	
_____	Data: ____/____/____
Assinatura do Coordenador da pesquisa	

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, autorizo minha participação na pesquisa sobre estado nutricional, atividade física e consumo de álcool de pacientes tabagistas em tratamento. Fui devidamente esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a): _____ sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os seus possíveis riscos e benefícios. Foi-me garantido anonimato sobre os dados coletados e que poderei desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve à qualquer prejuízo. Também fui informado(a) que os dados coletados durante a pesquisa serão divulgados e publicados em eventos e literatura científica da área de saúde.

_____	Data: ____/____/____
Assinatura do(a) Entrevistado(a)	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste entrevistado para participação neste estudo.

_____	Data: ____/____/____
Assinatura do Entrevistador	

_____	Data: ____/____/____
Assinatura do Coordenador da pesquisa	

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, autorizo minha participação na pesquisa sobre estado nutricional, atividade física e consumo de álcool de pacientes tabagistas em tratamento. Fui devidamente esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a): _____ sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os seus possíveis riscos e benefícios. Foi-me garantido anonimato sobre os dados coletados e que poderei desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve à qualquer prejuízo. Também fui informado(a) que os dados coletados durante a pesquisa serão divulgados e publicados em eventos e literatura científica da área de saúde.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Data: ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste entrevistado para participação neste estudo.

Assinatura do Entrevistador

Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE G

Declaração de que as informações serão tornadas públicas.

Goiânia, 12 de maio de 2006.

DECLARAÇÃO

Eu, Angelita Evaristo Barbosa Pontes, brasileira, casada, com CPF: 565.923.021-00 declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que os dados da pesquisa intitulada "**Estado nutricional, atividade física e consumo de álcool de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006**" que será desenvolvida durante a realização do Mestrado do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UNB, UFG, UFMS), serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, em forma de artigos científicos de revistas indexadas na área de saúde, sem identificação individualizada dos participantes.

Declaro também que os dados coletados contribuirão para implementar a pesquisa científica, e uma vez cumprido este requisito, os dados não serão utilizados para outras pesquisas.

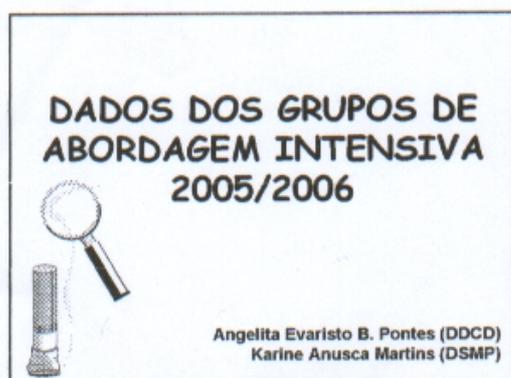
Sem mais me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Angelita Evaristo Barbosa Pontes
Nutricionista
CRN 1495

APÊNDICE H

Dados dos grupos de abordagem intensiva



DADOS ESTATÍSTICOS POR GRUPO

Fonte: DDCD set./06

UABS	INICIOU	FINALIZ.	MEDICAMENTOS		
			GOMA	ADESIVO	SEM MED.
1. VILA NOVA	10	09	-	09	-
2. AMENDEIRAS	09	05	-	04	01
3. CANAÃ	10	04	01	03	00
4. RODOVIÁRIO	11	05	-	05	00
5. CÂNDIDA	12	04	- Ø	-	01
6. URUBS MAGALH.	14	11	-	10	01
7. CURITIBA	09	03	-	02	01
8. GUANABARA	10	07	01	03	03
9. BAIRRO GOIÁ	13	09	-	08	01
10. NOVO HORIZ.	16	08	02	04	02
11. PEDRO LUDOV.	18	08	-	08	00
12. JD. AMÉRICA	11	02	- Ø	-	01
TOTAL	143	75	04 +	56 = 60*	11

