

Mestrado em Epidemiologia  
Departamento de Medicina Social  
Faculdade de Medicina  
Universidade Federal de Pelotas

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:  
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO**

**DISSERTACAO DE MESTRADO**

**ROBERTO XAVIER PICCINI**

**ORIENTADOR: CESAR GOMES VICTORA  
PELOTAS, 6 DE FEVEREIRO DE 1993**

## INDICE

A. Projeto de Pesquisa.....	
A.1. Problematização.....	01
A.2. Modelo Teórico.....	02
A.3. Objetivos.....	03
A.4. Hipóteses.....	03
A.5. Metodologia.....	04
A.5.1. População Alvo.....	04
A.5.2. Amostragem.....	04
A.5.3. Seleção e Treinamento de Pessoal.....	06
A.5.4. Coleta de Dados.....	06
A.5.5. Aspectos Éticos.....	07
A.5.6. Cronograma.....	08
A.5.7. Orçamento.....	08
A.5.8. Figuras.....	
B. Relatório do Trabalho de campo.....	
B.1. Pessoal.....	11
B.2. Programa de treinamento.....	11
B.3. Amostragem.....	15
B.4. Estudo Piloto.....	17
B.5. Duração do Trabalho de Campo.....	17
B.6. Codificação, Digitação e Limpeza dos dados.....	17
B.7. Análise dos dados.....	17
B.8. Principais Dificuldades.....	18
C. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pelotas, RS: Prevalência e Fatores de Risco.....	
C.1. Resumo.....	19
C.2. Abstract.....	20
C.3. Introdução.....	21
C.4. Metodologia.....	22
C.5. Resultados.....	25
C.6. Discussão.....	26
C.7. Tabelas.....	29
C.8. Bibliografia.....	34

D. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pelotas, RS: Manejo e Repercussões Sociais.....	
D.1. Resumo.....	36
D.2. Abstract.....	37
D.3. Introdução.....	38
D.4. Metodologia.....	38
D.5. Resultados.....	40
D.6. Discussão.....	42
D.7. Tabelas.....	45
D.8. Bibliografia.....	47
D.9. Figuras.....	
E. Anexos.....	
E.1. Questionário Geral.....	49
E.2. Questionário Sócio-Econômico.....	60
E.3. Manual de Instruções Gerais.....	64
E.4. Manual de Instruções do Questionário Sócio-econômico.....	69
E.5. Manual de Instruções do Questionário de Adultos.....	74
E.6. Manual de Codificação dos Estudos Transversais.....	84
E.7. Bibliografia.....	86

**AGRADECIMENTOS:**

A minha esposa Clara e meus filhos Rafael e Rodrigo, pelo apoio e estímulo em mais esta etapa.

Aos colegas Juvenal Dias da Costa, Ana Maria Borges Teixeira e Elaine Tomasi, pelo companheirismo desenvolvido neste período.

Ao meu orientador Cesar Gomes Victora.

As agências IDRC, FAPERGS e a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFPEL, pelo apoio financeiro ao projeto.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:  
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO**

**AUTOR: ROBERTO XAVIER PICCINI**

**ORIENTADOR: CESAR GOMES VICTORA**

**PELOTAS, 6 DE FEVEREIRO DE 1993**

## PROBLEMATIZAÇÃO

Abundante material a respeito de HAS tem sido produzido na última década. Embora com algumas variações as pesquisas apontam a prevalência de HAS na população adulta, analisando HAS como um dos varios fatores de risco para as doenças cardiovasculares sem contudo elaborar análise mais detalhada da relação dos fatores de risco entre si e destes com HAS(6).

No que tange ao manejo da HAS, os trabalhos produzidos tratam em sua maioria sobre a validade ou não do tratamento farmacológico da HAS leve(1,2,3,9,18,19,) e da HAS em idosos(4), citam a enorme dificuldade em abordar fatores de risco que envolvem modificações de hábitos de vida, sem um aporte maior de conhecimentos no estado da situação em seu conjunto no contexto das comunidades.

A nível regional temos dois trabalhos de grande envergadura realizados nesta área do conhecimento um de Eduardo Costa(23) há cerca de 15 anos e outro de Bruce Duncan(24) ocorrido há um ano atrás, ambos como tese de doutorado; a nível local não temos conhecimento de nenhuma pesquisa neste sentido.

Assim consideramos justificavel o esforço de encetar pesquisa com o objetivo de identificar a prevalência de HAS, medir a associação de alguns fatores de risco e HAS dentro de um modelo teórico onde classe social e os demais fatores de risco sejam devidamente ordenados no sentido de termos avaliada a sua real associação com HAS. Os padrões de manejo da HAS em nossa comunidade, embora não menos relevantes constituem objetivo

secundário em nosso estudo , podendo seus resultados desempenhar papel de gerar novas hipóteses, bem como para serem utilizados na avaliação e planejamento dos serviços.

#### MODELO TEÓRICO

Utilizaremos no presente estudo dois modelos teóricos, um que contemple as relações entre fatores de risco e HAS(Fig.1) outro para estudar os fatores relacionados ao manejo da HAS e a qualidade do mesmo(Fig.2).

No primeiro caso entendemos que classe social determina a prevalência dos fatores de risco em estudo, no caso citamos: -História familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, obesidade, consumo de sal, uso de álcool; Estes por sua vez determinam a prevalência de HAS.

Sexo, idade e cor são fatores associados a HAS e acreditamos que também estejam associados a classe social, logo, serão tratados como fatores de confusão no presente estudo. Cumpre salientar que estes tres fatores obviamente não são determinados por classe social, entretanto devido as peculiaridades sociais, historicamente exercem influência em que segmento da sociedade a pessoa se insere.

Acreditamos ainda que o efeito de classe social passe por outros fatores de risco para HAS, que por não serem nosso objeto de estudo, em parte pela dificuldade de mensuração, deixaremos de comentar com mais detalhes.

O modelo teorico descrito para ordenar as relações inerentes ao manejo da HAS mostra a influencia da classe social na determinação dos fatores que afetam a qualidade do manejo.

Assim, classe social determina:- Conhecimento da doença;- Acesso geografico a serviços de saúde;- Vinculo médico continuado;- Tratamento farmacologico;- Modificação de hábitos de vida;- Estado da doença (compensado/descompensado) . Estes por sua vez determinam a qualidade do manejo da HAS.

Sexo, idade e cor mais uma vez por sua relação com a qualidade do manejo de HAS e com classe social serão tratados como fatores de confusão.

#### OBJETIVOS

##### GERAL:

Estudar a prevalência, etiologia e manejo da HAS em Pelotas, segundo classe social.

##### ESPECIFICOS:

1. Identificar a prevalência de HAS nas pessoas de 20 a 69 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas
2. Identificar a frequência de exposição a possíveis fatores de risco para HAS das pessoas de 20 a 69 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas.
3. Investigar a associação entre estes fatores de risco e HAS

##### SECUNDARIO:

4. Descrever padrões de manejo da doença.

#### HIPOTESES

1. A prevalência global de hipertensão na população em estudo sera entre 10-20% - *confirmar.*
2. A classe social tem efeito independente sobre a prevalência de HAS e tambem determina a exposição aos fatores de risco



estudados, sendo esta maior entre o proletariado típico, não típico e subproletariado. — *verif. em parte*

3. A prevalência de hipertensão é superior entre os expostos aos fatores de risco do que entre os não expostos.
4. Em sua maioria, os hipertensos não estão recebendo a atenção médica devida, encontrando-se descompensados. Devendo existir diferenças entre classes sociais, sendo que atenção médica inadequada e descompensação deverão ser mais frequentes entre o proletariado típico, não típico e subproletariado.

— *verif. em parte*

#### METODOLOGIA

##### POPULAÇÃO ALVO

A população alvo de nosso estudo será aquela residente na zona urbana da cidade de Pelotas da faixa etária de 20 a 69 anos de idade. Tomaremos como população em estudo uma amostra representativa (probabilística) da população alvo.

##### AMOSTRAGEM

Como este trabalho apresenta duas partes, uma descritiva e uma analítica, calculamos tamanhos de amostras referentes a estes componentes. A amostra para o estudo descritivo requeria apenas 196 pessoas para estimar uma prevalência de 15% com margem de erro de 5%. Para o estudo analítico no entanto, levando em conta a proporção estimada dos diversos fatores de risco em estudo e risco proporcional de aproximadamente 2, serão necessárias 1390 pessoas ( ver tabela 1).

Apresentamos abaixo tabela com os tamanhos de amostra calculados para opção amostral de nosso trabalho:

TABELA 1. TAMANHOS DE AMOSTRA CONSIDERANDO FATORES DE RISCO

FATOR	CONF	POW	UNEX:EXP	DIS IN EXP	RISK RAT	ODDS RAT	SAMPLE SIZE		TOTAL
							UNEXP	EXP	
SEDENT.	95%	80%	1:1	15%	1.88	2.03	353	353	706
	95%	90%	1:1	15%	1.88	2.03	463	463	926
	95%	95%	1:1	15%	1.88	2.03	565	565	1130
OBESID	95%	80%	4:1	15%	2	2.18	704	176	880
	95%	90%	4:1	15%	2	2.18	948	237	1185
	95%	80%	3:1	15%	1.88	2.03	669	223	892
	95%	90%	3:1	15%	1.88	2.03	897	299	1196
ALCOOL	95%	80%	4:1	15%	1.88	2.03	824	206	1030
	95%	90%	4:1	15%	1.88	2.03	1112	278	1390
CLASSE SOCIAL	95%	80%	4:6	15%	2.14	2.34	224	336	560
	95%	90%	4:6	15%	2.14	2.34	290	435	725
	95%	80%	4:6	15%	1.67	1.78	417	625	1042

Trabalharemos com uma amostra de 1529 pessoas ( 10% superior a calculada como adequada) considerando a margem de segurança necessária devido a perdas. Com este tamanho de amostra, partindo de uma prevalência estimada de HAS de 15%, trabalharemos com um erro aceitavel de apenas 2%.

Sortearemos 25 zonas censitárias (conglomerados), das 250 existentes em Pelotas; em cada zona será sorteado o quarteirão por onde se iniciará o estudo e neste sortearemos a esquina por onde começarão as entrevistas. Principiando pela esquina sorteada serão visitados 28 domicilios no sentido da esquerda de quem esta de costas para a casa inicial. Se após fazer toda a volta no quarteirão houver menos de 28 casas, o entrevistador de costas para a casa que iniciou enxergará três esquinas, atravessando a rua no sentido da esquina mais a sua esquerda continuará as visitas até atingir o número de casas desejado que é de 28. Totalizaremos assim 700 domicilios. Serão entrevistadas

todas as pessoas da faixa etária em estudo residentes em cada casa. Estimando que existam 2.28 pessoas nesta faixa etária por domicílio atingiremos assim a amostra de 1596 pessoas em 700 domicílios, o que é ligeiramente superior ao necessário.

Consideraremos 10% o índice de perdas aceitável. As recusas e os domicílios onde não se encontrar algum dos moradores, bem como aqueles domicílios onde ninguém atender deverão ser revisitados pelo menos mais duas vezes em turnos diferentes (noite e fim de semana), estes não serão substituídos.

Domicílios desabitados, por outro lado, serão substituídos por outros.

#### SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

Serão utilizados 8 entrevistadores, de ambos os sexos, estudantes do curso de medicina e/ou enfermagem, que estejam cursando período entre o terceiro e o antepenúltimo semestre de seus respectivos cursos. Supondo que cada um faça duas visitas por noite em cada um dos 5 dias úteis da semana e 8 entrevistas no sábado, totalizaremos 144 entrevistas por semana, ocupando 10.6 semanas para o trabalho de campo, com uma margem de segurança de 2 semanas como reserva tática.

Deverá ocorrer revisita ao acaso em 5% das entrevistas, realizada por outro entrevistador (pesquisador) no sentido de comprovar que a entrevista foi realizada e contribuir para a validade interna a pesquisa.

#### COLETA DE DADOS

Utilizaremos questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente para os dados passíveis de coleta por entrevista,

como: Renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, cor, história familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, consumo de sal e álcool, conhecimento da HAS, acesso geográfico a serviço de saúde, vínculo médico continuado, tipo de tratamento farmacológico, modificação de hábitos de vida.

Balanças de banheiro calibradas serão utilizadas para pesar as pessoas e antropômetro para medi-las. Utilizaremos esfigmomanômetros aneroides para aferir a pressão arterial, o que será feito ao final de cada entrevista (medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito apoiado na altura da região mamária, considerando como PA sistólica o início dos rúidos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruidos auscultatórios ( fase IV), os aparelhos deverão ser aferidos uma vez por semana pelo pesquisador, utilizando para tanto aparelho de mercurio.

Serão considerados hipertensos aqueles cujas cifras tensionais forem superiores a 160/95 mmHg e/ou que apresentem cifras abaixo das mencionadas mas estejam sob tratamento farmacológico para HAS, independentemente de qual seja o mesmo.

#### PROCESSAMENTO E ANALISE DE DADOS

Para tabulação, análise dos dados e redação do relatório final serão utilizados os pacotes: DBASE, SPSS, EGRET, EPINFO, LOTUS, HARVARD e WORDSTAR.

#### ASPECTOS ETICOS

Este trabalho não propõe nenhuma medida de intervenção direta, sendo qualquer questionamento colocado durante a entrevista, pelo entrevistado, ou anormalidade na aferição da PA motivo de

registro, tradução da informação para a pessoa entrevistada e recomendação por escrito, em cartão padronizado, para que procure seu médico ou serviço onde habitualmente é acompanhada.

#### CRONOGRAMA

	AG	ST	OT	NV	DZ	JN	FV	MR	AB	MI	JN	JL	AG
	91	91	91	91	91	92	92	92	92	92	92	92	92
Rev. bibliog.	*	*	*	*	*								
Prep. dos inst.	*												
Sel. dos entrev.				*									
Trein. dos entrev					*								
Estudo piloto						*							
Trabalho de campo							*	*	*				
Dig.e tab. dados								*	*				
Análise dos dados										*	*	*	
Prod. do rel. fin.												*	*

#### ORÇAMENTO

Exposto em anexo, englobando as necessidades deste trabalho bem como as dos trabalhos dos mestrandos Ana Borges e Juvenal Dias da Costa.

# DETERMINACAO DA HAS

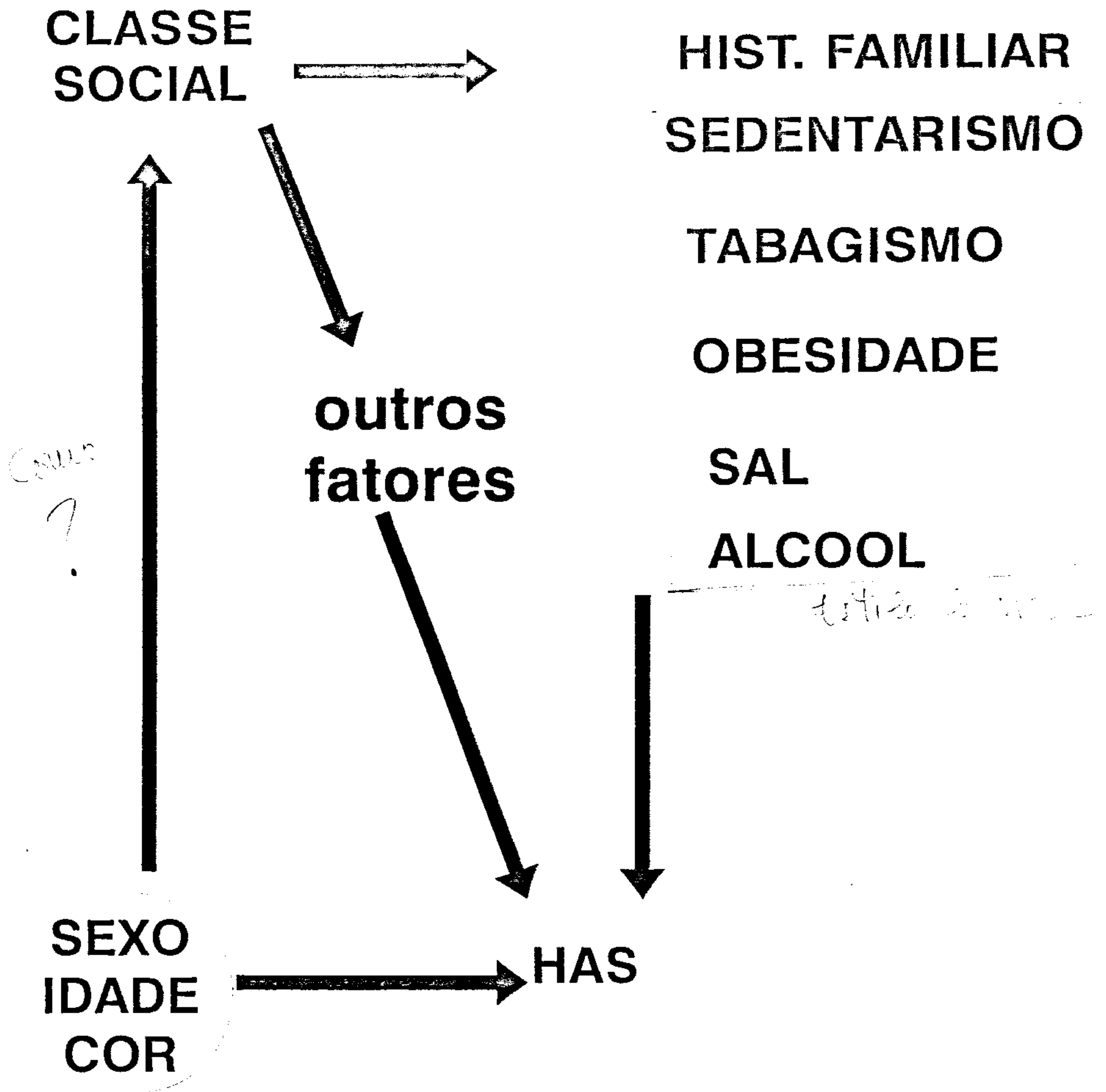


FIG.1

# MANEJO DA HAS

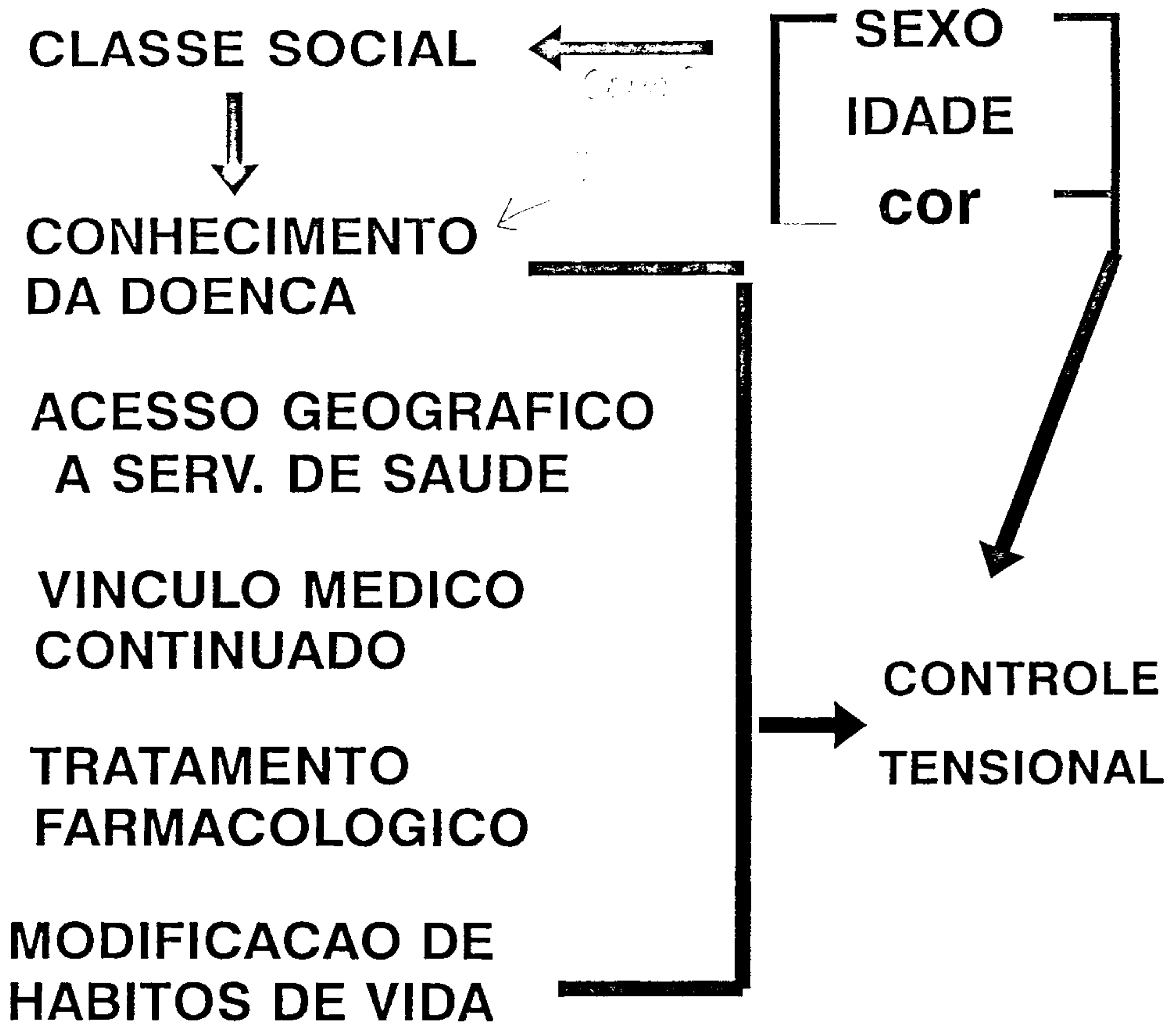


FIG.2

HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:  
PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO

DESCRICAO DO TRABALHO DE CAMPO



**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS: PREVALENCIA, FATORES DE RISCO E MANEJO**

**RELATORIO DO TRABALHO DE CAMPO**

O trabalho de campo que se descreverá foi concomitante a dois outros estudos além do que serve de título ao presente texto, no caso aos estudos sobre **Acidentes na Infância em Pelotas** e **Utilização de Serviços de Saúde em Pelotas**.