DADOS ESTATÍSTICOS POR GRUPO

Fonte: DDCD set./06

UABS	INICIOU	FINALIZ.	MEDICAMENTOS		
			GOMA	ADESIVO	SEM MED.
1. RODOVIÁRIO	18	07	-	06	01
2. CAMPINAS	12	04	EM	ANDA	MENTO/02
3. CÂNDIDA	20	09	-	06	03
4. URUBS MAGALH.	20	09	-	09	00
5. GUANABARA	17	17*	EM	ANDA	MENTO
6. CACHEIRA D.	11	11*	EM	ANDA	MENTO
7. ITATIAIA	16	06	-	Previs. 05	01
8. BAIRRO GOIÁ (3)	34 + 15	21 + *	-	21	01
9. NOVO HORIZ.	12	09	-	Previs. 07	02
10. PEDRO LUD. (2)	33	21*	EM	ANDA	MENTO /01
11. JD. AMÉRICA	10	07	EM	ANDA	MENTO /01
12. PQ. AMAZÔNIA	18	09*	EM	ANDA	MENTO
TOTAL	236	130			12

DADOS ESTATÍSTICOS GERAIS

TODOS OS GRUPOS	2005	2006
Número de pacientes que iniciaram o tratamento	143	236
Número de pacientes que finalizaram o tratamento	75	130
Número de pacientes que receberam medicamento	60	(54) Em distribuição
Número de pacientes que deixaram de fumar sem medicamento	11	(12) Aguardando o restante das planilhas