**PESSOAL**

Foram utilizados 30 entrevistadores voluntários, estudantes de medicina, do 2º ao 10º semestre. Os entrevistadores foram submetidos a um programa de treinamento que será descrito a seguir.

**PROGRAMA DE TREINAMENTO**

**1º dia**

Inicialmente foram apresentadas os projetos dos tres estudos.

A seguir explicou-se as atividades que se desenvolveriam passo a passo: Treinamento, teste piloto, aplicação de questionários, pré-codificação, pesagem, mensuração da altura, aferição da TA (trabalho de campo). Codificação, digitação, primeira limpeza dos dados, acompanhamento da análise (atividade complementar).

Explanou-se a estratégia inicial, forma, horário e período do trabalho de campo, material a ser utilizado (esfigmomanômetro,

estetoscópio, balança, antropômetro) e deslocamentos necessários.

Valorizou-se a precisão das medidas através de exercícios de padronização.

Foi esclarecido aos entrevistadores que a contrapartida pela participação no trabalho incluiria um certificado de participação e a possibilidade de algum recurso financeiro através de bolsas.

Foi discutida a eventual participação nas publicações (excluída a dissertação), sendo que cada grupo de trabalhadores de campo continuariam vinculados ao pesquisador através do qual ingressaram no estudo. Elaborou-se a relação dos entrevistadores (nome completo, endereço e telefone).

Foram apresentados os questionários iniciais (leitura).

Aplicação simultânea de um questionário, como atividade de cada dupla de entrevistadores.

Distribuição de três questionários para aplicação externa, objetivando maior familiarização, com posterior discussão das dificuldades encontradas.

2º dia

Discussão das dificuldades encontradas na aplicação dos questionários.

Leitura comentada da proposta inicial do manual de instruções para os trabalhadores de campo.

Inter-aplicação dos questionários simulando pessoas difíceis de entrevistar.

- Distribuição de questionários para maior familiarização.

3º dia (13/01/92)

Formação de grupos de trabalho entre os entrevistadores.

Leitura do questionário sócio-econômico e respectivo manual de instruções.

Foram registradas as dúvidas individuais e/ou dos pequenos grupos, posteriormente organizou-se discussão destas dúvidas no grande grupo.

Aspectos verificados: Esclarecer definição de chefe da família, pouco espaço para o total de pessoas do sexo feminino e masculino, como proceder em situações como pensionato de estudantes, espaços inadequados, no questionário, para os integrantes da família, pouco espaço para renda total, necessidade de instrução no manual sobre dia de trabalho típico, definição de chefe da família se os cônjuges apresentarem salários iguais, como classificar vendedores ambulantes e faxineira.

4º dia (20/01/92)

Os entrevistadores foram reunidos em seus respectivos grupos.

Operacionalizou-se discussão detalhada do manual geral de instruções.

Problemas levantados: mudar termos do final da apresentação, detalhes a respeito da roupa do entrevistador, comportamento quanto as entrevistas que ficarem faltando realizar (anotar dados como idade e sexo), ordem de aplicação dos questionários, ciganos.

5º dia (27/01/92)

Formação dos pequenos grupos.

Leitura e discussão do manual do questionário a ser aplicado nas pessoas adultas da amostra.

Problemas encontrados: dificuldades de recordatório nas questões referentes ao consumo de álcool, como fazer a verificação das lesões causadoras de dificuldade de locomoção. Como será considerado paciente que fica 24h em observação no Pronto Socorro, internado no Hospital Escola ou no próprio PS ?

6º dia (03/02/92)

Inter-aplicação dos questionários de adultos e sócio-econômico, em pequenos grupos.

Discussão de dificuldades encontradas.

Distribuição dos questionários e respectivos manuais de instruções.

7º dia (10/02/92)

Discussão das dúvidas encontradas no questionário de adultos.

Distribuição do questionário a ser aplicado para a pesquisa de acidentes na infância.

Leitura e discussão do questionário das crianças.

8º dia (17/02/92)

Dramatização da aplicação do questionário das crianças.

Discussão das dúvidas encontradas.

9º dia (24/02/92)

Demonstração de tomada de Peso e Altura.

Familiarização com os instrumentos.

10º dia (28/02/92) '

Definição do treinamento final, datas para o estudo piloto e trabalho de campo.

#### PROGRAMA DE TREINAMENTO INTENSIVO

1º ciclo (05/03/92)

08:30 - Leitura dos manuais de instruções

10:30 - Ensaio de como se apresentar no domicilio a ser visitado

11:30 - Aplicação dos questionários em tres pequenos grupos

14:00 - Exercício com folha de conglomerado

15:00 - Aplicação do questionário sócio-econômico

16:00 - Exercício de padronização (Peso e altura)

2º ciclo (06/03/92)

08:30 - Leitura do manual de instruções do questionário de acidentes na infância

09:30 - Aplicação do questionário sobre acidentes na infância

10:30 - Leitura do manual de instruções do questionário de adultos

11:00 - Aplicação do questionário de adultos

14:00 - Exercício de padronização

15:00 - Exercício de reconhecimento e orientação em conglomerado

16:00 - Exercício de padronização (Aferição de TA)

#### AMOSTRAGEM

Foram sorteados 25 setores censitários na zona urbana da cidade de Pelotas; em cada setor foi sorteado um

quarteirão e, neste, a esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio, de forma sistemática foram visitados um em cada quatro, sempre no sentido da esquerda de quem está de costas para a porta do domicílio inicial, até completar 36 domicílios por setor. Em cada domicílio, todos os adultos de 20 a 69 anos de idade foram entrevistados, pesados, medidos e tiveram sua pressão arterial aferida. Deve-se salientar que para o estudo dos adultos, tanto sobre HAS quanto Utilização de Serviços de saúde o número de domicílios necessários por setor seria de 28, entretanto para atingir o número de crianças necessárias à pesquisa de acidentes na infância estendeu-se este número para 36. A relação dos setores sorteados está descrita a seguir:

Nº Setor	Localização
01	Av. Brasil (Usina)
02	Av. Bento Gonçalves
03	Centro (UCPEL)
04	D. Pedro I (Fragata)
05	Cohab S. Filho
06	Areal Fundos
07	N.S. Fátima
08	Centro (Clube Comercial)
09	Vila Prieto
10	Cohab Tablada
11	Fragata (Cemitério)
12	Fragata (Gotuzzo)
13	Igreja da Luz
14	Gen. Osório (Beneficência)
15	Centro (XV de Novembro)
16	Bairro Simões Lopes (Norte)
17	Av. Paz (Areal)
18	Sta. Terezinha
19	Cohab Guabiroba
20	Navegantes
21	Cidade de Lisboa esq.
22	Valverde (Laranjal)
23	Cohab Pestano
24	Fragata (Pinheiro Machado)
25	Cohab Lindóia

## ESTUDO PILOTO

Foi realizado em 12/03/92 e 13/03/92 no setor censitário correspondente à frente da Faculdade de Medicina no Bairro Fragata, com o objetivo da testagem final dos instrumentos.

## DURAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados deste estudo começou dia 19/03/92 e terminou 26/06/92.

## CODIFICAÇÃO, DIGITAÇÃO E LIMPEZA DOS DADOS

A codificação realizou-se em três etapas. A primeira foi feita pelos próprios entrevistadores, ao final da jornada diária de trabalho, antes da entrega dos questionários. Outras duas codificações foram realizadas pelos supervisores do estudo tendo se desenvolvido no período compreendido entre junho e setembro de 1992.

Os dados foram digitados duas vezes, por bolsistas devidamente treinados, em um banco de dados do programa EPI INFO durante os meses de agosto e setembro de 1992. Finalmente, a limpeza dos dados ocorreu na segunda quinzena de setembro de 1992.

## ANÁLISE DOS DADOS

Importou-se o banco de dados do EPI INFO para o pacote estatístico SPSS, onde realizou-se a análise uni e bivariada.

Após, utilizou-se o programa EGRET para a realização da análise multivariada por regressão logística não condicional hierarquizada para os fatores de risco para HAS. Nesta, de acordo com o modelo de análise adotado, compuseram a primeira equação:

sexo, idade e cor. Na segunda equação somou-se classe social segundo classificação de Bronfman . A seguir acrescentou-se escolaridade e classe social segundo IBOPE. Na quarta e última equação foram introduzidas as demais variáveis.

A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências e o intervalo de confiança adotado foi de 95%. Para estes cálculos utilizou-se o método STATCALC do programa EPI INFO. Na análise multivariada, a medida de efeito foi a razão de "odds", calculada através do programa Egret.

#### PRINCIPAIS DIFICULDADES

Durante este estudo as principais dificuldades encontradas foram:

- 1) O fato de se trabalhar com uma amostra grande da população da zona urbana da cidade de Pelotas.
- 2) O grande número de trabalhadores de campo tornando delicada a questão da padronização na aplicação dos instrumentos, o que exigiu exaustivo treinamento e acompanhamento por parte dos supervisores.
- 3) A carência de recursos financeiros e de infra estrutura necessários a um estudo desta envergadura.



HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS, RS:  
PREVALENCIA E FATORES DE RISCO

ROBERTO XAVIER PICCINI

CESAR GOMES VICTORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

## RESUMO

O conhecimento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de seus fatores de risco pode ser de grande valor para orientar o planejamento das políticas de saúde.

Para identificar a prevalência de HAS, e sua associação com fatores de risco, realizou-se estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Brasil, sendo examinadas 1657 pessoas.

A prevalência de HAS foi de 19,8%. Os fatores de risco significativamente associados, após controle para fatores de confusão, foram: cor preta, idade avançada, baixa escolaridade, história paterna e materna de HAS, uso de sal adicional à mesa e obesidade. Classe social, que mostrou forte associação com HAS na análise bivariada, teve seu efeito reduzido na análise multivariada, quando houve ajuste por sexo, cor e idade.

## ABSTRACT

The identification of the prevalence of Essential Systemic Hypertension prevalence and its risk factors can be of great value to health policy and planning activities.

To identify the prevalence of hypertension and selected risk factors, a cross sectional study was carried out in Pelotas, Brazil. A representative sample of 1657 adults were studied.

The prevalence of Hypertension was 19,8%. The following variables were significantly associated with hypertension after adjustment for confounding variables: black race, advanced age, low educational level, paternal and maternal history of hypertension, use of additional salt on cooked foods and obesity. The strong association between social class and hypertension found in the bivariety analysis was reduced in the multivariate analysis, after adjustment for age, sex and race.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS,RS: PREVALENCIA E FATORES DE RISCO.

### INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica(HAS) é um importante problema de saúde no Rio Grande do Sul, onde as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em adultos (16).

Entre os portadores de HAS, 85% são hipertensos leves para os quais a identificação do problema e o manejo dos fatores de risco modificáveis pode significar a regressão das cifras tensionais a níveis normais, com redução das consequências nocivas.

Os estudos epidemiológicos sobre HAS tem enfatizado aspectos terapêuticos (1,2,3,6,12,13), aspectos descritivos da prevalência do problema e/ou de seus fatores de risco (7,9,10,11), bem como a associação de HAS com as doenças cardiovasculares(4,6,8).

Em nosso estado, nos últimos anos, dois estudos foram realizados e merecem destaque (14,15), sendo que o último (15) desdobrou-se em quatro bairros da cidade de Porto Alegre, onde HAS foi abordada como um fator de risco para doenças crônico-degenerativas.

Neste sentido realizou-se um estudo epidemiológico transversal de base populacional na zona urbana da cidade de Pelotas com o objetivo de verificar a prevalência de HAS, de alguns de seus fatores de risco, as características do manejo deste problema na população em questão e algumas repercussões sociais do problema.

Neste artigo serão enfocados os resultados relacionados à prevalência de HAS, de alguns de seus fatores de risco e suas associações.

#### METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu na zona urbana da cidade de Pelotas na região sul do Brasil (população de 300.000 habitantes) no período de março a junho de 1992.

O delineamento escolhido foi do tipo transversal de base populacional. Assim, foram sorteados 25 setores sensitários na zona urbana da cidade. Em cada setor era sorteado um quarteirão e, neste, a esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio, de forma sistemática eram visitados um em cada quatro, sempre no sentido da esquerda de quem está de costas para a porta do domicílio inicial, até completar o total de 36 domicílios por setor. Em cada domicílio todos os adultos de 20 a 69 anos de idade eram entrevistados, pesados, medidos e tinham sua pressão arterial aferida.

Calculou-se o tamanho de amostra necessário para detectar uma razão de prevalências igual a 2 para um fator de risco que atinja 20% da amostra, com alfa de 5%, poder de 90% e 15% de doença nos expostos. Esta foi de 1390 pessoas ou cerca de 610 domicílios.

Esta amostra seria também suficiente para estimar uma prevalência de HAS de 15% com erro inferior a 2%.

Devido ao fato de o trabalho de campo estar acoplado a outro estudo que requeria uma amostra maior, o número de domicílios foi expandido para 900, o que resultou em uma amostra

substancialmente superior à requerida. Esta ampliação aumentou o poder estatístico e a precisão do estudo.

Considerou-se como perdas os domicílios onde ninguém estava presente e/ou as recusas. O índice de perdas aceitável foi de 10% , sendo que o ocorrido foi de 9.7%, resultando em 1657 indivíduos examinados.

Participaram do trabalho de campo trinta entrevistadores, estudantes de medicina ( 2º ao 10º semestre), sendo que todos participaram de treinamento prévio e do estudo piloto.

Ocorreu revisita ao acaso em 5% das entrevistas, realizada por um segundo entrevistador, no sentido de comprovar que a entrevista havia sido realizada e verificar a repetibilidade das informações.

Utilizou-se questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente para os dados passíveis de coleta por entrevista, como renda, escolaridade, ocupação, sexo, idade, cor, história familiar de HAS, sedentarismo, tabagismo, consumo de sal e álcool. Balanças de banheiro calibradas foram utilizadas para pesar as pessoas e antropômetros para medi-las.

Para medir obesidade, utilizou-se o Índice de Massa Corporal definido como o peso em kilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. Os pontos de corte para definir obesidade são os adotados pelo " National Health and Examination Survey II" dos EUA ( National Center for Health Statistics, 1978 ), sendo 27,3 Kg/m<sup>2</sup> para mulheres e 27,8 Kg/m<sup>2</sup> para homens.

Utilizou-se esfigmomanômetros aneróides para aferir a pressão arterial, o que foi feito ao final de cada entrevista

(medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito apoiado na altura da região mamária. Considerou-se como PA sistólica o início dos ruídos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruídos auscultatórios (fase IV). Os aparelhos foram aferidos semanalmente, utilizando-se para tal aparelho de mercúrio.

Foram considerados hipertensos aqueles cujas cifras tensionais mostraram valores superiores a 160 mmHg para a sistólica e/ou acima de 95 mmHg para a diastólica, ou aqueles que, apesar de apresentarem cifras abaixo das mencionadas, estavam sob qualquer tratamento farmacológico para HAS.

Dois classificações de classe social foram utilizadas, a do IBOPE e a proposta por Bronfman(17,18).

Para entrada dos dados foi utilizado o programa EPIINFO, sendo a análise realizada com os pacotes estatísticos SPSS e EGRET.

A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências e o intervalo de confiança adotado de 95%.

A análise multivariada foi executada por regressão logística não condicional. De acordo com o modelo teórico que preconiza as relações entre os fatores de risco o primeiro nível hierárquico foi composto por sexo, idade e cor, uma vez que estas podem afetar todas as demais. No segundo nível somou-se a classe social conforme classificação de Bronfman. A seguir acrescentou-se escolaridade e a classe social segundo IBOPE. No quarto e último nível foram introduzidas as demais variáveis.

## RESULTADOS

Dos 1657 indivíduos estudados foram diagnosticados de acordo com os critérios estabelecidos 328 hipertensos, o que representa uma prevalência de 19.8%, sendo: 18 pessoas (5% dos hipertensos) por hipertensão sistólica, 116 pessoas (36% dos hipertensos) por hipertensão diastólica, 91 pessoas (27% dos hipertensos) por hipertensão sistólica e diastólica, e 103 pessoas utilizando medicação anti-hipertensiva (32% dos hipertensos) com cifras tensionais compensadas ou seja dentro dos limites da normalidade.

As tabelas 1 a 4 mostram variáveis demográficas, familiares, comportamentais e socioeconômicas respectivamente.

Em cada uma delas podemos verificar o percentual da amostra que cada categoria representa, a prevalência de HAS em cada subgrupo, a razão de prevalências e seu intervalo de confiança (95%) tomando como categoria de base aquela em que se esperava o menor risco, e também a significância estatística da associação.

Maiores prevalências de HAS foram detectadas entre as pessoas de cor preta. Não conseguiu-se captar diferença significativa entre as prevalências de HAS em ambos os sexos. A ocorrência de HAS aumenta nas pessoas mais idosas (Tabela 1).

História familiar, tanto paterna quanto materna, esteve associada com prevalências significativamente maiores de HAS (Tabela 2).

Entre as variáveis comportamentais o padrão sedentário de atividade física representou fator de risco positiva e significativamente associado com HAS. Uso de álcool até duas vezes por semana e, paradoxalmente, tabagismo atual representaram



fatores de proteção significativos para HAS (tabela 3).

Ambas as classificações de classe social e escolaridade mostraram prevalências maiores de HAS nas categorias sociais menos privilegiadas ( Tabela 4).

Obesidade esteve presente em 33% da amostra, sendo que entre os obesos a prevalência de hipertensão foi também de 33% e a razão de prevalências com relação aos indivíduos normais foi de 2.52 (com IC95% de 2.08 a 3.05) e  $p < 0.001$ .

A análise multivariada por regressão logística de acordo com o modelo teórico descrito, mostrou que persistem como fatores de risco significativamente associados à HAS as seguintes variáveis: cor preta, idade avançada, baixa escolaridade, obesidade, história paterna e materna de HAS. Através desta análise, surge como fator de risco o uso de sal adicional na mesa e desaparecem os efeitos de proteção do álcool e do tabaco (tabela 5).

#### DISCUSSÃO

O delineamento transversal tem como principais vantagens a rapidez, os custos relativamente baixos e possuir atributos que permitem a partir de amostragem representativa de uma população descrever características da mesma e ainda analisar possíveis associações entre os fatores estudados, desde que submetidos a um modelo de análise pré-estabelecido.

A grande limitação deste delineamento é a dificuldade de estabelecer causalidade uma vez que trata-se de um corte no tempo e assim os possíveis determinantes e o desfecho são vistos em um mesmo momento.

As possíveis dificuldades metodológicas seriam o tamanho

*Handwritten notes:*  
... o fato de ...  
... o fato de ...



história familiar, aparecendo o efeito do uso de sal adicional a mesa. Como este último é de baixa prevalência e a maioria dos demais são de abordagem inviável ou muito difícil, a obesidade assume papel de destaque no modelo teórico de determinação da HAS em termos de estratégias de prevenção.

O efeito global da variável classe social não foi significativo na análise multivariada. No entanto, duas categorias, o proletariado típico e o proletariado não típico, permaneceram com risco significativamente aumentado, o que é evidenciado pelo limite inferior do intervalo de confiança maior do que a unidade.