SITUAÇÃO DOS GRUPOS 2005 e 2006

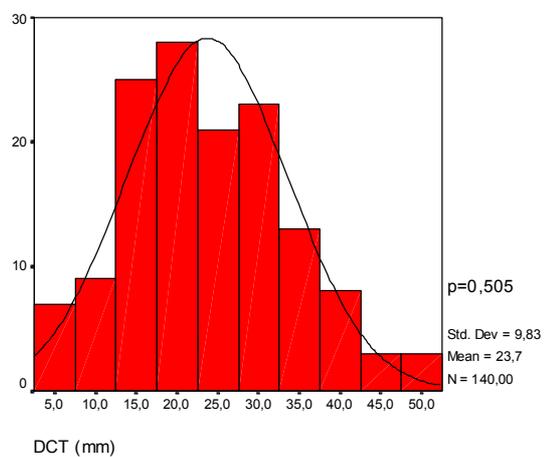
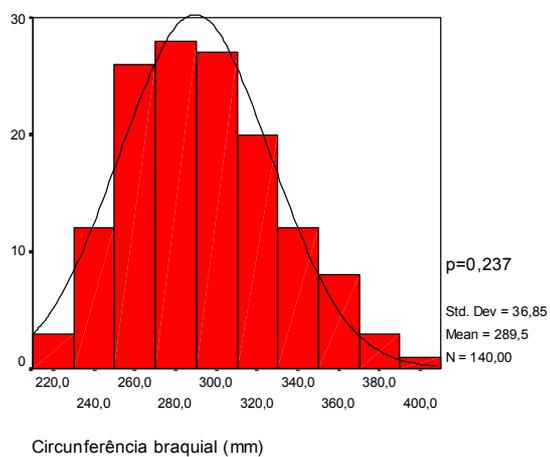
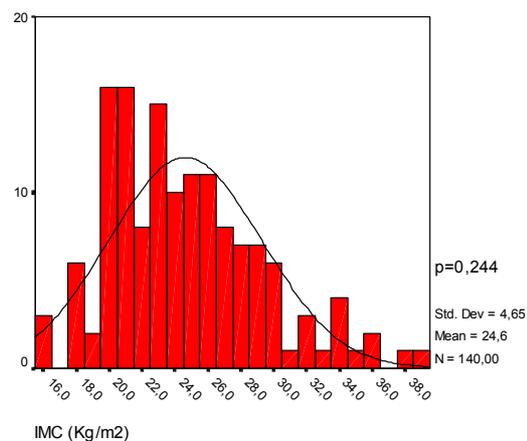
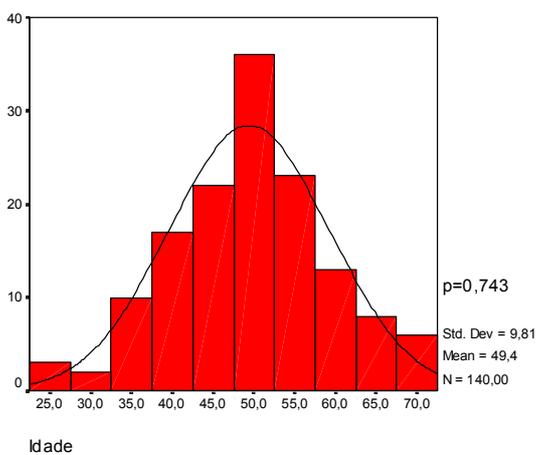
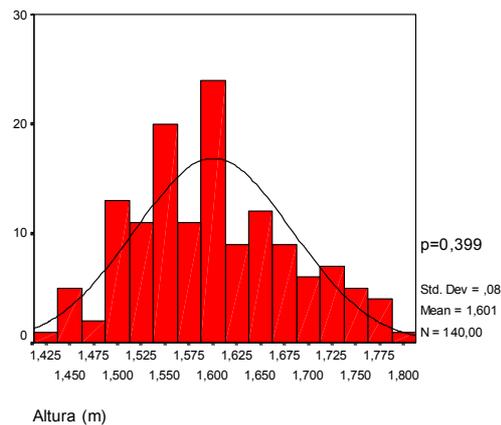
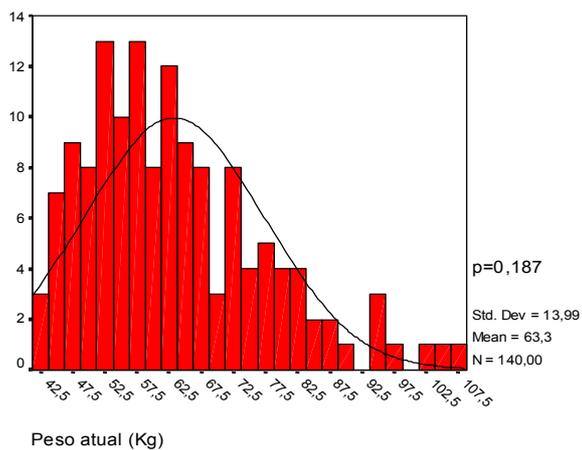
TOTAL DE PACIENTES INSCRITOS NOS GRUPOS	379 (100%)
TOTAL DE PACIENTES QUE FINALIZARAM O ACOMPANHAMENTO	205 (54,1%)
TOTAL DE PACIENTES QUE DESISTIRAM	174 (45,9%)
TOTAL DE PACIENTES QUE PARARAM DE FUMAR SEM MEDICAMENTO	23 (6,1%) INICIARAM 23 (11,2%) FINALIZARAM
TOTAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM MEDICAMENTOS	114 (30%) INICIARAM 114 (55,6%) FINALIZARAM