*→ PC. N. explorou este aspecto - luta de classes + unid. teor. de disc. Demit. - Há bastante disc. sobre*  
O aparente efeito protetor da categoria de fumante atual desaparece na análise multivariada, não assumindo tampouco o papel de risco, o que está de acordo com dados de literatura (20).

Os resultados mostram que HAS é um problema prevalente na população adulta de Pelotas. As variáveis sociais representam papel destacado no modelo de determinação da HAS, assim como a história familiar. A obesidade é fator de risco merecedor de especial atenção por sua condição de alta prevalência e possibilidade de modificação através de intervenção adequadamente planejada.

*Assim, a obesidade é um fator de risco para a HAS, assim como a história familiar.*

Tabela 1: Fatores de risco (variáveis demográficas) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
<b>Sexo</b>				=0.2
Feminino	56.5 %	21.2 %	1.00	
Masculino	43.5 %	18.3 %	0.86 (0.71-1.05)	
<b>Cor da pele</b>				=0.001
Branca	81.4 %	18.4 %	1.00	
Preta	18.6 %	26.8 %	1.46 (1.17-1.81)	
<b>Idade em anos estratificada</b>				<0.001
20-29 anos	24.3 %	2.3 %	1.00	
30-39 anos	28.3 %	9.0 %	4.01 (1.97-8.13)	
40-49 anos	19.4 %	27.8 %	12.36 (6.33-24.15)	
50-59 anos	17.2 %	37.1 %	16.49 (8.49-32.02)	
60-69 anos	10.8 %	46.9 %	20.84 (10.72-40.51)	

Total de pessoas = 1657

Tabela 2: Fatores de risco (variáveis familiares) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
<b>História paterna de HAS</b>				<0.001
Não	55.4 %	15.0 %	1.00	
Não sabe	25.3 %	25.5 %	1.70 (1.35-2.13)	
Sim	19.4 %	26.6 %	1.77 (1.40-2.25)	
<b>História materna de HAS</b>				<0.001
Não	44.9 %	14.7 %	1.00	
Não sabe	18.2 %	25.8 %	1.75 (1.35-2.27)	
Sim	36.9 %	23.4 %	1.59 (1.27-1.99)	

Total de pessoas = 1657

*Handwritten notes:*  
 Tabela 1 e 2 mostram os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em Pelotas, Brasil, em 1992. A tabela 1 aborda fatores demográficos, enquanto a tabela 2 aborda fatores familiares. Ambas as tabelas mostram que a prevalência de HAS aumenta com a idade e com a presença de história familiar de HAS. A razão de prevalências e os intervalos de confiança de 95% são apresentados para cada categoria.

Tabela 3: Fatores de risco (variáveis comportamentais) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
<b>Tabagismo</b>				
				=0.003
Nunca fumou	46.9 %	20.9 %	1.00	
Ex-fumante	17.9 %	25.2 %	1.21 (0.95-1.53)	
Fumante atual	35.3 %	16.0 %	0.77 (0.61-0.97)	
<b>Uso de álcool</b>				
				=0.003
Não	49.9 %	22.9 %	1.00	
Sim	50.1 %	17.0 %	0.74 (0.61-0.90)	
<b>Padrão de consumo alcoólico</b>				
				=0.003
Não bebe	50.2 %	23.0 %	1.00	
1 a 3 vezes/mes	19.5 %	15.9 %	0.70 (0.53-0.93)	
1 a 2 vezes/sem	17.5 %	15.0 %	0.66 (0.49-0.89)	
3 a 6 vezes/sem	4.0 %	13.8 %	0.61 (0.33-1.13)	
Diariamente	8.9 %	24.0 %	1.05 (0.77-1.44)	
<b>Sempre Adiciona sal na mesa</b>				
				=0.2
Não	96.4 %	19.5 %	1.00	
Sim	3.6 %	26.7 %	1.36 (0.89-2.10)	
<b>Ingesta de embutidos no último mês</b>				
				<0.001
Não comeu	41.9 %	23.9 %	1.00	
comeu	58.1 %	17.0 %	0.71 (0.59-0.86)	
<b>Comer churrasco no último mês</b>				
				=0.09
Não comeu	46.0 %	21.8 %	1.00	
Comeu	54.0 %	18.3 %	0.84 (0.69-1.02)	
<b>Padrão de atividade física no último ano</b>				
				<0.001
Ambos	8.4 %	7.9 %	1.00	
Só lazer	16.2 %	17.8 %	2.27 (1.22-4.23)	
Só deslocamento	19.5 %	15.2 %	1.93 (1.04-3.60)	
Nenhum	55.8 %	23.8 %	3.03 (1.70-5.40)	

Total de pessoas = 1657

Tabela 4: Fatores de risco (variáveis socioeconômicas) para hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Varíável	Percentual da amostra	Prevalência de HAS (%)	Razão de prevalências (int. conf. de 95%)	P
Nível Escolaridade completado				<0.001
≥ 11 a.	25.7 %	10.6 %	1.00	
8-10 a.	18.5 %	10.8 %	1.02 (0.67-1.56)	
5-7 a.	27.9 %	19.5 %	1.84 (1.32-2.57)	
1-4 a.	19.2 %	29.9 %	2.83 (2.05-3.91)	
→ Sem estudo	8.8 %	44.8 %	4.24 (3.05-5.90)	
Classe social				=0.03
Burg/nov.pq.burg	10.2 %	11.8 %	1.00	
Peq.burg.trad.	10.2 %	18.0 %	1.52 (0.95-2.43)	
Prolet. n. típico	44.5 %	20.2 %	1.71 (1.10-2.64)	
Prolet. típico	13.9 %	23.8 %	2.01 (1.26-3.22)	
Subproletariado	7.4 %	22.8 %	1.92 (1.14-3.25)	
Fora da P.E.A.	3.7 %	25.8 %	2.18 (1.21-3.93)	
Classe social segundo classificação IBOPE				=0.006
Classe A/B	10.3 %	14.0 %	1.00	
Classe C	23.2 %	15.6 %	1.11 (0.72-1.72)	
Classe D	35.5 %	21.4 %	1.53 (1.02-2.28)	
Classe E	31.0 %	23.0 %	1.64 (1.09-2.45)	

Total de pessoas = 1657

45  
14  
59

Tabela 5: Análise multivariada por regressão logística hierarquizada de fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Odds Ratio (I.C. 95%)	p
<b>Sexo(1)</b>		0.06
Feminino	1.00	
Masculino	0.77 (0.58-1.01)	
<b>Idade(1)</b>		< 0.001
20-29 anos	1.00	
30-39 anos	4.49 ( 2.15- 9.37)	
40-49 anos	17.44 ( 8.59-35.38)	
50-59 anos	28.32 (13.94-57.53)	
60-69 anos	42.00 (20.26-87.08)	
<b>Cor(1)</b>		< 0.001
Branca	1.00	
→ Preta	2.11 (1.52-2.92)	
<b>Classe Social(2)</b>		0.2
Burg./Nov.Peq.Burg.	1.00	
Peq.Burg.Trad.	1.43 (0.80-2.56)	
Prolet.Não Típico	1.77 (1.04-3.03)	
→ Prolet. Típico	2.09 (1.14-3.82)	
Subproletariado	1.45 (0.72-2.91)	
Fora da P.E.A.	1.36 (0.60-3.07)	
<b>Nível de escolaridade completado(3)</b>		0.004
≥ 11 anos	1.00	
8-10 anos	0.88 (0.52-1.49)	
5- 7 anos	1.36 (0.87-2.14)	
1- 4 anos	1.60 (1.00-2.55)	
Sem estudo	2.31 (1.34-3.96)	
<b>Classe Social segundo classificação IBOPE(3)</b>		0.6
Classe A/B	1.00	
Classe C	0.95 (0.50-1.82)	
Classe D	1.13 (0.58-2.22)	
Classe E	0.92 (0.45-1.90)	
<b>Índice de massa corporal(QUETELET)(4)</b>		< 0.001
Normal	1.00	
→ Obeso	2.03 (1.52-2.71)	
<b>Padrão de atividade física no último ano(4)</b>		0.4
Ambos	1.00	
Só lazer	1.07 (0.49-2.30)	
Só deslocamento	1.51 (0.70-3.22)	
Nenhum	1.41 (0.69-2.89)	
<b>Tabagismo(4)</b>		0.5
Nunca fumou	1.00	
Ex-fumante	1.17 (0.80-1.71)	
Fumante	0.92 (0.65-1.29)	

*Atividade física*

*Atividade física*

*Atividade física*

Continuação da Tabela 5: Análise multivariada por regressão logística hierarquizada de fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, Pelotas, Brasil, 1992.

Variável	Odds Ratio (I.C. 95%)	p
Uso de álcool(4)		0.6
Não	1.00	
Sim	1.08 (0.80-1.45)	
Sempre adiciona sal na mesa(4)		0.02
Não	1.00	
Sim	2.41 (1.18-4.91)	
Comer Churrasco no último mes(4)		0.7
Não	1.00	
Sim	1.06 (0.78-1.45)	
Ingesta de embutidos no último mes(4)		0.5
Não	1.00	
Sim	0.90 (0.67-1.21)	
História familiar Paterna de Hipertensão(4)		< 0.001
Não	1.00	
Não sabe	1.20 (0.86-1.67)	
Sim	2.16 (1.51-3.08)	
História familiar Materna de Hipertensão(4)		0.004
Não	1.00	
Não sabe	0.97 (0.58-1.61)	
Sim	1.66 (1.19-2.31)	

Total de pessoas = 1657

(1) Modelo 1: sexo idade e cor

(2) Modelo 2: modelo (1) mais classe social.

(3) Modelo 3: modelo (2) mais escolaridade e classe social segundo IBOPE.

(4) Modelo 4: modelo (3) acrescido dos demais fatores de risco.

*Handwritten notes:*  
 e 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10  
 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10



## BIBLIOGRAFIA

1. Gill, J.S. et al. Relation between initial blood pressure and its fall with treatment. *The Lancet*; 567-569; 1985.
2. Cruickshank, J.M. et al. Benefits and potential harm of lowering high blood pressure. *The Lancet*; 581-583; 1987.
3. Editorial. Treatment of hypertension: the 1985 results. *The Lancet*; 645-647; 1985.
4. The European Working Party On High Blood Pressure In The Elderly. Mortality and Morbidity Results From The EWPHP. *The Lancet*; 1349-1354; 1985.
5. Achutti, A. e Medeiros, A.. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *B.Sabde, Porto Alegre* 12 (1); 6-54; Jul. 1985.
6. Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group. The Effect of Treatment on Mortality in Mild Hypertension. *The New England Journal of Medicine*. Oct. 14. Vol. 307. N. 16; 976-980. 1982.
7. Weinberger, M.H. et al. Dietary sodium restriction as adjunctive treatment of hypertension. *JAMA*. May 6, vol 259, N. 17; 2561-2565; 1988.
8. Richard, J.L.. The epidemiology of coronary heart disease: A review. *Effective health care*. Vol 2; N. 5; 197-208. 1985.
9. Millar, W.J. e Stephens, T.. The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. *American Journal of Public Health*. Vol. 77; n. 1; Jan; 38-41; 1987.
10. Sacks, F.M. et al. Blood Pressure in Vegetarians. *American Journal of Epidemiology*. Vol 100; N. 5; 390-398; 1974.
11. Saunders, J.B.. Alcohol: An important cause of hypertension. *British Medical Journal*. Vol 294; N. 6579; 1045-1046; 1987.
12. Management Committee. The Australian Therapeutic Trial In Mild Hypertension. *The Lancet*; i; 1261-1267; 1980.
13. Medical Research Council Working party. MRC Trial of Treatment of Mild Hypertension. Principal Results. *British Medical Journal*; 291; 97-104; 1985.
14. Costa, E. A. Hipertensão Arterial como problema de massa no Brasil: Caracteres epidemiológicos e fatores de risco. *Ciência e Cultura*. 35 (11): 1642-49, 1983.
15. Duncan, B.B. As Desigualdades Sociais na Distribuição de Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis. Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica. UFRGS. Porto Alegre. 1991.

16. Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Dez principais causas de óbitos por região, Brasil-1977 a 1988. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Ano I, Nº4, setembro 1992.
17. Lombardi C., Bronfman M., Facchini L.A., Victora C.G., Barros F.C., Beria J.U., Teixeira A.M.B.. Operacionalização do Conceito de Classe Social em Estudos Epidemiológicos. Revista de Saúde Pública(São Paulo) 1988;12:5.
18. Bronfman M., Tuñán R.A.. La Desigualdad Social ante la Muerte. Clases Sociales y Mortalidad en la Niñez. Cuadernos Médico Sociales. CESC 29-30, 198-4. 1985: 53-75.
19. Miller D.L., Farmer R.D.T.. Epidemiology of Diseases. Blackwell Scientific Publications. London. 1982:122-135.
20. Peach, H.; Heller, R.F. Epidemiology of Common Diseases. William Heinemann Medical Books Limited. London. 1984:105-107.
21. Victora, C. G. et al. The role of hierarchical models in statistical analysis of determinants of infectious diseases in childhood. 1993. Submetido para publicação.
22. Fry, J.. Doenças Comuns: Incidência, Natureza e Tratamento. Editora Manole Ltda. 1977:139-149.
23. Hurst, J.W. The Heart. New York: Blakinston, 1978:1390-1393.

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS:  
MANEJO E REPERCUSSOES SOCIAIS**

**ROBERTO XAVIER PICCINI**

**CESAR GOMES VICTORA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é problema de alta prevalência em muitas localidades do Brasil e no exterior.

Realizou-se estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas, Brasil, para identificar a prevalência de HAS, suas repercussões sociais e características de seu manejo.

A prevalência de HAS na faixa etária de 20-69 anos foi de 19.8%. Dois terços dos hipertensos têm conhecimento do problema, mais da metade usa medicação específica mas apenas um terço encontra-se compensado. A prevenção de fatores de risco prevalentes como sedentarismo e obesidade foi abordada apenas para a metade ou menos dos pacientes que consultaram para manejo da HAS.

Quanto à avaliação de órgãos alvo, exames importantes como Rx de coração e fundo de olho foram realizados em menos da metade dos hipertensos.

Consultar com médicos diferentes foi a única variável associada com o controle tensional, Risco Relativo = 1.35 (IC 95%=1.02 a 1.71).

Destacam-se os índices de absenteísmo (25%), redução de carga de trabalho(34%) e aposentadoria precoce (10%) devido à HAS.

## ABSTRACT

Many Brazilian cities have high prevalences of Essential Systemic Hypertension.

We carried out a cross sectional study in Pelotas, Brazil to identify the prevalence of hypertension, its medical management and selected social repercussions.

The prevalence of hypertension was 19.8%. Two thirds of hipertensives known their condition, half use specific medications and one third are compensated. The need to control prevalent risk factors like sedentary life and obesity was not mentioned to more than half of the patients in clinical care.

Relevant examinations for target organ damage such as ocular fundus and chest x-ray were carried out for less than half of the hipertensives.

Resorting to more than one physician for health care was the only variable associated with compensated blood pressure, RR=1.35 (CI 95% = 1.02 to 1.71).

High levels of absenteism(25%), reduction of the work load(34%) and early retirement(10%) were found among hypertensives.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM PELOTAS: MANEJO E REPERCUSSÕES SOCIAIS

### INTRODUÇÃO

O Estado do Rio Grande do Sul tem entre as principais causas de morte em adultos as doenças cardiovasculares(16).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos mais potentes e universais fatores de risco para as doenças cardiovasculares(20).

Realizou-se estudo transversal de base populacional na zona urbana da cidade de Pelotas com os objetivos de: identificar a prevalência de HAS e de alguns de seus fatores de risco na população de 20 a 69 anos de idade, identificar características do manejo deste problema na população em questão e levantar indicadores da repercussão social da HAS.

Objetivou-se ainda testar modelo de análise que relacione controle tensional com: sexo, idade, cor, classe social, escolaridade, obesidade, tabagismo, distância ao local de consulta e consultar com o mesmo médico no último ano.

### METODOLOGIA

O delineamento escolhido para o presente estudo foi do tipo transversal de base populacional, tendo se desenvolvido no período de março a junho de 1992. Foram sorteados 25 setores censitários na zona urbana da cidade de Pelotas(300.000 habitantes), sendo em cada um destes sorteado um quarteirão e uma esquina para iniciar o estudo. A partir do primeiro domicílio eram visitados um em cada quatro de forma sistemática, sempre no sentido da esquerda de quem esta de costas para o domicílio inicial até completar o total de 36 domicílios por setor.

Tentou-se entrevistar, pesar, medir e aferir a pressão arterial de todos os adultos de 20 a 69 anos de idade residentes nos domicílios visitados.

A amostra necessária calculada a partir de uma prevalência estimada de HAS de 15% com um erro aceitável de 2%, foi de 1529 pessoas, que corresponde a 664 domicílios, estimando que existam 2.28 pessoas nesta faixa etária por domicílio.

O índice de perdas aceitável foi de 10% , sendo que o ocorrido foi de 9.7%, o que resultou em 1657 indivíduos examinados.

Revisitas ao acaso foram feitas em 5% das entrevistas, no sentido de comprovar que a entrevista havia sido realizada e verificar a repetibilidade dos dados obtidos.

Questionário padronizado, pré-codificado e testado previamente foi utilizado para os dados passíveis de coleta por entrevista.

Balanças de banheiro calibradas foram utilizadas para pesar as pessoas e antropômetro para medi-las.

O Índice de Massa Corporal definido como o peso em kilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado foi utilizado para medir obesidade. Os pontos de corte para definir obesidade são os adotados pelo " National Health and Examination Survey II" dos EUA ( National Center for Health Statistics, 1978), sendo 27,3 Kg/m<sup>2</sup> para mulheres e 27.8 Kg/m<sup>2</sup> para homens.

Esfigmomanômetros aneróides foram adotados para aferir a pressão arterial, o que foi feito ao final de cada entrevista (medida única), com a pessoa sentada tendo o braço direito

apoiado na altura da região mamária, considerando como PA sistólica o início dos ruídos auscultatórios e a PA diastólica o ponto de extinção dos ruídos auscultatórios (fase IV), os aparelhos foram aferidos uma vez por semana pelo pesquisador, utilizando para tanto aparelho de mercúrio.

Aqueles cujas cifras tensionais mostraram valores superiores a 160 mmHg para a sistólica e/ou acima de 95 mmHg para a diastólica e/ou que apesar de apresentarem cifras abaixo das mencionadas estavam sob qualquer tratamento farmacológico para HAS, foram diagnosticados como hipertensos.

Utilizou-se para classificação de classe social a do IBOPE e a proposta por Bronfman(17,18).

O programa EPIINFO foi utilizado para a entrada dos dados, a análise foi realizada através dos pacotes estatísticos SPSS e EGRET.

## RESULTADOS

De acordo com os critérios utilizados foram diagnosticados 328 hipertensos entre os 1657 examinados, o que corresponde a uma prevalência de 19.8%.

Os critérios diagnósticos e a distribuição da amostra segundo os mesmos podem ser vistos na tabela 1.

As características em termos de sexo, cor e idade são as expostas na tabela 2.

Esta população foi estudada em termos de classe social e escolaridade. Ambas as classificações de classe social mostraram uma reduzida proporção (< 10%) de indivíduos nas classes mais elevadas e a grande maioria da amostra nas classes menos



privilegiadas. Estes dados bem como os referentes à escolaridade encontram-se dispostos na figura 1.

A distribuição dos hipertensos conforme conhecimento da doença, aderência ao tratamento e controle tensional mostra que apesar de dois terços dos hipertensos terem conhecimento da doença e mais da metade usar medicação específica para este fim, apenas um terço deles encontram-se compensados. A visão do conjunto destes dados esta descrita na figura 2.

Estudou-se ainda nesta amostra a presença dos seguintes fatores de risco:- História paterna e materna de HAS, tabagismo, uso de álcool, uso de sal adicional, obesidade e sedentarismo. Destes, tabagismo não se confirmou como fator de risco (5). A distribuição destes fatores na população de hipertensos pode ser observada na tabela 3.

Chamam a atenção as prevalências elevadas de obesidade, uso de álcool e sedentarismo, por se tratarem de fatores passíveis de modificação com possíveis repercussões positivas na evolução do problema em questão.

A tabela 4 mostra as recomendações feitas em consulta médica aos pacientes hipertensos relativas ao manejo dos fatores de risco estudados. Destaca-se que fatores de risco prevalentes como obesidade e sedentarismo foram abordados apenas para a metade ou menos dos pacientes que consultaram.

A atenção posta na avaliação de órgãos alvo de HAS foi verificada através da realização de : Eletrocardiograma, Rx de coração, Fundo de olho e dosagem de ureia e creatinina (como provas de função renal). Os dados podem ser apreciados na

- HAS como doença sistêmica:

1ª avaliação: avaliação da função renal 41

- info. diet. → prev. 20% das ad.

- terapia farmac. com atord. → id. 10%

- ...

- ...

figura 3., onde destaca-se a pequena proporção de pacientes nos quais foi realizado exame de fundo de olho.

Explorou-se a possibilidade de associação entre o controle tensional (compensado ou não) com : sexo, idade, cor, classe social, escolaridade, obesidade, tabagismo, distância ao local de consulta e consultar com o mesmo médico. Destes, apenas consultar com o mesmo médico se mostrou significativo ( $p=0.05$ ), sendo que o fato de não consultar com o mesmo médico mostrou um Risco Relativo de 1.35 (IC 95% = 1.02 a 1.71).

Foram colhidas informações a respeito de repercussões sociais da HAS na amostra estudada. Destaca-se nestes resultados as informações a respeito do absenteísmo (25%), redução de carga de trabalho (34%) e aposentadoria por HAS (10%), fatos que representam parte importante do custo social deste problema. A análise destas variáveis foi restrita aos sujeitos que foram ou são empregados (Tabela 5).

#### DISCUSSÃO

O desenho transversal tem importantes aspectos positivos como representatividade, rapidez e custo acessível, daí sua escolha.

Quanto as dificuldades metodológicas inerentes a este tipo de delineamento como: tamanho amostral, seleção da mesma e aspectos logísticos, mereceram cuidadosa abordagem por parte dos pesquisadores.

Entre os principais resultados encontrados destaca-se que 70% dos hipertensos estejam na faixa dos 30 aos 59 anos de idade, idade altamente produtiva (tabela 1.). Um quarto destas pessoas

→ <sup>42</sup> Percepções locais da HAS, de que há um  
— à nível de comunidade  
/ 2010

faltaram ao trabalho no último ano devido a este problema e ainda mais grave, pelo caráter definitivo, é o fato de um terço deles ter reduzido sua carga laboral e 10% haver se aposentado precocemente (tabela 5.).

Com exceção do uso de sal adicional, os demais fatores de risco estudados estão presentes em cerca de um terço ou até na metade dos hipertensos em nossa amostra (tabela 2) . Apesar disto, e embora apenas história familiar não seja passível de modificação, nas consultas médicas realizadas para acompanhamento de HAS estes fatores deixaram de ser abordados para a metade ou mais destes pacientes(tabela 3).

Ainda no que tange ao acompanhamento destes pacientes, verificamos que o exame de fundo de olho, dado de excepcional valor e fácil de realizar, uma vez que faz parte do exame físico adequado aos hipertensos, foi feito em menos da metade das pessoas de nossa amostra ao longo do tempo em que vêm sendo acompanhadas (Figura 3).

Assim não deve surpreender-nos o fato de que dois terços dos hipertensos tenham conhecimento desta condição, mais da metade use algum fármaco anti-hipertensivo e apenas um terço esteja compensado ( cifras tensionais dentro da normalidade). Apesar destas deficiências estes dados diferem positivamente dos encontrados na literatura (19).

Resultado que merece destaque especial é a associação entre consultar com o mesmo médico e o estado compensado da HAS, como única associação significativa entre aquelas testadas.

Podemos a partir dos dados expostos afirmar que, na cidade de Pelotas, HAS é um problema de alta prevalência em uma faixa

↙  
literatura com hipertensão - não feita e definitiva de 2000. A  
de Pelotas.

produtiva da população, que a maior parte dos hipertensos tem conhecimento do problema, que mais da metade usam medicação, que os fatores de risco não são abordados pelo manejo médico, que apenas um terço dos hipertensos estão compensados e ainda que o custo social em termos de absenteísmo, redução de carga laboral, e aposentadoria precoce é elevado.

Estes dados permitem pensar que o tratamento da HAS tem sido um ritual mal sucedido, posto que não atinge seu objetivo principal, ou seja a compensação do quadro tensional e o manejo dos seus fatores de risco.

Qualquer proposta para abordar HAS em termos populacionais, que não leve em consideração a relevância do manejo dos fatores de risco modificáveis, a necessidade de um novo enfoque para o tratamento farmacológico neste cenário e fundamentalmente o papel essencial da relação de um médico com seu paciente ao longo do tempo no sucesso do cuidado continuado, estará perpetuando um enfoque ritualístico, mal sucedido e de custo social inaceitável.

Tabela 1: Distribuição da amostra de hipertensos quanto aos critérios diagnósticos de Hipertensão arterial sistêmica. Pelotas, Brasil, 1992.

Critérios diagnósticos de HAS	n	%
Hipertensão diastólica	116	36
Em tratamento antihipertensivo com cifras tensionais normais	103	32
Hipertensão sistólica e diastólica	91	27
Hipertensão sistólica	18	5
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100</b>

N=328

Tabela 2: Caracterização da amostra de hipertensos quanto a sexo, cor e idade. Pelotas, Brasil, 1992.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	131	40
Feminino	197	60
<b>Cor</b>		
Branca	246	75
Preta	82	25
<b>Idade</b>		
20-29	9	3
30-39	42	13
40-49	89	27
50-59	105	32
60-69	83	25

N=328

Tabela 3: Distribuição dos fatores de risco estudados nos hipertensos de Pelotas. Pelotas, Brasil, 1992.

Fator De Risco	Frequência	%
Sedentarismo	220	67
Obesidade	181	55
Uso de Alcool	140	43
História Materna de HAS	142	43
Tabagismo	93	28
História Paterna de HAS	85	26
Uso de Sal Adicional	16	5

N=328

← PG a amostra de 1992  
 com critérios de HAS  
 classe normal.  
 ↳ recordada  
 CI Med. 1992?

Tabela 4: Recomendações feitas em consulta médica aos pacientes portadores de HAS quanto ao manejo de fatores de risco. Pelotas, Brasil, 1992.

Recomendação	Sim %	Total
Comer menos sal	89	238
Comer menos gordura	78	237
Emagrecer	57	236
Fazer exercícios	42	238
Não fumar	37	154
Não comer gordura	37	238
Fumar menos	34	155
Comer sem sal	29	238

\*OBS.: As diferenças entre os totais devem-se as diferenças nos valores ignorados de cada uma das recomendações. Pessoas que não consultaram foram excluídas.

Tabela 5: Repercussões sociais da HAS na amostra populacional estudada. Pelotas, Brasil, 1992.

Repercussão	Sim %	Total
Trabalhou menos devido a HAS	34	201
Faltou ao trabalho no último ano por HAS	25	151
Mudou de trabalho por HAS	10	162
Aposentou-se por HAS	10	178
Hospitalizou no último ano por HAS	4	328

\*OBS.: As diferenças entre os totais devem-se as diferenças nos valores ignorados em cada um dos quesitos. Nas questões relativas a trabalho foram excluídas as pessoas que nunca trabalharam.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gill, J.S. et al. Relation between initial blood pressure and its fall with treatment. *The Lancet*; 567-569; 1985.
2. Cruickshank, J.M. et al. Benefits and potential harm of lowering high blood pressure. *The Lancet*; 581-583; 1987.
3. Editorial. Treatment of hypertension: the 1985 results. *The Lancet*; 645-647; 1985.
4. The European Working Party On High Blood Pressure In The Elderly. Mortality and Morbidity Results From The EWPHP. *The Lancet*; 1349-1354; 1985.
5. Piccini R., Victora C.G.. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pelotas, RS: Prevalência e Fatores de Risco. 1993. Submetido para publicação.
6. Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group. The Effect of Treatment on Mortality in Mild Hypertension. *The New England Journal of Medicine*. Oct. 14 . Vol. 307. N. 16; 976-980. 1982.
7. Weinberger, M.H. et al. Dietary sodium restriction as adjunctive treatment of hypertension. *JAMA*. May 6, vol 259, N. 17; 2561-2565; 1988.
8. Richard, J.L.. The epidemiology of coronary heart disease: A Review. *Effective health care*. Vol 2; N. 5; 197-208. 1985.
9. Millar, W.J. e Stephens, T.. The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. *American Journal of Public Health*. Vol. 77; n. 1; Jan; 38-41; 1987.
10. Sacks, F.M. et al. Blood Pressure in Vegetarians. *American Journal of Epidemiology*. Vol 100; N. 5; 390-398; 1974.
11. Saunders, J.B.. Alcohol: An important cause of hypertension. *British Medical Journal*. Vol 294; N. 6579; 1045-1046; 1987.
12. Management Committee. The Australian Therapeutic Trial In Mild Hypertension. *The Lancet*; i; 1261-1267; 1980.
13. Medical Research Council Working party. MRC Trial of Treatment of Mild Hypertension. Principal Results. *British Medical Journal*; 291; 97-104; 1985.
14. Costa, E. A. Hipertensão Arterial como problema de massa no Brasil: Caracteres epidemiológicos e fatores de risco. *Ciência e Cultura*. 35 (11): 1642-49, 1983.
15. Duncan, B.B. As Desigualdades Sociais na Distribuição de Fatores de Risco para Doenças não Transmissíveis. Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica. UFRGS. Porto Alegre. 1991.

16. Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Dez principais causas de óbitos por região, Brasil-1977 a 1988. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Ano 1, N°4, setembro 1992.

17. Lombardi C., Bronfman M., Facchini L.A., Victora C.G., Barros F.C., Beria J.U., Teixeira A.M.B.. Operacionalização do Conceito de Classe Social em Estudos Epidemiológicos. Revista de Saúde Pública(São Paulo) 1988;12:5.

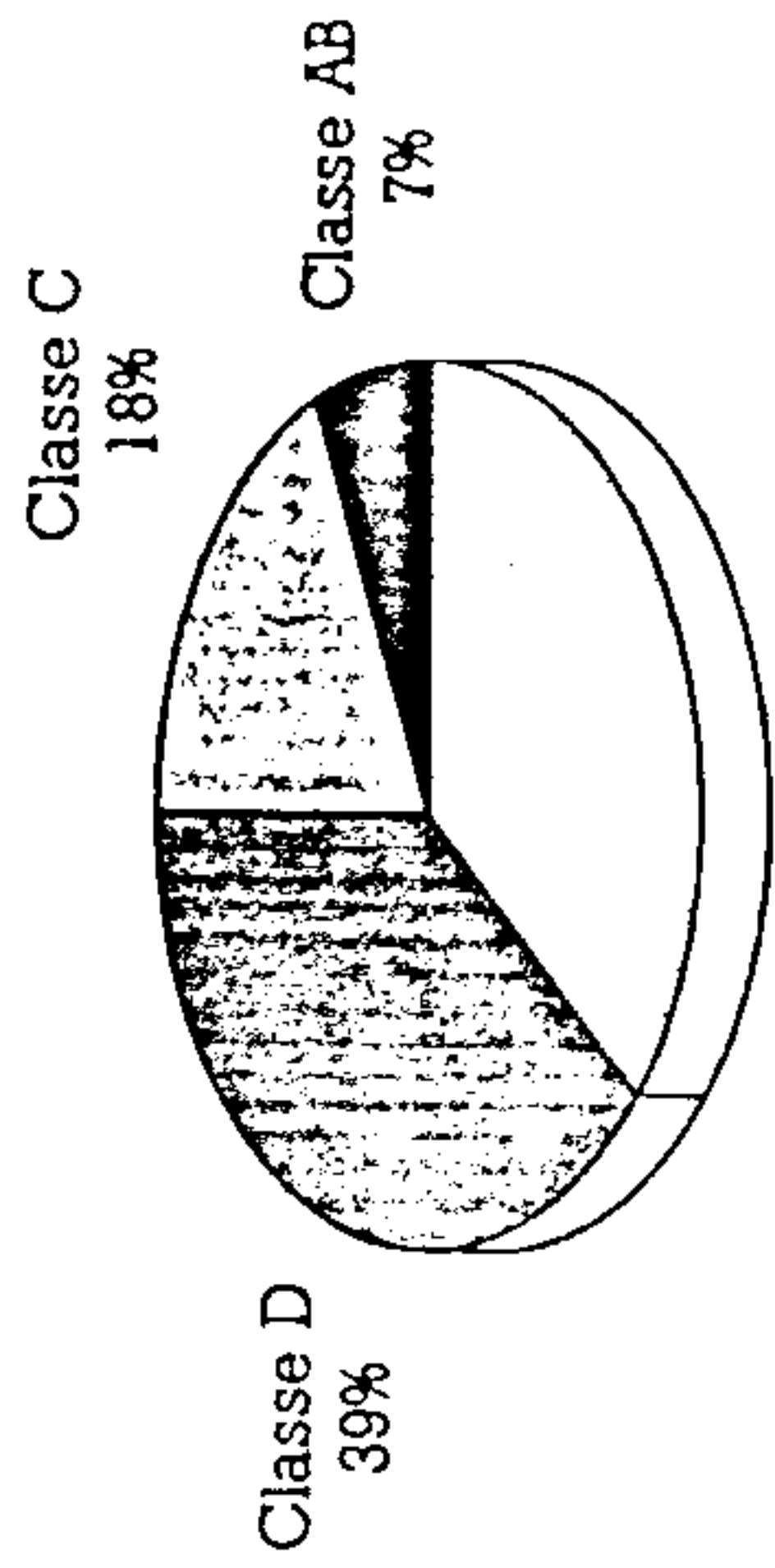
18. Bronfman M., Tuirán R.A.. La Desigualdad Social ante la Muerte. Clases Sociales y Mortalidad en la Niñez. Cuadernos Medico Sociales. CESC 29-30, 198-4. 1985: 53-75.

19. Miller D.L., Farmer R.D.T.. Epidemiology of Diseases. Blackwell Scientific Publications. London. 1982:122-135.

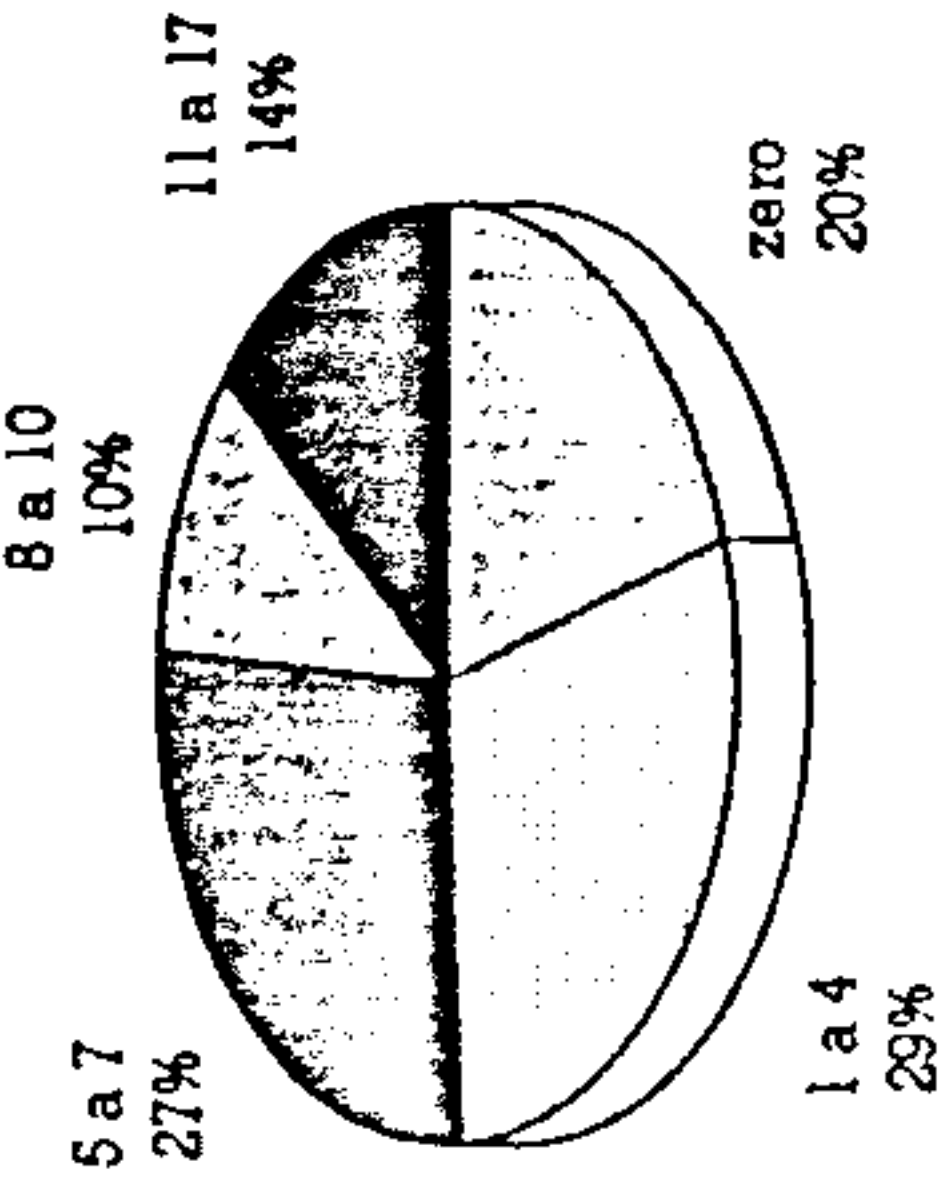
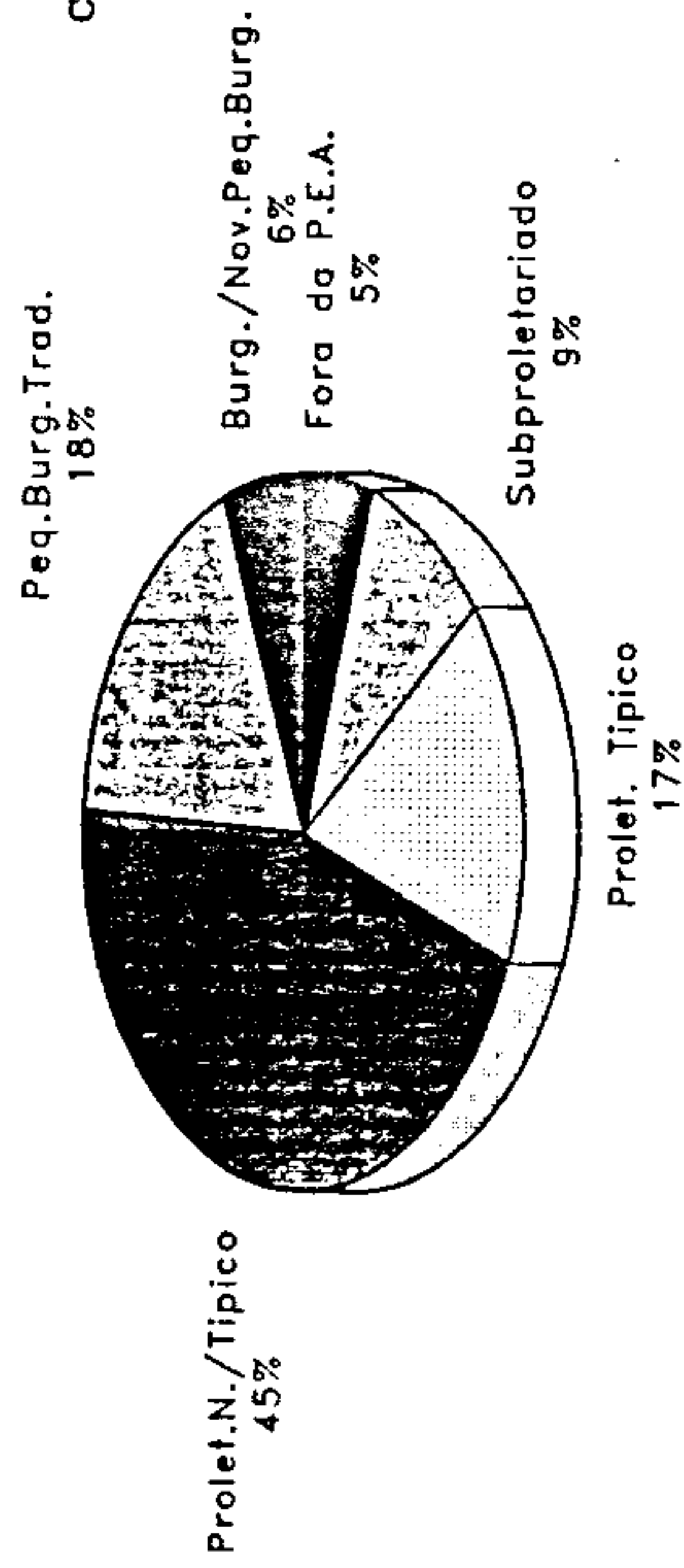
20. Peach, H.; Heller, R.F. Epidemiology of Common Diseases. William Heinemann Medical Books Limited. London. 1984:105-107.