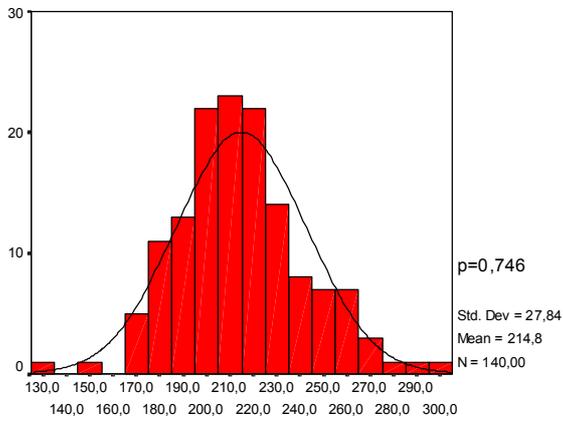
Fonte: DDCD set./06

*VALORES MÉDIOS

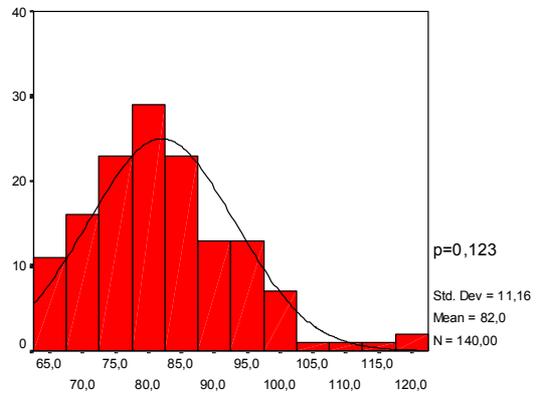
APÊNDICE I

Gráficos da distribuição da curva normal das variáveis

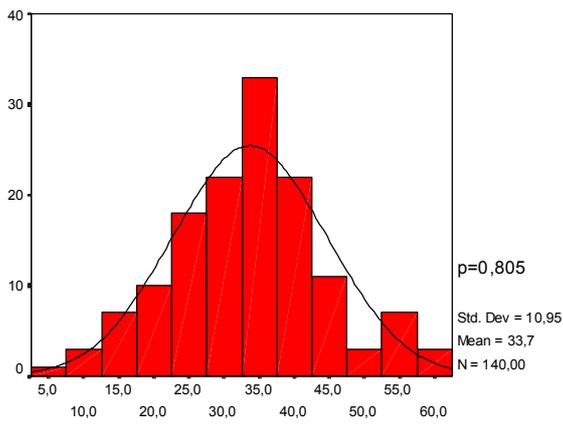




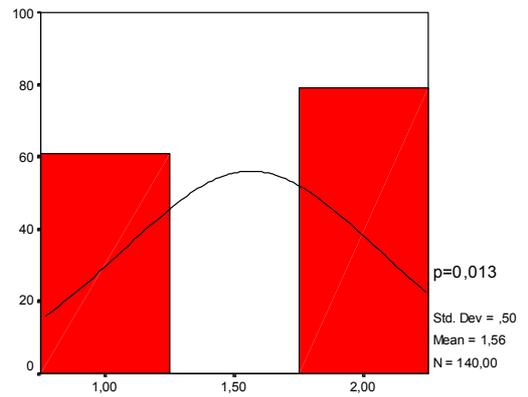
Circunferência muscular braquial (mm)



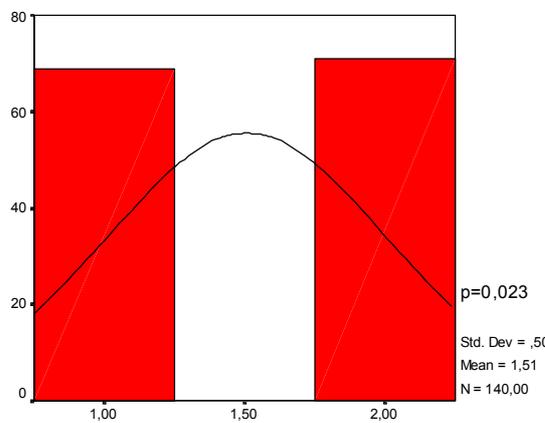
Circunferência da cintura (cm)



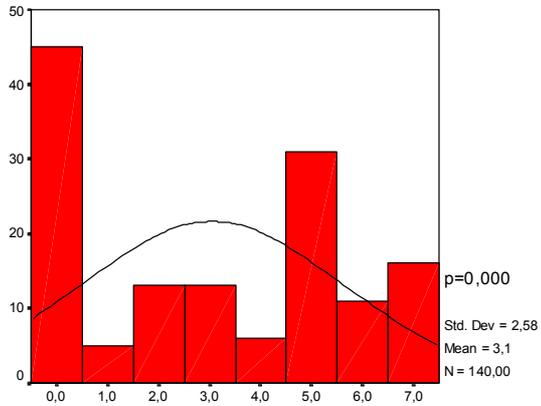
Tempo de uso tabaco (anos)