# HIPERTENSAO CONFORME CLASSE SOCIAL E ESCOLARIDADE



Classe E  
36%

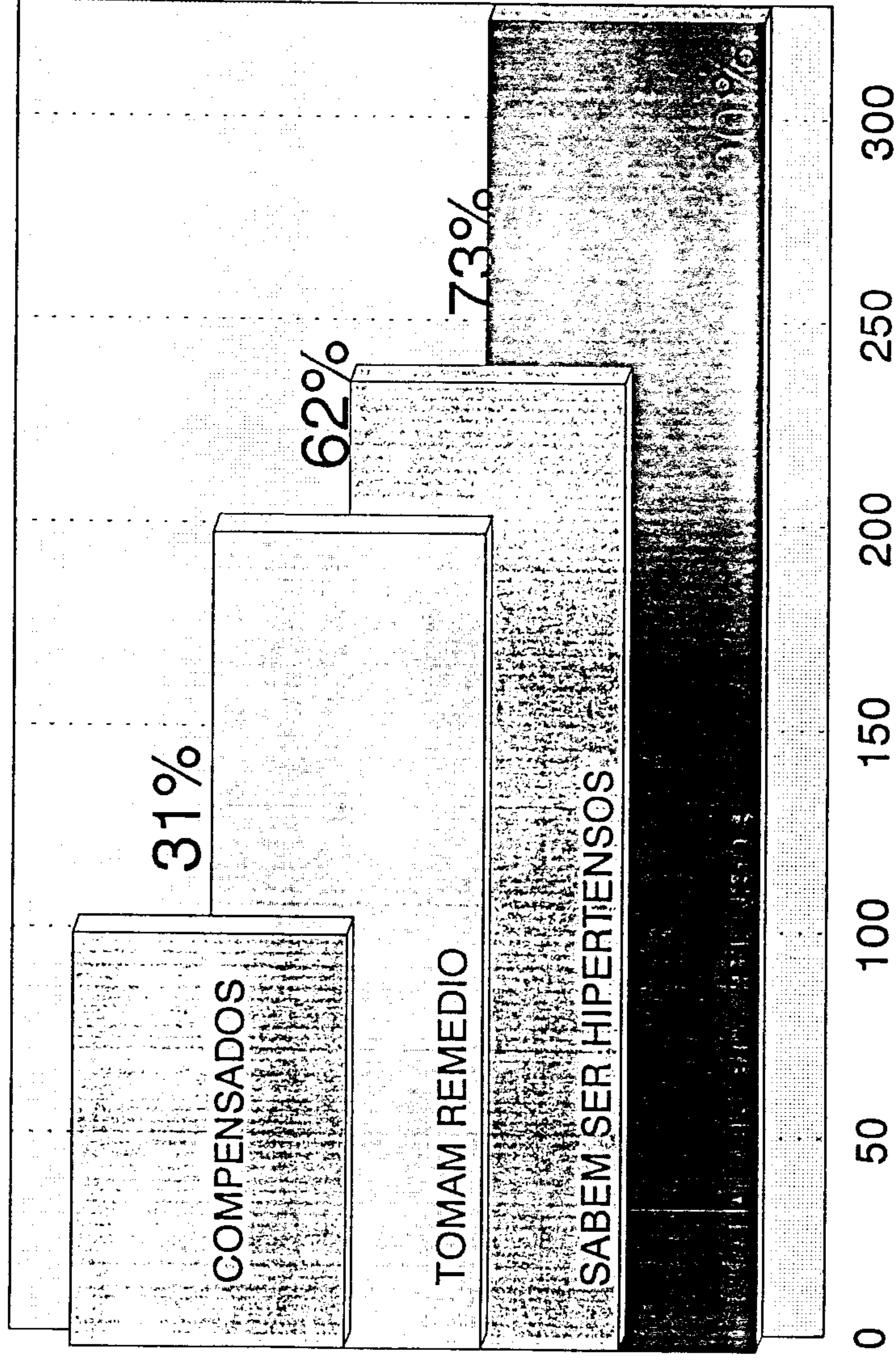


Escolaridade  
em anos

classe social

FIGURA 1

DISTRIBUICAO DOS HIPERTENSOS CONFORME CONHECIMENTO DA DOENCA,  
ADERENCIA AO TRATAMENTO E CONTROLE TENSIONAL.



PELOTAS, 1992.

FIGURA 2

# Exames avaliados

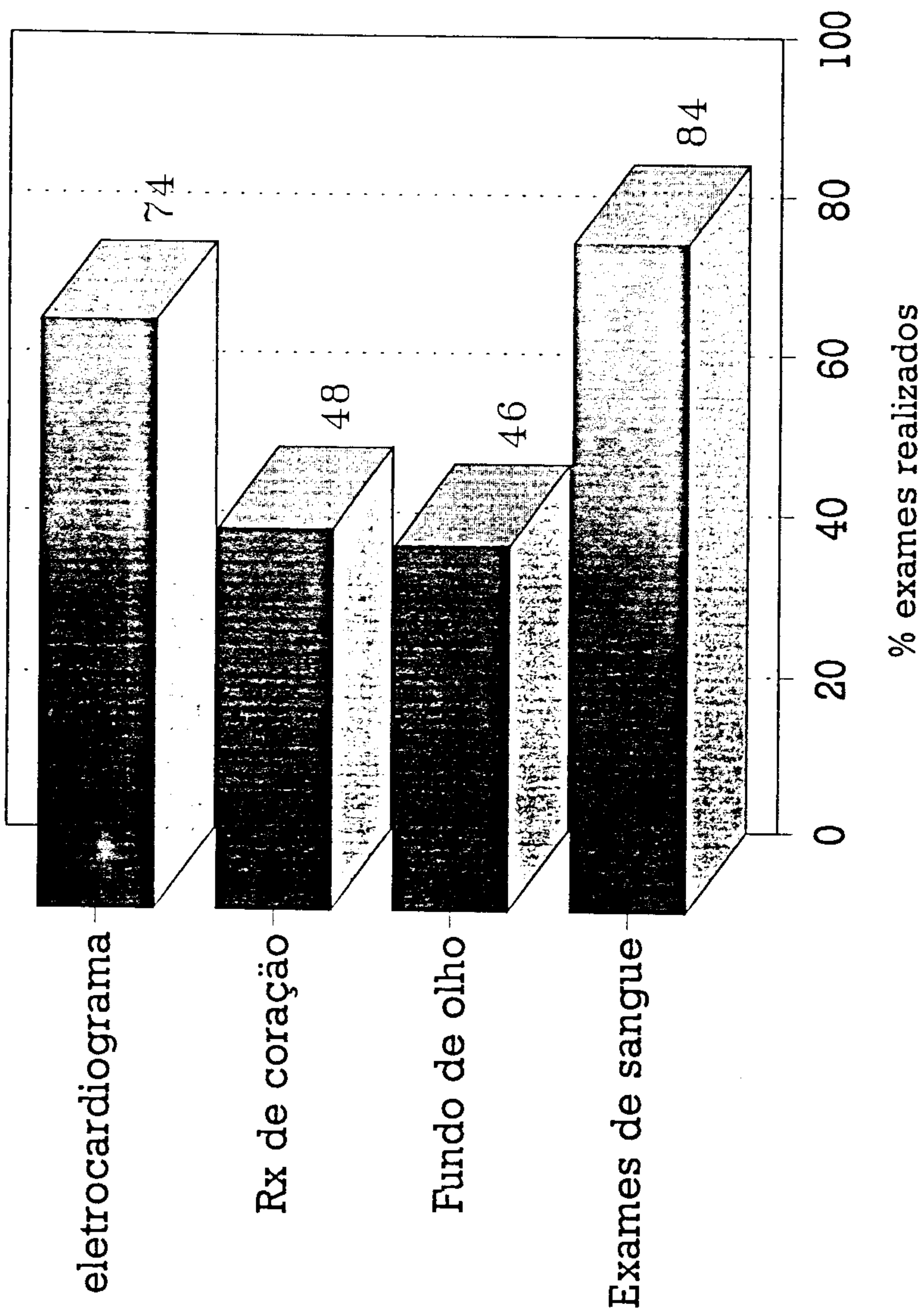


Figura 3

# **ANEXOS**

HAS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NAS  
PESSOAS DE 20 A 69 ANOS RESIDENTES NA ZONA  
URBANA DE PELOTAS

QUESTIONÁRIO DOS ESTUDOS TRANSVERSAIS

1. DATA \_ / \_ / \_

2. HORARIO DE INICIO DA ENTREVISTA \_ \_ , \_ \_ hs

3. ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

ENTREV \_\_\_\_\_

4. N° SETOR \_ \_ FAMILIA \_ \_ PESSOA \_ \_

NSET \_\_\_\_\_  
NPES \_\_\_\_\_

5. QUAL O SEU NOME (PREENCHER NOME COMPLETO):

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

FONE: \_\_\_\_\_

AS RESPOSTAS AOS ITENS 6 E 7 DEVEM SER DE SIMPLES  
OBSERVAÇÃO, AS PERGUNTAS NÃO DEVEM SER FORMULADAS

6. SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO

SEX \_\_\_\_\_

7. COR: (1) BRANCA (2) PRETA  
(3) MULATA ( ) OUTRA \_\_\_\_\_

COR \_\_\_\_\_

8. QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO? \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

DN \_\_\_\_\_

9. QUAL A SUA IDADE COMPLETA ? \_ \_ .

IDAN \_\_\_\_\_

10. O Sr. (a) VIVE COM ESPOSA(O) OU COMPANHEIRA(O)?  
(1) SIM (2) NÃO

VICOMP \_\_\_\_\_

SE A RESPOSTA FOR SIM PULE PARA A PERGUNTA N° 12

11. O Sr. (a) JÁ VIVEU COM ESPOSA(O) OU  
COMPANHEIRA(O) ANTES ?  
( ) SIM É VIUVO OU SEPARADO? (1) VIUVO(A)  
(2) SEPARADO(A)  
(3) NÃO

COMPAS \_\_\_\_\_

12. SEU PAI OU SUA MÃE TEM OU TINHAM PRESSÃO ALTA?  
PAI (1) SIM (2) NÃO (9) IGN.  
MAE (1) SIM (2) NÃO (9) IGN.

PAIHAS \_\_\_\_\_  
MAEHAS \_\_\_\_\_

13.0(A) Sr.(a) JA FUMOU OU AINDA FUMA CIGARRO?  
 (1)FUM. ATUAL (2) EX-FUMANTE (3) NUNCA FUMOU

FUMA

SE JA FUMOU OU AINDA FUMA APLICAR OS ITENS DO QUADRO ABAIXO SOB FORMA DE PERGUNTAS (VER MANUAL DE INSTRUÇÕES)

TIPO DE CIGARRO	IDADE		QUANTIDADE		TRAGA	
	INICIOU	PAROU	DIA	SEMANA	S	N
FILTRO						
S/FILTRO						
PALHA						
PAPEL						
CACHIMBO						
CHARUTO						

FIL \_ \_ \_ \_ \_  
 SFI \_ \_ \_ \_ \_  
 PAL \_ \_ \_ \_ \_  
 PAP \_ \_ \_ \_ \_  
 CAC \_ \_ \_ \_ \_  
 CHA \_ \_ \_ \_ \_

14.NO ULTIMO MES O(a) Sr.(a) TOMOU BEBIDAS ALCOOLICAS?

ALCOOL

(1)SIM (2)NÃO

SE A RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA A PERGUNTA Nº 17

15.O SR.(A) BEBE TODOS OS DIAS, ALGUMAS VEZES POR SEMANA OU MENOS SEGUIDO?

ALCFRE

(1)DIARIAMENTE

(2)3-6 VEZES POR SEMANA

(3)1-2 VEZES POR SEMANA

(4)1-3 VEZES POR MES

(8)NÃO SE APLICA

16.NO ULTIMO MES QUE TIPO DE BEBIDA ALCOOLICA O(a) Sr.(a) TOMOU

TIPO BEBIDA	RECIPIENTE	UNIDADE		
		DIA	SEMANA	MES
CACHAÇA				
CERVEJA				
VINHO				
OUTRO _____				

ALCACH \_ \_ \_ \_ \_  
 ALCERV \_ \_ \_ \_ \_  
 ALCVIN \_ \_ \_ \_ \_  
 ALCOUT \_ \_ \_ \_ \_

TIPO DE RECIPIENTE USADO GERALMENTE:

- (1)MARTELO-100ml (2)COPO COMUM-250ml  
 (3)CÁLICE (4)MEIA GARRAFA  
 (5)UMA GARRAFA ( )OUTRO \_\_\_\_\_

17. NO ÚLTIMO MES O (A) Sr. (a) TEM COLOCADO MAIS SAL NA COMIDA QUE JÁ VEM TEMPERADA PARA A MESA?  
(1) SIM, SEMPRE (2) SIM, AS VEZES  
(3) NÃO

MAISAL

18. NO ULTIMO MES O(A) Sr. (a) COMEU SALAME, MORTADELA, PRESUNTO ?  
(1) SIM (2) NÃO

EMBUTI

SE A RESPOSTA FOR NÃO PULE PARA A PERGUNTA Nº 20

19. QUANTAS VEZES?  
(1) DIARIAMENTE  
(2) 3-6 VEZES POR SEMANA  
(3) 1-2 VEZES POR SEMANA  
(4) 1-3 VEZES POR MES  
(8) NÃO COME

FREBUT

20. NO ULTIMO MÊS O(A) Sr. (a) COMEU CHURRASCO ?  
(1) SIM (2) NÃO

CHURRA

SE A RESPOSTA FOR NÃO PULE PARA A PERGUNTA Nº 22

21. QUANTAS VEZES?  
(1) DIARIAMENTE  
(2) 3-6 VEZES POR SEMANA  
(3) 1-2 VEZES POR SEMANA  
(4) 1-3 VEZES POR MES  
(8) NÃO COME

FRECHU

A PERGUNTA Nº 22 DEVE SER RESPONDIDA DETALHADAMENTE

22. QUE TIPO DE TRABALHO O Sr. (a) FAZ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIPTRA

23. QUE TIPO DE ESFORÇO FÍSICO O Sr. (a) FAZ NESTE TRABALHO, COMO CARREGAR OU LEVANTAR PESOS, CAMINHAR, FICAR EM PÉ...

FORTRA

24. QUANTAS HORAS POR DIA O Sr. (a) FAZ ESTE TRABALHO?  
\_\_\_\_ HORAS

HORTRA

25. O SR. (A) VAI PARA O TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA ?  
(1) A PÉ (2) DE BICICLETA (3) NÃO  
(8) NÃO SE APLICA

TRAPEB

SE A RESPOSTA FOR NÃO OU NÃO SE APLICA PULE PARA A PERGUNTA Nº 27

26. QUANTO TEMPO O Sr. (a) LEVA PARA CHEGAR AO TRABALHO ?  
\_\_\_ MINUTOS

CHETRA

27. NO ÚLTIMO ANO O Sr. (a) FEZ GINASTICA OU EXERCICIO FISICO ALGUMA VEZ?  
(1) SIM (2) NÃO

GINMES

SE A RESPOSTA FOR NÃO PASSE PARA A PERGUNTA Nº 31

28. NO ÚLTIMO ANO O Sr. (a) FEZ GINASTICA TODOS OS DIAS, ALGUMAS VEZES POR SEMANA OU MENOS SEGUIDO ?  
(1) TODOS OS DIAS  
(2) 3-6 VEZES POR SEMANA  
(3) 1-2 VEZES POR SEMANA  
(4) 1-3 VEZES POR MES  
(5) MENOS DE UMA VEZ POR MES

GINANO

29. NO ÚLTIMO ANO NAS VEZES QUE O Sr. (a) FEZ GINASTICA QUANTO TEMPO EM MÉDIA GASTAVA PARA FAZER SEU EXERCICIO ?  
\_\_\_ MINUTOS

TEMPGI

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

30. QUE TIPO DE GINASTICA OU EXERCICIO O Sr. (a) COSTUMAVA FAZER NO ÚLTIMO ANO ?  
(PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA NA MAIOR PARTE DO ANO)

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| (1) CAMINHAR                | (1) SIM (2) NÃO |
| (2) CORRER                  | (1) SIM (2) NÃO |
| (3) NADAR                   | (1) SIM (2) NÃO |
| (4) ANDAR DE BICICLETA      | (1) SIM (2) NÃO |
| (5) MUSCULAÇÃO              | (1) SIM (2) NÃO |
| (6) AERÓBICA                | (1) SIM (2) NÃO |
| (7) JOGAR FUTEBOL           | (1) SIM (2) NÃO |
| (8) JOGAR TENIS             | (1) SIM (2) NÃO |
| (9) JOGAR VOLEI             | (1) SIM (2) NÃO |
| (10) JOGAR BASQUETE         | (1) SIM (2) NÃO |
| ( ) OUTRO TIPO DE EXERCÍCIO | _____           |

GINCAM  
GINCOR  
GINNAD  
GINBIC  
GINMUS  
GINERO  
GINFUT  
GINTEN  
GINVOL  
GINBAS  
GINOUT

31. O Sr. (a) SABE LER E ESCREVER?  
(1) SIM (2) NÃO (3) SÓ ASSINAR  
(9) IGNORADO

LESCRE



32. O(A) Sr. (a) ESTUDOU EM COLEGIO ?  
(1) SIM (2) NÃO

ESTCOL

SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR NÃO, PASSAR  
PARA A PERGUNTA Nº 34

33. ATÉ QUE SÉRIE COMPLETOU NO COLEGIO?  
\_ SÉRIE DO \_ GRAU

SERCOL

34-DESDE (nome do 12º mês anterior) DO ANO PASSADO  
QUANTAS VEZES O Sr. (a) CONSULTOU COM MÉDICO? \_ \_

FRECON

SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR "NENHUMA VEZ"  
PULE PARA A PERGUNTA Nº 48

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ESTAS  
CONSULTAS MÉDICAS QUE O Sr. (a) FEZ

35. DESDE (nome do 3º mês anterior) QUANTAS VEZES  
O Sr. (a) CONSULTOU COM MÉDICO? \_ \_  
SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR "NENHUMA VEZ"  
PULE PARA A PERGUNTA Nº 48

VEZCON

36. CASO TENHA CONSULTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES,  
QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ?

ULTCON

37. ONDE O Sr. (a) CONSULTOU A ÚLTIMA VEZ?  
(01) POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO  
(02) OUTRO POSTO DE SAÚDE  
(03) PRONTO SOCORRO  
(04) MÉDICO PARTICULAR  
(05) AMBULATÓRIO DE HOSPITAL  
(06) AMBULATÓRIO DE FACULDADE  
(07) AMBULATÓRIO DE SINDICATO OU EMPRESA  
(08) POLICLÍNICA OU MEDICINA DE GRUPO  
(09) AMBULATÓRIO DO INAMPS  
(10) MÉDICO CREDENCIADO PELO INAMPS  
(11) MÉDICO CONVENIADO  
( ) OUTRO \_\_\_\_\_

LOCLCO

38. POR QUAL MOTIVO O Sr. (a) CONSULTOU A ÚLTIMA VEZ?

MOTCON

39. ERA DIA OU NOITE ?  
(1) DIA (2) NOITE

TURCON

40. O SENHOR GOSTOU DESTA ÚLTIMA CONSULTA ?  
(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SABE

GOLOCO

SE A RESPOSTA FOR SIM PASSE PARA A PERGUNTA Nº 42

- (2) NÃO, MAIS TEMPO
- (3) NÃO, MENOS TEMPO

48. QUANTAS QUADRAS TEM ENTRE A SUA CASA E O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO?

- QUADRAS
- (11) MAIS DE 10 QUADRAS
  - (99) NÃO SABE

49. DESDE (Nome do mes) DO ANO PASSADO O Sr. (a) BAIXOU EM ALGUM HOSPITAL ?

- (1) SIM
- (2) NÃO

SE A RESPOSTA FOR NÃO, AS PERGUNTAS DE Nº 50, 51, 52, 53 NÃO DEVEM SER FEITAS.

50. QUANTAS VEZES ? \_ \_

000000

QUAPO

BAXOSP

FREBAX

<p>51.QUAL HOSPITAL O Sr.(a) BAIXOU A ÚLTIMA VEZ ?  (1)HOSPITAL ESCOLA\UFPEL  (2)HOSPITAL UNIVERSITÁRIO\UCPEL  (3)SANTA CASA  (4)BENEFICÊNCIA  (5)MIGUEL PILTCHER  (6)SANATÓRIO ESPÍRITA  (7)CLÍNICA OLIVÉ LEITE  (8)HOSPITAL DE CAPITAL  (9)HOSPITAL DE INTERIOR</p>	<p>QUEOSP</p>
<p>52.POR QUE MOTIVO O Sr.(a) INTERNOU A ÚLTIMA VEZ</p> <hr/>	<p>CAHOSP</p>
<p>53.DA ÚLTIMA VEZ QUE O Sr.(a) BAIXOU HOSPITAL FOI PELO INPS, PARTICULAR OU POR OUTRO CONVENIO?  (1) INPS EM ENFERMARIA (sem pagar nada)  (2) INPS COM PAGAMENTO DE DIFERENÇA  (3) PARTICULAR  (4) OUTRO CONVÊNIO</p> <hr/>	<p>CONVEN</p>
<p>54.O Sr.(a) JÁ TEVE PROBLEMA DE PEDRA NOS RINS ?  (1)SIM (2)NÃO (9)NÃO SABE</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO PULE PARA A PERGUNTA Nº 57</p>	<p>PEDRIN</p>
<p>55.HÁ QUANTOS ANOS O Sr.(a) TEVE A ÚLTIMA CRISE?  — — ANOS</p>	<p>ULCRIS</p>
<p>56.FOI UM MÉDICO QUE LHE DISSE?  (1)SIM (2)NÃO</p>	<p>MEDSSE</p>
<p>57.O Sr.(a) TEM PRESSÃO ALTA ?  (1)SIM (2)NÃO (9)NÃO SABE</p>	<p>TEMHAS</p>
<p>AS PERGUNTAS DO Nº 58 A 73 SOMENTE DEVERÃO SER FEITAS AS PESSOAS QUE TIVEREM RESPONDIDO "SIM" A PERGUNTA ANTERIOR,DE Nº 57.</p>	
<p>58.COMO O Sr.(a) DESCOBRIU QUE TEM PRESSÃO ALTA?  (1)POR MÉDICO  (2)POR ENFERMEIRO  (3)EM AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM  (4)ACHA QUE TEM PRESSÃO ALTA  ( )OUTRO</p> <hr/>	<p>DESCHA</p>

59. HÁ QUANTO TEMPO O Sr. (a) SABE TER PRESSÃO ALTA? _____ ANOS	TEMPHA	---	---
60. NO ÚLTIMO ANO O Sr. (a) FEZ TRATAMENTO PARA A PRESSÃO ALTA? (1) SIM (2) NÃO	TRATHA	---	---
61. ONDE O Sr. (a) CONSULTOU MAIS VEZES PARA TRATAR A SUA PRESSÃO? (1) POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO (2) OUTRO POSTO DE SAÚDE (3) AMBULATORIO DE HOSPITAL (4) MÉDICO PARTICULAR (5) PRONTO SOCORRO ( ) OUTRO _____ (8) NÃO SE APLICA	ONCHAS	---	---
62. NO TOTAL, QUANTAS VEZES CONSULTOU PARA TRATAR A PRESSÃO NO ANO PASSADO? _____ VEZES	FRECOH	---	---
63. NO ÚLTIMO ANO O Sr. (a) CONSULTOU SEMPRE COM O MESMO MÉDICO PARA TRATAR A SUA PRESSÃO? (1) SIM (2) NÃO (8) NÃO SE APLICA	MEMEHA	---	---
64. QUANTAS QUADRAS TEM ENTRE A SUA CASA E O LUGAR ONDE SE TRATA PARA PRESSÃO? _____ QUADRAS (11) MAIS DE 10 QUADRAS. (99) IGNORADO	QUATHA	---	---
65. O Sr. (a) USA REMÉDIO(S) PARA TRATAR PRESSÃO? (1) SIM (2) NÃO	REMHAS	---	---
66. QUAIS OS REMÉDIOS QUE O Sr. (a) USA PARA TRATAR A PRESSÃO? _____ _____ _____ _____	TIPRE1 TIPRE2 TIPRE3 TIPRE4 TIPRE5	---	---
67. ALGUNS MÉDICOS DÃO CONSELHOS PARA AS PESSOAS QUE TEM PRESSÃO ALTA. EU GOSTARIA DE SABER SE O SEU MÉDICO LHE RECOMENDOU ALGUMA DAS MEDIDAS QUE VOU FALAR AGORA. ( ) COMER MENOS SAL (1) SIM (2) NÃO ( ) NÃO COMER SAL (1) SIM (2) NÃO ( ) EMAGRECER (1) SIM (2) NÃO ( ) FUMAR MENOS (1) SIM (2) NÃO ( ) NÃO FUMAR (1) SIM (2) NÃO ( ) COMER MENOS GORDURAS (1) SIM (2) NÃO ( ) NÃO COMER GORDURAS (1) SIM (2) NÃO ( ) FAZER GINÁSTICA (1) SIM (2) NÃO OU EXERCÍCIO	MENSAL SEMSAL EMAGRE MENFUM SEMFU MENGOR SEMGOR FAZGIN	---	---

68. VOU LHE FALAR ALGUNS EXAMES QUE PESSOAS QUE TEM PRESSÃO ALTA PODEM FAZER. GOSTARIA DE SABER SE O Sr. (a) JÁ FEZ ALGUM DELES.	ELETRO RXCOR RXRIM FUMDOL EXSANG EXOUTR	— — — — — —
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA (1)SIM (2)NÃO <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA DO CORAÇÃO (1)SIM (2)NÃO <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA DOS RINS (1)SIM (2)NÃO <input type="checkbox"/> EXAME DE FUNDO DE OLHO (1)SIM (2)NÃO <input type="checkbox"/> EXAME DE SANGUE (1)SIM (2)NÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
69. O Sr. (a) FALTOU AO TRABALHO ALGUMA VEZ NO ÚLTIMO ANO POR PROBLEMAS COM A PRESSÃO? (1)SIM, QUANTOS DIAS _____ (2)NÃO (8)NÃO SE APLICA	FALTHA QD	— —
70. O Sr. (a) BAIXOU HOSPITAL ALGUMA VEZ NO ÚLTIMO ANO POR CAUSA DA PRESSÃO? (01)SIM QUANTAS VEZES _ _ DIAS _ _ / _ _ / _ _ (00)NÃO	HOSHAS HOSVEZ HOSPDI	— — —
71. O Sr. (a) TEVE QUE MUDAR DE TRABALHO POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA? (1)SIM (2)NÃO (8)NÃO SE APLICA	TROTHA	—
72. O Sr. (a) TEVE QUE TRABALHAR MENOS POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA? (1)SIM (2)NÃO (8)NÃO SE APLICA	METRAH	—
73. O Sr. (a) TEVE QUE SE APOSENTAR OU PARAR DE TRABALHAR POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA? (1)SIM (2)NÃO (8)NÃO SE APLICA	APOSHA	—
O ITEM 74 DEVE SER RESPONDIDO POR SIMPLES OBSERVAÇÃO, A PERGUNTA SÓ DEVE SER FEITA SE NECESSÁRIO		
74. O Sr. (a) CONSEGUE CAMINHAR SOZINHO OU SEM MULETAS OU SEM BENGALA? (1)SIM (2)NÃO	NACAMI	—
SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM NÃO APLIQUE AS DE NÚMERO 75,76 E 77		
75. POR QUE ?	CAUNCA	—
<input type="checkbox"/> SEQUELA DE AVC <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> CEGUEIRA <input type="checkbox"/> MAL FORMAÇÃO CONGÊNITA <input type="checkbox"/> OUTRO _____		

76.OBSERVAR TIPO DE LESÃO E DESCRIVER DETALHADAMENTE \_\_\_\_\_

77.HÁ QUANTO TEMPO ? \_ \_ MESES

(97)MAIS DE 2 ANOS (98)DESDE O NASCIMENTO  
(99)NÃO LEMBRA

LES \_\_\_\_\_

TENCAS \_\_\_\_\_

AS PRÓXIMAS QUESTÕES DEVERÃO SER APLICADAS A TODAS AS MULHERES ENTREVISTADAS

78.QUANDO A Sra.FEZ O ÚLTIMO EXAME DE PRÉ-CÂNCER?  
\_\_\_\_\_ ANOS

(00) NUNCA FEZ (98) IGNORA O EXAME  
(99) NÃO LEMBRA

PRECA \_\_\_\_\_

CASO A RESPOSTA TENHA SIDO NUNCA FEZ. APLIQUE A PERGUNTA Nº81.

79.EM QUE LUGAR?

(01)POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO  
(02)OUTRO POSTO DE SAÚDE  
(03)PRONTO SOCORRO  
(04)MÉDICO PARTICULAR  
(05)AMBULATÓRIO DE HOSPITAL  
(06)AMBULATÓRIO DA FACULDADE  
(07)AMBULATÓRIO DE SINDICATO OU EMPRESA  
(08)POLICLÍNICA OU MEDICINA DE GRUPO  
(09)AMBULATÓRIO DO INAMPS  
(10)MÉDICO CREDENCIADO PELO INAMPS  
(11)MÉDICO CONVENIADO  
( ) OUTRO  
(CASO OUTRO ESCREVA O NOME DO LOCAL):.....  
.....

LUPECA \_\_\_\_\_

80.NESTA VEZ ALGUÉM EXAMINOU AS SUAS MAMAS?  
(1)SIM (2)NÃO (9)NÃO LEMBRA\_

EXMAMA \_\_\_\_\_

81.A SENHORA MESMA EXAMINOU SUA MAMA NESTE ÚLTIMO ANO?  
(1)SIM (2)NÃO (9)NÃO LEMBRA\_

SUMAMA \_\_\_\_\_

SE A ENTREVISTADA TEM MAIS DE 49 ANOS,  
NÃO APLIQUE AS PRÓXIMAS QUESTÕES:

82.QUAL O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL  
QUE A SENHORA USA?

- (01)ANTICONCEPCIONAL ORAL -
- (02)DIU
- (03)COITO INTERROMPIDO
- (04)CAMISINHA, PRESERVATIVO, CONDOM
- (05)LIGADURA TUBARIA
- (06)MENOPAUSA
- (07)HISTERECTOMIA
- (08)DIAFRAGMA
- (09)GEL ESPERMATICIDA
- (10)TABELINHA
- (11)NÃO PODE TER FILHOS
- (12)NÃO USA NENHUM MÉTODO
- ( )OUTRO.....

83.QUEM INDICOU ESTE MÉTODO?

- (1)MÉDICO DO POSTO
- (2)OUTRO MÉDICO
- (3)OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE
- (4)MÃE
- (5)CONTA PRÓPRIA
- (6)FARMÁCIA
- (7)MARIDO OU COMPANHEIRO
- ( )OUTRO

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS E TENSIONAIS**

PESO \_\_\_ \_\_\_ Kg

ALTURA \_\_\_ . \_\_\_ m

PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ mmHg

ANTCON

INDANT

PES

ALT

PAS

PAD

DESCREVA A ROUPA COM QUE A PESSOA ENTREVISTADA  
FOI PESADA

---

---

---

---

**QUESTIONARIO SOCIO-ECONOMICO**

1. N° DO QUESTIONARIO      /      /
2. DATA      /      /
3. HORARIO DE INICIO DA ENTREVISTA      :      :
4. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_
- LOCAL DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

QUEST      /      /     

DATA      /      /     

5. RESPONDENTE:  
 (1) Chefe da família  
 (2) Dona de casa                      (3) Ambos

RESPON     

PARA PREENCHER O QUADRO ABAIXO PERGUNTE  
 DETALHADAMENTE SOBRE A IDADE EM ANOS COMPLETOS  
 E SEXO DE CADA MORADOR DA CASA.

6. Quantas pessoas moram nesta casa, e qual sua idade e sexo?

IDADE SEXO	<10	10-19	20-69	70 +
MASCULINO				
FEMININO				

NTOTAL          

NMASC          

NFEM          

7. O Sr. (a) sempre morou em Pelotas?  
 (1) Sim - vá para o n°9  
 (2) Não

SEMPEL     

8. Há quanto tempo o Sr.(a) mora na cidade de Pelotas?  
          anos                      (00= menos de 1 ano)

TEMPEL          

9. Há quanto tempo o Sr.(a) mora neste bairro?  
          anos                      (00=menos de 1 ano)

TEMPBAIR



Vídeo cassete (1) sim (2) não  
 Televisão (1) sim Quantos \_\_\_ (2) não  
 Empregado/mes (1) sim Quantos \_\_\_ (2) não

VCASSETE  
 TV  
 EMPMES

**OBSERVAR COM ATENÇÃO**

15. Tipo de casa:

- (1) tijolos (2) tijolo rústico s/revestimento
- (3) mista (tijolo e madeira)
- (4) edifício (5) madeira regular
- (6) maloca (7) papelão/lata

outro: \_\_\_\_\_

TIPCASA

16. NO MES PASSADO, QUANTO GANHARAM AS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA?

SE NÃO RECEBER POR MES, ANOTAR A RENDA E O PERIODO DE PAGAMENTO EM DETALHES NAS LINHAS ABAIXO E CALCULAR A RENDA MENSAL AO CODIFICAR.

Pessoa 1: \_\_\_ SM ou Cr\$ \_\_\_ /mes  
Pessoa 2: \_\_\_ SM ou Cr\$ \_\_\_ /mes  
Pessoa 3: \_\_\_ SM ou Cr\$ \_\_\_ /mes  
Pessoa 4: \_\_\_ SM ou Cr\$ \_\_\_ /mes

R1 \_\_\_  
R2 \_\_\_  
R3 \_\_\_  
R4 \_\_\_

- 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_

SE HOUVER MAIS DE UMA FONTE DE RENDA, ANOTAR TODAS E SOMAR POSTERIORMENTE

17. A FAMILIA TEM OUTRA FONTE DE RENDA, POR EXEMPLO PENSÃO, ALUGUEL, MESADA OU OUTROS?

Cr\$ \_\_\_ /mes

OUTRENDA

AS PROXIMAS PERGUNTAS (18 A 25) REFEREM-SE A PESSOA QUE TIVER MAIOR RENDA NA FAMILIA.

18. O Sr.(a) (OU PESSOA DE MAIOR RENDA) sabe ler e escrever?

(1) Sim (2) Não (3) So assinar  
(9) Ignorado

LER

19. O Sr.(a) (OU A PESSOA DE MAIOR RENDA) estudou em colégio?

(1) Sim (2) Não (9) Ignorado

COLEGIO

SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR NÃO, PASSAR PARA A PERGUNTA 21

20. Até que série completou?

\_\_\_ Série do \_\_\_ grau

SERIE

SE A PESSOA DE MAIOR RENDA TIVER MAIS DE UM TIPO DE ATIVIDADE AS PERGUNTAS DEVEM SE DIRIGIR A ATIVIDADE QUE RENDE MAIS

21. O Sr.(a) (OU A PESSOA DE MAIOR RENDA) está trabalhando no momento?

(1) Trabalhando  
(2) Desempregado  
(3) Aposentado  
(4) Pensionista  
(5) Encostado  
(6) Estudante  
( ) Outra situação \_\_\_\_\_

TRABALHO

22. Qual o tipo de firma que o sr.(a) trabalha ? (RAMO DE ATIVIDADE) _____	SETOR _____
DESCREVA MINUCIOSAMENTE O TIPO DE TRABALHO QUE A PESSOA DE MAIOR RENDA FAZ	
23. Que tipo de trabalho o sr.(a) faz (ou fez por último)? _____	OCUPAÇÃO _____
24. O Sr.(a) é empregado, patrão ou trabalha por conta própria?	
(1) Empregado (2) Patrão - com estabelecimento próprio (3) Patrão - sem estabelecimento próprio (4) Conta própria - <u>com</u> estabelecimento próprio (5) Conta própria - regular/ <u>sem</u> estabelecimento (6) Biscateiro (7) Parceiro ou meeiro ( ) Outro _____	SITUAÇÃO _____
25. O Sr.(a) tem empregados? Qual o numero: _____	EMPNU _____
(88) Não se aplica (99) Ignorado	

**ESTUDO TRANSVERSAL SOBRE PREVALENCIA DE HAS, UTILIZAÇÃO DE  
SERVICOS DE SAUDE E AVALIACÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES EM  
CRIANCAS MENORES DE 10 ANOS**

**MANUAL DE INSTRUCÕES**

**1. CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO**

**CRITERIOS PARA INCLUSÃO NO ESTUDO**

Serão incluídas na amostra deste estudo as crianças de 0 a 9 anos e as pessoas de 20 a 69 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores nos setores sorteados para esta pesquisa.

**CRITERIOS PARA EXCLUSÃO DO ESTUDO**

Serão excluídas as pessoas que, embora pertencendo a faixa etária de interesse, não residam no domicílio que está sendo visitado. Por exemplo: parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente e empregada doméstica que não durma no emprego. O mesmo se aplica para as crianças.

Para as empregadas domésticas que dormem no emprego será aplicado o questionário socio econômico individualmente, além do questionário específico.

**2. DEFINIÇÕES**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS**

Pessoa que relata ser hipertensa e não está em tratamento, cujas cifras tensionais são maiores que 140 e/ou 90mmHg e pessoa que relata ser hipertensa e realiza tratamento, mesmo que sua pressão seja igual ou menor do que 140 e/ou 90 mmHg.

**ACIDENTES NA INFANCIA**

Serão considerados como acidentes qualquer tipo de ocorrência não intencional em que a criança tenha sido levada para receber algum tipo de socorro médico. Por exemplo: quedas, queimaduras, cortes, intoxicações, acidentes de trânsito, afogamentos, sufocações entre outros. Lesões intencionalmente decorrentes por exemplo de espancamentos, homicídios, suicídios entre outros não serão incluídos.

**FAMILIA**

Serão considerados membros da família todos aqueles que fazem regularmente as refeições juntos (ou algumas das refeições do dia juntos) e que durma na mesma casa.

**CHEFE DA FAMILIA**

Pessoa de maior renda.

### 3. MATERIAL NECESSARIO PARA CADA ENTREVISTADOR

- Mapas
- Carta de Apresentação
- Crachá
- Carteira de Identidade
- Lápis, borracha e pasta plástica
- Questionário
- Manual de Instruções
- Antropômetro
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Folha de Conglomerado
- Cartão de Visitas

### 4. ETAPAS DA ENTREVISTA

1. RECONHECIMENTO DO SETOR: primeiramente cada entrevistador fará o reconhecimento do setor e marcará as casas a serem visitadas. Se ainda houver tempo, as entrevistas podem iniciar neste mesmo dia.

2. ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS: a cidade é dividida por setores. Para o nosso estudo foram sorteados 30 setores. Inicialmente sortearemos a quadra por onde começarão as entrevistas. Após o sorteio da quadra dentro do setor, deve-se sortear uma das esquinas. Chegando-se na esquina sorteada fica-se de frente para a edificação da esquina. Se essa edificação estiver com a porta da entrada voltada para você não será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se como primeira casa a próxima e entrevista-se a terceira residência a partir da primeira contada. Depois conta-se mais duas casas ou apartamentos para então realizar a nova entrevista na terceira casa. Se a edificação da esquina estiver com a porta da entrada voltada para a rua da direita você já a considera como a sua primeira casa; continue andando pela direita e conte mais duas casas, sendo que a terceira será a entrevistada. Caso a edificação da esquina seja um terreno, a primeira casa será a próxima da direita.

Se por um acaso não conseguir realizar as 30 entrevistas do setor nesta quadra, deve-se passar para a outra quadra da seguinte maneira: o entrevistador de costas para a casa aonde iniciou as entrevistas enxergará três esquinas. Atravessando a rua no sentido da esquina mais a sua direita, continuará as visitas até completar o número de casas desejado, da mesma maneira que vinha fazendo na quadra anterior ( se sobrar alguma casa da quadra anterior você as considera nesta nova contagem). Se durante a contagem das casas houver uma completamente desabitada, terreno vazio, casa comercial onde ninguém more, não conte como casas estes locais.

Não esqueça que nas vilas é comum haver uma casa ou até várias atrás da outra, e, cada uma deve ser contada como uma casa.

Nos edifícios, cada apartamento é considerado como uma casa, inclusive o apartamento do zelador se ele morar no edifício. Quando você estiver num setor de blocos de edifícios, não esqueça que o Bloco A vale como Bloco 1, o Bloco B vale como Bloco 2 e assim por diante. Se houver um bloco nos fundos do bloco da frente, mas que corresponde a sequência numérica do bloco da frente, ele também deverá ser contado.

As quadras irregulares apresentarão mais de quatro esquinas pois cada entrada, mesmo que não seja uma esquina convencional, deve ser considerada uma nova esquina. Poderemos ter quadras com até dez esquinas.

Nunca entre numa casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio para chamar o morador da casa aos vizinhos. Use o antropômetro na defesa contra os eventuais ataques de cães.