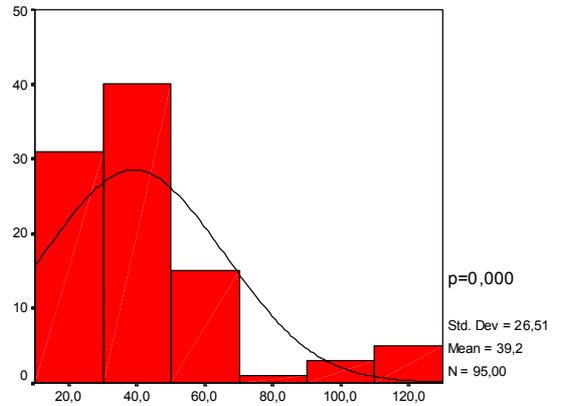
Perda de peso nos últimos 6m



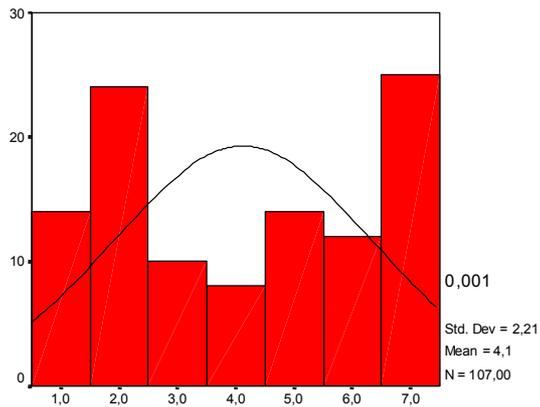
Ganho de peso nos últimos 6m



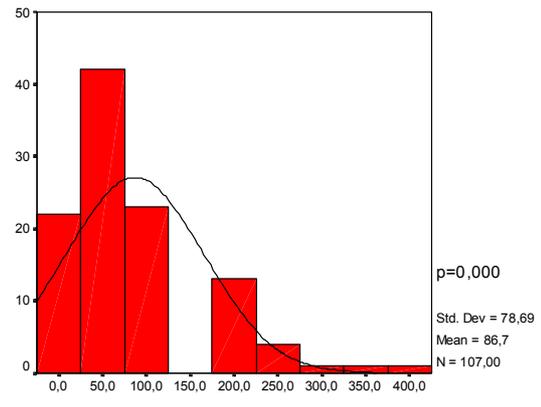
Número de dias at. física leve



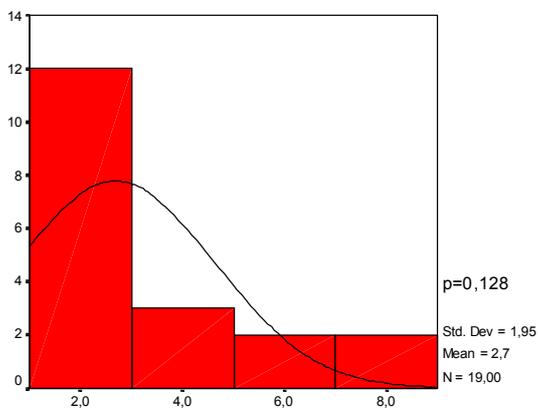
Tempo (minutos) atividade física leve



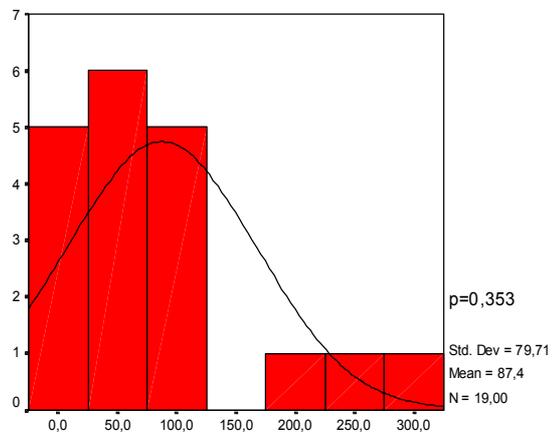
Número de dias de ativ.física moderada



Total de horas (minut.) atividade física moderada



Total dias de ativ. física intensa



Total de horas (minutos) ativ. física intensa

ANEXO A

Questionário de avaliação do nível de atividade física



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA -

Nome: _____
 Data: ____ / ____ / ____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você 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. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- 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 as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **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

CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL- CELAFISCS -
 INFORMAÇÕES ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE RESULTADOS NO BRASIL
 Tel-Fax: – 011-42298980 ou 42298643. E-mail: celafiscs@celafiscs.com.br
 Home Page: www.celafiscs.com.br IPAQ Internacional: www.ipaq.ki.se

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 você 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

PERGUNTA SOMENTE PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

5. Você já ouviu falar do Programa Agita São Paulo? () Sim () Não

6.. Você sabe o objetivo do Programa? () Sim () Não

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

COEP – UFG	PARECER CONSUBSTANCIADO	PROTOCOLO Nº 037/2006
------------	-------------------------	--------------------------

I – IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: "ESTADO NUTRICIONAL, ATIVIDADE FÍSICA E CONSUMO DE ALCOOL DE PACIENTES TABAGISTAS EM TRATAMENTO, NA CIDADE DE GOIÂNIA, EM 2006".

Pesquisador responsável: Angelita Evaristo Barbosa Pontes

Instituição onde será realizado: Faculdade de Nutrição/UFG e Secretaria Municipal de Saúde.

Data da apresentação das correções das pendências ao COEP: 13/07/2006