3. APRESENTAÇÃO DO+5X ENTREVISTADOR AO INFORMANTE: explicar que é estudante da Universidade Federal e que está trabalhando em um estudo sobre acidentes com crianças e sobre hipertensão e utilização de serviços de saúde com adultos. Dizer que o estudo está sendo realizado em vários locais da cidade e que gostaria de fazer algumas perguntas para algumas pessoas da família. Sempre salientar que "é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os acidentes com crianças, sobre hipertensão e como as pessoas utilizam os serviços de saúde, podendo assim ajudar mais as pessoas". Ao mesmo tempo dizer que quer mostrar a carta de apresentação e o crachá. Se houver recusa anotar na folha de conglomerado, mas não desistir antes de 3 tentativas, pois a recusa será considerada uma perda, isto é, não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente marcar um novo horário para a pessoa, diga que você sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e na importância da sua colaboração.

4. SIGILO: explicar que o estudo é absolutamente confidencial, e que as informações prestadas pelas pessoas não serão reveladas a ninguém.

5. CASAS NÃO INCLUIDAS: se a casa estiver desabitada, se os moradores estiverem viajando (e os vizinhos informarem que o retorno será após um mês), anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, para substituir a que faltou.

6. SETOR PEQUENO: quando um setor não tiver o número suficiente de casas será sorteado um dos setores adjacentes, para completar o número de domicílios desejado (30).

7. DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

8. FOLHA DE CONGLOMERADO: DEVERA SER PREENCHIDA AO TÉRMINO DE CADA SETOR. Cada entrevistador receberá uma ficha de conglomerado

para cada setor. Nesta folha deverá constar o número do setor visitado, o endereço da casa visitada, o número de adultos entre 20 a 69 anos e o de crianças entre 0 a 10 anos, o número total de pessoas que moram na casa, o número de casas visitadas, desabitadas, com moradores ausentes e recusas. Casas aonde os vizinhos informam que não mora ninguém devem ser excluídas e seleciona-se uma nova casa para completar o número desejado e, na folha de conglomerado anota-se como casa desabitada. Em casa aonde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se existem pessoas naquela casa. Se afirmativo retornar em outra hora para a entrevista.

Aquelas pessoas que não responderem ao questionário por outros motivos que não sejam recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, uma pessoa doente no momento, entre outros, serão considerados como perdas e, isso, será anotado na folha de conglomerado. Para esses casos também não haverá substituições.

## 5. INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE AS ENTREVISTAS

1. Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes SOMENTE NO FINAL da entrevista. Seja gentil!
2. As instruções nos questionários em letra maiúscula e grifadas servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado.
3. As instruções em letras maiúsculas e não grifadas são para serem lidas para o entrevistado e podem auxiliar na melhor compreensão de algumas perguntas.
4. As perguntas devem ser formuladas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de respostas. Se necessário explicar as perguntas de uma segunda maneira, conforme instruções específicas. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
5. A codificação das perguntas ficará sob responsabilidade do entrevistador. A codificação não deverá ser realizada durante a entrevista mas posteriormente. Não deverão ser preenchidas as questões abertas e as que envolverem cálculos. Estas ficarão ao encargo do coordenador.
6. Sempre que houver dúvida no preenchimento de alguma questão escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para decidir depois, pelo coordenador, em que opção se encaixa.
7. Quando a resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre sua má qualidade.
8. Quando a resposta for OUTRO, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante.
9. Não deixar respostas em branco, observar a aplicação dos códigos especiais:

a) Ignorado (cód. 9, 99 ou 999): Quando o informante não souber responder, ou a informação parecer pouco confiável. Use a resposta "ignorado" somente em último caso;

b) Não se aplica (cód. 8, 88 ou 888): Quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Se houver instruções para pular de pergunta para outra mais adiante, aplicar 8 ou 88... nas perguntas que ficarem em branco.

10. O código 0 não deve ser aplicado como sinônimo de não, a não ser quando isto esteja especificado claramente nas opções da pergunta. Deve-se considerá-lo de acordo com seu significado numérico.

11. Para uso de outros códigos, siga as instruções que constam abaixo de cada pergunta, ou consulte o manual de instruções.

12. Em resposta de tempo ou idade, quando for necessário arredondar, faça-o sempre para menos. Em caso de dúvida, escrever por extenso e deixar o supervisor decidir.

13. Não tente fazer contas durante a entrevista porque isto muitas vezes resulta em erros. por exemplo se o salário for indicado sob forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Os cálculos devem ser feitos por ocasião da codificação.

14. Escreva os números com cuidado, seguindo os modelos orientados. Isto é muito importante para evitar erros durante a digitação dos dados.



## MANUAL DE INSTRUÇÕES DO QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO

ESTE QUESTIONÁRIO SERÁ RESPONDIDO PELA PESSOA QUE TIVER MAIOR RENDA NA FAMÍLIA OU PELA DONA DE CASA. SE A DONA DE CASA NÃO SOUBER RESPONDER AS PERGUNTAS DO Nº 18 AO 25, RETORNE A CASA PARA APLICAR ESTAS QUESTÕES A PESSOA DE MAIOR RENDA NA FAMÍLIA.

### 1. Nº DO QUESTIONÁRIO      /      /

Nos dois primeiros espaços assinalar o número do setor que está sendo visitado, a seguir assinalar o número da família de acordo com o número correspondente na folha de conglomerado.

### 2. DATA

Data do dia da entrevista.

### 3. HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA

Anote o horário em que a entrevista iniciou.

### 4. ENDEREÇO

Coloque o endereço completo e locais de referência para facilitar nos casos em que for necessário retornar à casa. Assinale se houver pontos marcantes como bares, oficinas entre outros. Anote também qual a linha de ônibus utilizada para este endereço e qual o local em que se deve descer. sempre perguntar sobre telefones para recados, podendo ser o do trabalho da mãe ou do pai.

### 5. RESPONDENTE

Identifique quem está respondendo o questionário de acordo com as opções.

### 6. QUANTAS PESSOAS MORAM NESTA CASA, E QUAL SUA IDADE E SEXO?

Esta pergunta refere-se as pessoas que compõem a família e residem na casa. Se houver empregada doméstica residindo na casa, considerar outra família.

Preencha as celas do quadro de sexo e faixa etária, formulando as seguintes questões:

-Quantas pessoas do sexo masculino moram na casa?

-Quais as idades em anos completos de cada um deles?

-Quantas pessoas do sexo feminino moram na casa?

-Quais as idades em anos completos de cada uma delas?

A medida que a pessoa entrevistada for respondendo as idades do sexo questionado, o entrevistador deverá registrar uma barra para cada indivíduo citado dentro da cela correspondente. Ao término da descrição do entrevistado o entrevistador deverá conferir se o número de barras registradas corresponde ao número de pessoas deste sexo existentes na casa.

**ATENÇÃO: AS PESSOAS COM 10 ANOS, PERTENCEM AO INTERVALO 10-19.**

### 7. SEMPRE MOROU EM PELOTAS

Se a resposta for afirmativa vá para a pergunta de número 9. Se não passe para a número 8.

8. HÁ QUANTO TEMPO O SR. (Sra.) MORA EM PELOTAS?

Assinalar em anos o tempo de moradia em Pelotas em anos. Se mora há menos de 1 ano codifique como 00. Se mora há 6 anos e 3 meses coloque 6 anos.

9. HÁ QUANTO TEMPO O Sr. (Sra.) MORA NESTE BAIRRO?

Assinalar em anos ou em meses (caso resida há menos de um ano) o tempo de moradia no Bairro atual.

10. ONDE MORAVA ANTES DE VIR PARA PELOTAS?

Esta pergunta refere-se ao último local onde morou imediatamente antes de vir para Pelotas.

Se na pergunta anterior a resposta for "A FAMÍLIA SEMPRE MOROU EM PELOTAS" não aplique esta pergunta.

No caso de dúvida quanto a classificação do local, perguntar "EM QUE CIDADE FICA ESTE LUGAR?"

11. QUANTAS PEÇAS USAM PARA DORMIR?

Assinale a informação fornecida pelo respondente.

12. TEM ÁGUA ENCANADA DENTRO DE CASA?

Observe que é importante a localização de onde a pessoa se abastece da água.

Se a pessoa se abastecer de água no vizinho, ou em torneira coletiva na rua, considerar como não.

13. COMO É A PRIVADA DA CASA?

Marcar a opção descrita pela pessoa entrevistada.

Se utiliza o sanitário de algum vizinho, marque "não tem".

No caso de não entender a palavra privada diga sanitário. Só em último caso leia as opções.

14. A CASA TEM OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS?

Ler as opções existentes no questionário e apontar a resposta descrita pela pessoa entrevistada.

Atenção : Nos itens rádio, carro, televisão e empregado, caso a resposta seja sim, pergunte "QUANTOS". Só anote o número dos aparelhos em funcionamento.

15. TIPO DE CASA.

Esta pergunta não é para ser formulada, observe com atenção e registre. Caracterizar o tipo de construção.

Casa de madeira regular: é aquela construída com tábuas iguais, regulares, sem frestas, com assoalho, forro no teto e janelas com vidro.

Casa mista: tem parte de madeira regular e parte de tijolos ou cimento.

Maloca : (casa irregular) é construída por madeiras de tipos diferentes, com ou sem outros materiais improvisados, o teto em geral não tem forro, e as janelas não têm vidros ou então não têm tampos.

Casa de tijolos rústicos: sem reboco, com tijolos muito primitivos, sem forro no teto e com aberturas simples.

Tijolos: habitação de alvenaria, regular.

Edifício: habitação de alvenaria com mais de um pavimento, dispostos em apartamentos.

Papelão/lata: construção a base de papelão e ou lata.

Outro: descrever o tipo de construção, caso a residência da entrevista não se encaixe nas opções acima.

**16. NO MÊS PASSADO QUANTO GANHARAM AS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA?**

Pergunte quais as pessoas da casa que recebem salário ou aposentadoria e responda nos dígitos correspondentes. Se a resposta for em salários mínimos anote o número de salários e deixe para realizar a conversão em cruzeiros no momento da codificação. Onde não houver salários colocar zeros e nunca 88.888.888. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final desta pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário quinzenal anote os valores, por extenso, identificando cada pessoa, nas linhas abaixo desta questão. Só calcule a renda/mês no momento da codificação. Exemplo: Pessoa 1: recebe Cr\$ 5 000 por dia e trabalha 6 dias por semana ou, em outro exemplo, trabalha todos os dias úteis da semana e recebe 20.000 por semana.

Se mais de quatro pessoas contribuírem com salário ou aposentadoria para a renda familiar, anote os valores ao lado e, posteriormente some todas as rendas que restarem e marque o valor total na pessoa 4.

Não esqueça que a renda se refere sempre ao mês anterior.

Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando a pessoa está desempregada há mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda deste trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou por mes para obter a renda total.

Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar a renda líquida e não a renda bruta, Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais.

Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído.

Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

**17. A FAMÍLIA TEM OUTRA FONTE DE RENDA (POR EXEMPLO, PENSÃO, ALUGUEL, MESADA OU OUTROS)?**

Esta pergunta refere-se a outras fontes de renda constantes que a família tenha, através de uma ou mais pessoas de sua casa, também referente ao mês anterior.

AS PERGUNTAS DO Nº18 AO 25 SE REFEREM A PESSOA QUE TIVER MAIOR RENDA NA FAMÍLIA E DEVERÃO SER FORMULADAS A PESSOA DE MAIOR RENDA OU A DONA DA CASA.

18. O Sr.(a) SABE LER E ESCREVER?

Assinalar a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Se a resposta, inicialmente, for não, pergunte "SABE ASSINAR".

19. O(a) Sr.(a) (OU A PESSOA DE MAIOR RENDA) ESTUDOU EM COLEGIO

Esta pergunta deverá ser formulada, caso a resposta anterior seja "SIM".

20. ATE QUE SERIE COMPLETOU NO COLEGIO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada, em relação aos anos completos que estudou.

Atenção: 1ª, 2ª, 3ª e 4ª série do Ginásio correspondem a 6ª, 7ª e 8ª séries do 1º grau atual.

21. O Sr.(a) ESTA TRABALHANDO NO MOMENTO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Caso a resposta fornecida não se enquadrar nas opções existentes descrevê-la por extenso no item "outra situação".

22. QUAL O TIPO DE FIRMA QUE O Sr.(a) TRABALHA ?

Assinale o nome da firma e o tipo de produção que a mesma realiza. Por exemplo pode ser um pedreiro contratado fixo de um supermercado ou hospital, não necessariamente empregado da construção civil.

23. QUE TIPO DE TRABALHO O Sr.(a) FAZ (OU FEZ POR ULTIMO)?

Descreva detalhadamente a atividade durante a jornada de trabalho. Não se limite em respostas como: operário, operador de máquinas, serviços gerais, encarregado, entre outras. Tente definir as tarefas executadas durante o trabalho.

Um exemplo errado: operador de máquinas. Um exemplo certo: dirige trator durante quatro horas por dia recolhendo lixo em terrenos baldios, contratado pela Prefeitura.

Não responda Aposentado, Pensionista ou Encostado pois esta pergunta refere-se ao trabalho atual ou ao último trabalho que tenha feito.

Se a pessoa exercer mais de uma profissão ou for aposentado e tenha atividade remunerada, responder a pergunta em relação ao trabalho que lhe proporciona maior renda.

24. O Sr. (a) E EMPREGADO, PATRÃO OU TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA?

-Empregado: trabalho regular assalariado.

-Patrão com estabelecimento próprio: desenvolve atividade em local adequado e tem pelo menos um empregado para auxiliá-lo.

-Patrão sem estabelecimento próprio: Desenvolve atividades sem local permanente ou fixo, tendo no mínimo um empregado sob suas ordens.

-Conta própria com estabelecimento próprio: desenvolve atividades em local adequado, trabalhando sozinho ou com familiares.

Atenção: Não serão considerados empregados os familiares que não recebam salário por suas atividades, e não tenham carteira de trabalho assinada.

- Conta própria, regular/sem estabelecimento: desenvolve atividades permanentes, sem local fixo. Exemplo: trabalho de representação de medicamentos ou outros produtos.
- Biscateiro: exerce atividades de forma irregular. Exemplo: jardineiro, pequenos consertos, etc...
- Parceiro ou meeiro: pessoa que possui com parceria ou que arrenda com sócio alguma propriedade rural de onde provém sua fonte de renda.
- Outro: descrever alguma situação de emprego que, aparentemente, não se situe entre as opções anteriores ou que gere dúvidas.

**ATENÇÃO:** sempre que houver dúvidas quanto a classificação não marque nenhuma opção, descreva a situação e discuta com os supervisores da pesquisa.

**25. SE TEM EMPREGADOS, NÚMERO:**

Esta pergunta NÃO é aplicável apenas aos patrões como classificados na perg.24. Aqui se incluem pessoas que possuem empregadas domésticas, empregados rurais, tratadores de animais, etc.

Considera-se como empregado somente quem tem carteira assinada e exerça atividade regular.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

QUESTIONARIO DE ADULTOS

ATENÇÃO: este questionário deverá ser respondido individualmente para cada pessoa incluída no estudo.

1. DATA \_ / \_ / \_ \_

Preencher a data do momento da entrevista.

2. HORARIO DE INICIO DA ENTREVISTA \_ \_ , \_ \_ hs

Preencher o horário de início da entrevista.

3. ENTREVISTADOR

Escreva o seu nome.

4. N° SETOR \_ \_ / FAMILIA \_ \_ / PESSOA \_ \_

Os dois primeiros espaços deverão ser preenchidos com o número do setor censitário, a seguir preencha o número da família e, finalmente assinale o número do indivíduo. O n° da família será o n° de ordem das famílias entrevistadas.

5. QUAL O SEU NOME?

Preencher o nome completo, não abrevie o sobrenome.

6. SEXO (1) MASCULINO (2) FEMININO

Observe e assinale o sexo do entrevistado. Lembre-se que se a pessoa for do sexo feminino, as perguntas da última parte do questionário deverão ser formuladas.

7. COR

Observe e assinale cor do entrevistado.

8. QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO?

Preencha a data de nascimento.

9. QUAL A SUA IDADE COMPLETA?

Preencha a idade em anos completos, por exemplo, " vou fazer 30 anos", preencha 29 anos.

10. O SENHOR VIVE COM ESPOSA OU COMPANHEIRA?

Assinale a resposta fornecida pelo entrevistado.

11. O Sr. JÁ VIVEU COM ESPOSA OU COMPANHEIRA ANTES?

Assinale a resposta fornecida pelo entrevistado.

12. SEU PAI OU SUA MAE TEM OU TINHAM PRESSÃO ALTA?

Assinale a resposta fornecida pelo entrevistado, tanto referente ao pai como para a mãe.

13. O Sr. (a) JÁ FUMOU OU AINDA FUMA CIGARRO?

Assinale a resposta fornecida pelo entrevistado

O PREENCHIMENTO DO QUADRO A SEGUIR DEVERÁ SER FEITO, MEDIANTE A FORMULAÇÃO DAS SEGUINTEs QUESTOES:

-QUAL O TIPO DE CIGARRO QUE O SENHOR FUMA OU FUMOU?

-QUAL A SUA IDADE QUANDO COMEÇOU A FUMAR?

-O SENHOR PAROU DE FUMAR?

-CASO SIM COM QUE IDADE?

-QUANTOS CIGARROS O SENHOR FUMA POR DIA OU POR SEMANA?

-O SENHOR TRAGA?

14. NO ÚLTIMO MES, O SENHOR TOMOU BEBIDAS ALCOÓLICAS?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

15. O SR. (A) BEBE TODOS OS DIAS, ALGUMAS VEZES POR SEMANA OU MENOS SEGUIDO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

16. NO ÚLTIMO MES QUE TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA O(a) Sr. (a) TOMOU?

Para cada tipo de bebida referida formule as seguintes perguntas:

-QUANTO O SENHOR TOMOU DE (nome da bebida)?

Esta pergunta refere-se a unidade (dia/semana/mês)

Se a resposta utilizar "copos" como unidade de medida, pergunte:

-QUAL O TIPO DE COPO?

Esta pergunta refere-se ao tipo de recipiente.

Utilize os códigos enumerados abaixo da questão no questionário, e preencha a coluna RECIPIENTE.

Se algum outro tipo de recipiente for mencionado, descreva-o na opção OUTRO.

17. NO ÚLTIMO MÊS O SENHOR TEM COLOCADO MAIS SAL NA COMIDA QUE JÁ VEM TEMPERADA PARA A MESA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

18. NO ÚLTIMO MÊS O Sr.(a) COMEU SALAME, MORTADELA, PRESUNTO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Outros embutidos, como salame, presunto, lombo canadense, etc... devem ser considerados similares e se ingeridos a resposta a esta questão será SIM.

19. QUANTAS VEZES?

Aplique esta pergunta, caso a resposta da questão anterior tenha sido "SIM".

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

20. NO ÚLTIMO MÊS O Sr.(a) COMEU CHURRASCO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

21. QUANTAS VEZES?

Aplique esta pergunta, caso a resposta da questão anterior tenha sido "SIM".

22. QUE TIPO DE TRABALHO O Sr.(a) FAZ OU FEZ POR ÚLTIMO)?

Escreva detalhadamente o tipo de trabalho, não se limite a responder, por exemplo, operário ou serviços gerais ou encarregado ou operador de máquinas tente descrever as atividades e a função do entrevistado em seu trabalho.

23. QUE TIPO DE ESFORÇO FÍSICO O Sr.(a) FAZ NESTE TRABALHO?

Descreva as atividades físicas minuciosamente, não se limite a respostas como "eu não faço muita força" ou "eu caminho muito", nos exemplos acima respostas aceitáveis seriam:

Primeiro caso, pessoa que trabalha em escritório sentada.

Segundo caso, carteiro que caminha aproximadamente 15 km/dia.

24. QUANTAS HORAS POR DIA O Sr.(a) FAZ ESTE TRABALHO?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Marque 00 se levar menos de uma hora.

25. O SR.(A) VAI PARA O TRABALHO A PÉ OU DE BICICLETA ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.



26. QUANTO TEMPO O Sr. (a) LEVA PARA CHEGAR AO TRABALHO ?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada, sempre usando minutos como unidade.

27. NO ULTIMO ANO O Sr. (a) FEZ GINASTICA OU EXERCICIO FISICO ALGUMA VEZ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

28. NO ULTIMO ANO O Sr. (a) FEZ GINASTICA TODOS OS DIAS ALGUMAS VEZES POR SEMANA OU MENOS SEGUIDO ?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

29. NO ULTIMO ANO NAS VEZES QUE O Sr. (a) FEZ GINASTICA GERALMENTE QUANTO TEMPO GASTAVA PARA FAZER SEU EXERCICIO ?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada, utilizando como unidade sempre minutos

Qualquer observação a respeito desta resposta deve ser descrita no local reservado para este fim logo abaixo da questão.

30. QUE TIPO DE GINASTICA OU EXERCICIO O Sr. (a) COSTUMAVA FAZER NO ULTIMO ANO ?

Aplice a pergunta para cada tipo de exercicio, assinalando a opção respondida pela pessoa entrevistada.