Data de entrega ao relator: 07/08/2006

Foram relatadas no parecer inicial, as seguintes pendências:

- 1) Na Folha de Rosto (CONEP) "datar", em ambas, o campo TERMO DE COMPROMISSO (do responsável pela instituição).
- 2) Incluir a Tabela 3 (Tabela 2 apresentada na p. 20 e Tabelas 4 e 5 são apresentadas na p. 21 e 22 respectivamente);
- 3) Corrigir a digitação: item "IV.Relevância e Viabilidade de Execução" (p.27), para "IV" e daí manter a ordem seqüencial exata;
- 4) No item 3.9 (p. 15, 2º par.), é necessário fazer uma pequena alteração na frase apresentada: "... UABS, não comprometendo a rotina das atividades planejadas pelos coordenadores, desde que o tabagista concorde em participar da pesquisa e, por sua vez, em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Compreende-se que o termo "desde que", está vinculado ao não comprometimento da rotina das atividades, podendo-se entender que *a rotina das atividades planejadas pelos coordenadores não será comprometida desde que o tabagista concorde em participar da pesquisa...* Assim, com o objetivo de evitar compreensões inadequadas, sugere-se a reformulação desta frase.

No TCLE:

- 1) Adequar a forma de apresentação do TCLE quanto a descrição da pesquisa para texto linear (e não em tópicos como está apresentado) e em linguagem acessível aos sujeitos (IV.1); 2) Consta no TCLE que o projeto não oferece risco a saúde dos pacientes uma vez que não será realizado nenhum tipo de avaliação que compromete a integridade física, biológica e psicológica dos participantes. Quanto a este aspecto, ao se verificar no item ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS do "QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA" (perguntas 21 e 22) ressalta-se que estas questões são passíveis de oferecer algum dano psicológico (Res. 196/96, II.8) ao sujeito, uma vez que podem sugerir a suscetibilidade a doenças. Assim, acredita-se ser necessário maiores informações referentes aos cuidados tomados com relação à estes fatores de risco; 3) Incluir a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa (Res. 196/96, IV.1, "e"); 4) Fazer referência à liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (IV.1, "f").

- 5) Incluir Orçamento detalhado (VI.2, "j").

Quanto aos anexos:

São apresentados sequencialmente (iniciando na p. 37) de Anexo 1 a Anexo 6. Em seguida é apresentado novamente Anexo 1 e na p. 43, e, logo após Anexo 7, parecendo haver um erro de digitação na numeração dos anexos. Outra questão observada é que: o que está apresentado no segundo Anexo de nº 1 está incluso, integralmente, no corpo do projeto na p. 12 (Quadro 1. Avaliação do grau de dependência à nicotina. Teste de Fageström). Assim indaga-se: a reapresentação deste Teste, em anexo, é intencional? Em caso positivo, deve-se rever a seqüência apresentada nos Anexos.

Foram atendidas as seguintes pendências:

- 1) Na Folha de Rosto (CONEP) – foi devidamente datada, em ambas, no campo TERMO DE COMPROMISSO (do responsável pela instituição).
- 2) Tabela 3 devidamente incluída (p. 21).
- 3) Corrigir a digitação: item "IIV.Relevância e Viabilidade de Execução" (p.27), para "IV" e daí manter a ordem seqüencial exata – devidamente atendida.
- 4) No item 3.9 (p. 15, 2º par.) – Texto reformulado deixando explícito o não comprometimento da rotina das atividades planejadas pelos coordenadores.

No TCLE:

- 1) Apresenta descrição detalhada da pesquisa, em texto linear e em linguagem acessível (IV.1).
- 2) Com a inclusão da frase "... antecedentes familiares e pessoais, ou seja, algum tipo de doenças somente se confirmada pelo médico que você ou membro da sua família teve ou tem ...", há o entendimento de que o sujeito estará isento de possíveis danos psicológicos ao ser entrevistado.
- 3) Foi incluída a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa.
- 4) Foi incluída a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- 5) Foi incluído Orçamento detalhado.

Quanto aos anexos:

A pesquisadora responde apresentando a justificativa transcrita abaixo, atendendo à solicitação feita:

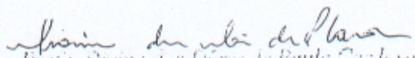
"Esclareço que a repetição desta tabela é intencional (anexo 6), pois ela corresponde ao manual que será utilizado na capacitação dos entrevistadores, sendo de suma importância a existência da mesma. A numeração desta como anexo 1 não está se repetindo por corresponder ao anexo do manual e não do projeto, portanto considera-se não haver erros na numeração dos anexos do projeto".

Parecer do COEP: Tendo sido atendidas as pendências, considera-se o parecer APROVADO, salvo alterações sugeridas por demais membros deste Comitê.

Goiânia, 21/09/2006

Assinatura do relator:

Assinatura do Coordenador/COEP:


Priscila Divina dos Santos de Paula
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação UFG

ANEXO C

Autorização do Secretário Municipal de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

Do: Dr. Paulo Rassi (Secretário de Saúde)
Para: Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas
A/C: Nutricionista Angelita Evaristo Barbosa Pontes

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, a nutricionista Angelita Evaristo Barbosa Pontes, pesquisadora responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado "**Estado nutricional, atividade física e consumo de álcool de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006**", sob orientação da professora doutora da Faculdade de Nutrição da UFG, Nélida Antonia Schmid Fornés, para a realização do Mestrado do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UNB, UFG, UFMS), que tem por objetivo geral: Avaliar o estado nutricional, o nível de atividade física e o consumo de álcool dos pacientes tabagistas do "Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagismo" da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Goiânia, no ano de 2006; a coletar os dados nas Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) da Secretaria Municipal de Saúde onde possuem implantado o Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT), a Abordagem Intensiva ao Fumante.

Sem mais a declarar, despeço-me!!

Atenciosamente,

Paulo Rassi
29/05/16
Secretário Municipal de Saúde

Paulo Rassi
Secretário
Decreto nº 010/2005