Esta pergunta sera considerada como afirmativa somente para aqueles exercicios que foram realizados pelo menos uma vez por semana, na maior parte do ano (mais de 6 meses)

31. O Sr. (a) SABE LER E ESCREVER?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta for "NÃO", pergunte "SABE ASSINAR?".

32. O(A) Sr. (a) ESTUDOU EM COLEGIO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

33. ATE QUE SERIE COMPLETOU NO COLEGIO?

Só aplique esta pergunta caso a resposta anterior tenha sido "SIM".

Escreva nos espaços a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

Lembre-se 1ª série do ginásio corresponde a 6ª série do 1º grau atual.

2ª série do ginásio corresponde a 7ª série do 1º grau atual.

3ª e 4ª série do ginásio correspondem a 8ª série do 1º grau atual.

34. DESDE (NOME DO 12º MÊS ANTERIOR) DO ANO PASSADO, QUANTAS VEZES O Sr. (a) CONSULTOU COM MEDICO?

(NOME DO MÊS)- refere-se ao mesmo mês de aplicação da entrevista.

Esta pergunta refere-se, apenas a consultas com MEDICOS, não estão incluídos dentistas, nutricionistas, psicólogos, etc.

35. DESDE (NOME DO 3º MÊS ANTERIOR) QUANTAS VEZES O Sr.(a) CONSULTOU COM MEDICO?

(NOME DO MÊS)- refere-se, nesta pergunta, aos últimos TRÊS meses. Por exemplo: trabalho de campo em Fevereiro, a pergunta deverá ser formulada da seguinte maneira:"DESDE NOVEMBRO, QUANTAS VEZES O Sr. (a) CONSULTOU COM MEDICO?"

Esta pergunta refere-se, também, à consultas MEDICAS.

36. CASO TENHA CONSULTADO NOS ULTIMOS 3 MESES, QUANDO FOI A ULTIMA VEZ?

Esta questão refere-se a data da última consulta, nos últimos 3 meses.

Escreva o mês da última consulta. Se a pessoa entrevistada não se lembrar, escreva "IGNORADO". Se a pessoa entrevistada não consultou nos últimos 3 meses escreva "NÃO SE APLICA".

37. ONDE O Sr.(a) CONSULTOU A ULTIMA VEZ?

Esta questão refere-se ao local de realização da última consulta, nos últimos 3 meses.

POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO - antes da saída para trabalho em cada setor verifique qual o posto de saúde do bairro da zona em que for trabalhar.

OUTRO POSTO DE SAÚDE - considere posto de saúde, apenas, os serviços que constam na lista padrão de Postos de Saúde.

PRONTO SOCORRO - considerar como pronto socorro os únicos existentes em Pelotas: o PS da Santa Casa ou FAU e o PS da Beneficência.

MEDICO PARTICULAR - considerar como consulta particular aquela paga integralmente a profissional médico.

AMBULATORIO DE HOSPITAL - considere ambulatório de hospital, consultas ambulatoriais, independente da especialidade, nos seguintes locais: Santa Casa, Beneficência, Hospital Universitário (Clínicas), Sanatório ou Hospital Espírita, Clínica Olivé Leite.

AMBULATORIO DA FACULDADE - considere consultas realizadas no Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPEL.

AMBULATORIO DE SINDICATO OU EMPRESA - considere serviços próprios(localizadas em) de sindicatos ou empresas nas quais as consultas não impliquem em gastos diretos.

POLICLINICA OU MEDICINA DE GRUPO - considere serviços pagos pelo empregador, fora do ambiente de trabalho, em estabelecimentos como: AMINCO, SUL-CLINICA, POLICLINICA PELOTENSE.

AMBULATORIO DO INAMPS: refere-se, exclusivamente, as consultas realizadas no PAM localizado na Rua Princesa Isabel.

As consultas realizadas no PAM da Av. Pinheiro Machado serão classificadas como "POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO ou OUTRO POSTO DE SAÚDE", conforme o caso.

**MEDICO CREDENCIADO PELO INAMPS:** refere-se a consultas não pagas realizadas por médicos credenciados pelo INAMPS, algumas vezes situados em periferia de zona urbana (tente localizar o local).

**MEDICO CONVENIADO:** refere-se a consultas em que determinada parte do valor é pago pela pessoa entrevistada e outra parte é, geralmente, paga pela sua entidade privada. Ex: IPE.

**OUTRO:** refere-se a locais que, aparentemente, não se enquadrem nas opções acima.

**ATENÇÃO:** Quando ficar em dúvida quanto a classificação do local da consulta, descreva a resposta detalhadamente e discuta com a supervisão da pesquisa.

38. POR QUAL MOTIVO O SR. (a) CONSULTOU A ÚLTIMA VEZ?

Anotar o motivo fornecido pelo entrevistado.

Não faça interpretações, por exemplo: se o entrevistado refere como motivo de consulta "dor nas costas", isto não significa "lombalgia ou pneumonia".

39. ERA DIA OU NOITE?

Assinalar a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

40. O SENHOR GOSTOU DE CONSULTAR NESTE LOCAL ESTA ÚLTIMA VEZ?

Assinalar a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

41. ONDE O Sr (a) GOSTARIA DE TER CONSULTADO NESTA ÚLTIMA VEZ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Classifique o local desejado conforme os critérios da pergunta "Onde consultou". Caso não saiba assinalar ou enquadrar a opção, escreva a resposta detalhadamente.

**FAÇA A INTRODUÇÃO SOBRE AS PERGUNTAS A RESPEITO DA QUALIDADE DESTA ÚLTIMA CONSULTA**

42. FOI FÁCIL CONSEGUIR ESTA CONSULTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

43. O SENHOR ESPEROU MUITO TEMPO PARA CONSULTAR?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

44. QUANTO TEMPO?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada em minutos.

45. O SENHOR FOI BEM TRATADO PELA RECEPCIONISTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

46. O SENHOR FOI BEM TRATADO PELO MEDICO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

47. A CONSULTA DUROU O TEMPO QUE O SENHOR GOSTARIA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.  
Caso a resposta seja "NÃO", pergunte "DUROU MAIS TEMPO OU MENOS TEMPO DO QUE GOSTARIA", e marque a opção adequada.

48. QUANTAS QUADRAS TEM ENTRE A SUA CASA E O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

49. DESDE (NOME DO MÊS) PASSADO O Sr. (a) BAIXOU EM ALGUM HOSPITAL?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, AS PERGUNTAS DE Nº 50, 51, 52, 53 NÃO DEVEM SER FEITAS.

50. QUANTAS VEZES?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

51. QUAL HOSPITAL O Sr. (a) BAIXOU A ÚLTIMA VEZ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

52. POR QUAL MOTIVO O Sr. (a) INTERNOU A ÚLTIMA VEZ ?

Escreva o motivo de hospitalização mencionado pelo paciente.  
Não interprete a resposta, por exemplo "dor no peito" não significa "angina ou infarto".

53. DA ÚLTIMA VEZ QUE O Sr. (a) BAIXOU HOSPITAL FOI PELO INPS OU PARTICULAR OU POR OUTRO CONVENIO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

54. O Sr. (a) JÁ TEVE PROBLEMA DE PEDRA NOS RINS ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

SE A RESPOSTA FOR NÃO PULE PARA A PERGUNTA Nº 57

55. HÁ QUANTOS ANOS O Sr. (a) TEVE A ÚLTIMA CRISE?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

56. FOI UM MEDICO QUE LHE DISSE?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

57. O Sr. (a) TEM PRESSÃO ALTA ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

AS PERGUNTAS DO Nº 58 A 72 SÓMENTE DEVERÃO SER FEITAS AS PESSOAS QUE TIVEREM RESPONDIDO SIM À PERGUNTA ANTERIOR, DE Nº .

58. COMO O Sr. (a) DESCOBRIU QUE TEM PRESSÃO ALTA ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.  
Enfermeiro corresponde a profissional com título superior.  
Ambulatório de enfermagem corresponde a atendimento prestado por auxiliar de saúde ou atendente de enfermagem ou agente comunitário.

59. HÁ QUANTO TEMPO O Sr. (a) SABE TER PRESSÃO ALTA

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

60. NO ÚLTIMO ANO Sr. (a) FEZ TRATAMENTO PARA A PRESSÃO ALTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

61. ONDE O Sr. (a) CONSULTOU COM MAIOR FREQUÊNCIA PARA TRATAR A SUA PRESSÃO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.  
Utilize os critérios de classificação de locais de consulta da pergunta nº 37.

62. NO TOTAL, QUANTAS VEZES CONSULTOU PARA TRATAR A PRESSÃO NO ANO PASSADO?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

63. NO ÚLTIMO ANO O Sr. (a) CONSULTOU SEMPRE COMO MESMO MÉDICO PARA TRATAR A SUA PRESSÃO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

64. QUANTAS QUADRAS TEM ENTRE A SUA CASA E O LUGAR ONDE SE TRATA PARA PRESSÃO?

Escreva a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

65. O Sr. (a) USA REMÉDIO(S) PARA TRATAR A PRESSÃO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

66. QUAIS OS REMEDIOS QUE O Sr.(a) USA PARA TRATAR A PRESSÃO?

Escreva o nome dos remédios que o entrevistado refere. Se a pessoa entrevistada não lembrar ou não souber peça alguma receita ou as embalagens e anote nos espaços correspondentes.

67 ALGUNS MEDICOS DÃO CONSELHOS PARA AS PESSOAS QUE TEM PRESSÃO ALTA. EU GOSTARIA DE SABER SE O SEU MEDICO LHE RECOMENDOU ALGUMA DAS MEDIDAS QUE VOU FALAR AGORA.

Pergunte cada opção e assinale a alternativa respondida.

68 VOU LHE FALAR ALGUNS EXAMES QUE PESSOAS QUE TEM PRESSÃO ALTA PODEM FAZER. GOSTARIA DE SABER SE O Sr.(a) JÁ FEZ ALGUM DELES.

Pergunte cada opção e assinale a alternativa respondida.

69 O Sr.(a) FALTOU AO TRABALHO ALGUMA VEZ NO ULTIMO ANO POR PROBLEMAS COM A PRESSÃO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

70. O Sr.(a) BAIXOU HOSPITAL ALGUMA VEZ NO ULTIMO ANO POR CAUSA DA PRESSÃO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

71. O Sr.(a) TEVE QUE MUDAR DE TRABALHO POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

72. O Sr.(a) TEVE QUE TRABALHAR MENOS POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

73. O Sr.(a) TEVE QUE SE APOSENTAR OU PARAR DE TRABALHAR POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

74.O Sr.(a) CONSEGUE CAMINHAR SOZINHO OU SEM MULETAS OU SEM BENGALA?

ATENÇÃO: esta pergunta apenas deverá ser formulada quando houver uma indicação evidente.

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

75.POR QUE ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada. Se a resposta não se enquadrar nas opções escreva detalhadamente.

76.OBSERVAR TIPO DE LESÃO E DESCRIVER DETALHADAMENTE

Não pergunte, observe, descreva o tipo de limitação e se possível o tipo de lesão..

77.HA QUANTO TEMPO ?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

78.QUANDO A Sra.FEZ O ULTIMO EXAME DE PRE-CÂNCER?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

CASO A RESPOSTA TENHA SIDO NUNCA FEZ. APLIQUE A PERGUNTA 81.

79.EM QUE LUGAR?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.  
Utilize os critérios de classificação de locais de consulta da pergunta nº41.

80.NESTA VEZ ALGUÉM EXAMINOU AS SUAS MAMAS?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

81.A SENHORA MESMA EXAMINOU SUA MAMA NESTE ULTIMO ANO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

SE A ENTREVISTADA TEM MENOS DE 49 ANOS, APLIQUE AS PRÓXIMAS QUESTOES:

82.QUAL O METODO ANTICONCEPCIONAL QUE A SENHORA USA?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.

83.QUEM INDICOU ESTE METODO?

Assinale a resposta fornecida pela pessoa entrevistada.





- Os dois segundos dígitos se referem a data em que parou de fumar, somente se aplicarão aos ex-fumantes. Nos fumantes atuais será utilizado o código 88(não se aplica). Para aquelas pessoas que eventualmente não se lembrarem da data que iniciaram e/ou que pararam de fumar o código será 99(ignorado).

- O quinto dígito se refere a unidade temporal de medida, sendo: (1) dia e (2) semana.

- O sexto e sétimo dígitos se referem a quantidade de cigarros fumados.

- O oitavo e último dígito se refere ao hábito de tragar, sendo (1) sim e (2) não.

10. Pergunta nº16:- O primeiro dígito refere-se ao tipo de bebida, sendo: (1) cachaça, (2) cerveja, (3) vinho. Quando a resposta for "outro" a codificação será feita pelos coordenadores do estudo, como ocorrerá com as demais perguntas abertas.

- O segundo dígito diz respeito ao recipiente sendo: (1) martelo-100ml, (2) copo comum-250ml, (3) cálice, (4) meia garrafa, (5) uma garrafa, no caso da resposta ser "outro" aplica-se a orientação acima fornecida.

- O terceiro dígito refere-se a unidade temporal de medida, sendo: (1) dia, (2) semana e (3) mes.

- Os dois últimos dígitos (quarto e quinto) se referem a quantidade.

11. Pergunta nº 70:- No questionário existe espaço para se registrar o número de dias de três internações, deverão ser registradas as mais prolongadas, se houverem mais de três.

- No momento de codificar deverão ser somados o número de dias e registrado o somatório final.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gill, J.S. et al. Relation between initial blood pressure and its fall with treatment. *The Lancet*; 567-569; 1985.

Relaciona pressão arterial elevada e sua redução pós tratamento em hipertensos, com correlação demonstrada para a maior parte dos antihipertensivos usuais, placebo e repouso no leito. A análise estatística das correlações após tratamento matemático faz com que efeitos aparentes desapareçam, sugerindo que correlações de valores pré tratamento e suas modificações pós tratamento talvez não sejam válidas.

2. Cruickshank, J.M. et al. Benefits and potential harm of lowering high blood pressure. *The Lancet*; 581-583; 1987.

Estudo com 902 pacientes tratados com atenolol (100mg/dia) isolado ou associado com outras drogas. Resultados sugerem que TA inicial é um fator preditivo pobre para mortalidade por IAM. A redução da TA diastólica para níveis entre 85-90 mmHg mostrou as menores taxas de mortalidade por IAM, reduções para níveis superiores ou inferiores a estes mostraram taxas mais elevadas, estes efeitos somente ocorreram em pacientes com cardiopatia isquêmica. A redução da TA sistólica mostrou-se fortemente correlacionada com a redução de mortalidade por IAM.

3. Editorial. Treatment of hypertension: the 1985 results. *The Lancet*; 645-647; 1985.

Análise crítica dos resultados de varios estudos populacionais sobre tratamento de HAS nos EUA, Europa e Canada. Aponta a falta de resultados conclusivos sobre vantagens e desvantagens do tratamento farmacológico para HAS leve, bem como indefinição sobre quais as melhores drogas para tratamento de primeira linha.

4. The European Working Party On High Blood Pressure In The Elderly. Mortality and Morbidity Results From The EWPHP. *The Lancet*; 1349-1354; 1985.

Mortalidade geral não apresentou modificações significativas. Houve mudança significativa da mortalidade por causas cardiacas, sendo que IAM não fatal apresentou frequência igual no grupo tratado e placebo. Não houve modificação significativa na mortalidade por doenças cerebrovasculares. Este estudo não fornece informações finais ou definitivas.

5. Puddey I.B. et al. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. *The Lancet*; 647-651; 1987.

Estudo controlado randomizado cujos resultados apontam que a redução da ingestão alcoólica melhora o controle da TA e pode reduzir a necessidade do uso de drogas antihipertensivas.

6. Achutti, A. e Medeiros, A.. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *B.Saúde, Porto Alegre* 12 (1); 6-54; Jul. 1985.

Metodologia, principais resultados, questionário e formulários utilizados na pesquisa que resultou a tese de pós doutorado do Dr. Eduardo Costa na Universidade de Londres.

7. Weinberger, M.H. et al. Dietary sodium restriction as adjunctive treatment of hypertension. JAMA. May 6, vol 259, N.17; 2561-2565; 1988.

Ensaio terapêutico associando restrição sódica à redução dos níveis tensionais.

8. Danenberg, A.L. et al. Remission of hypertension. The "natural" history of blood pressure treatment in the Framingham study. JAMA, March 20. vol. 257, N.11; 1477-1483; 1987.

Reforço da argumentação sobre "regressão a média".

9. Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group. The Effect of Treatment on Mortality in Mild Hypertension. The New England Journal of Medicine. Oct. 14. Vol. 307. N.16; 976-980. 1982.

Cuidado médico sistemático reduz a mortalidade por causas cardiovasculares e não cardiovasculares. O fato de ter ocorrido redução na mortalidade geral sugere que isto possa ser atribuído ao melhor cuidado médico e não a terapia antihipertensiva específica. Metodologia questionável pois este estudo não foi planejado para testar tratamento com drogas para HAS e sim o cuidado médico global. Contudo a redução da TA a um determinado nível com drogas não confere a mesma proteção que é observada em pacientes não tratados com drogas que atingem níveis pressóricos semelhantes.

10. Padfield, P.L. et al.. Changing relation between home and clinic blood-pressure measurements: Do home measurements predict clinic hypertension? The Lancet. August 8; 322-324. 1987.

Menor índice de falsos positivos em mensurações domiciliares da TA, o que representa uma alternativa prática e aceitável na abordagem inicial de pacientes potencialmente hipertensos.

11. Pocock, S.J. et al. Social class differences in ischaemic heart disease in British men. The Lancet. July 25; 197-201. 1987.

doença isquêmica do coração e ataque cardíaco tem taxas de incidência maiores em trabalhadores manuais, os quais têm também índices maiores de HAS, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Ajustamento para as diferenças destes fatores de risco estreitam o hiato entre trabalhadores manuais e não manuais no que diz respeito a taxas de doença isquêmica.

12. Rose, G. and Marmot, M.G.. Social class and coronary heart disease. British heart journal; 45; N.1; 13-19; 1981.

Baseado no "Whitehall Study" coloca as taxas de prevalência para angina, ECG com alterações isquêmicas e homens com angina e alterações eletrocardiográficas, como sendo grosseiramente maiores entre as classes sociais mais baixas após ajustamento por idade. Saliênta que estas diferenças são parcialmente explicadas por alguns fatores de risco mais prevalentes em classes sociais mais baixas como: tabagismo, sedentarismo, pequena estatura, obesidade, HAS e intolerância a glicose. Maior parte da diferença inexplicada.

13.Kannel, W.B. et al. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease. New perspectives based on the Framingham study. *Annals of Internal Medicine* 90;85-91; 1979.

Risco de doença cardíaca coronariana em pessoas abaixo de 50 anos esta fortemente relacionado aos níveis de colesterol total. A contribuição do colesterol total sérico para o risco está também determinada por seu fracionamento, no caso quando produz quantidades maiores de LDL. Por outro lado a contribuição independente do LDL, seus triglicerídeos e colesterol não ficou estabelecida.

14.Richard, J.L.. The epidemiology of coronary heart disease: A Review. *Effective health care*. Vol 2; N.5; 197-208. 1985.

Prevalência de doença coronariana e suas diferenças populacionais. Identificação dos fatores de risco e de seu comportamento; Sexo, idade, colesterol, TA, tabagismo e diabetes. Outros fatores como ácido úrico, triglicerídeos e talvez obesidade que mostravam-se associados a doença em análise univariada, tiveram sua associação praticamente desaparecida na análise multivariada. Não ficou estabelecido o benefício do tratamento antihipertensivo para minimizar o risco de doença coronariana. Contem 57 referencias englobando os maiores e mais bem desenhados estudos da última década.

15.Millar, W.J. e Stephens, T.. The prevalence of overweight and obesity in Britain, Canada and United States. *American Journal of Public Health*. Vol. 77;n.1;Jan;38-41;1987.

População alvo constituída de pessoas entre 20 e 64 anos. Critério utilizado foi o índice de Quetelet, sendo considerado excesso de peso 25.1-30 e obesidade acima de 30. Peso excessivo tem sua maior prevalência nos EUA(40%), bem como obesidade também(12%) para os homens; Entre as mulheres excesso de peso é mais prevalente na Inglaterra (25%) e obesidade nos EUA (15%).

16.Sacks, F.M. et al. Blood Pressure in Vegetarians. *American Journal of Epidemiology*. Vol 100; N.5;390-398; 1974.

Trabalho sugere associação entre consumo de carne animal e TA, sendo esta mais baixa em vegetarianos.

17.Saunders, J.B.. Alcohol: An important cause of hypertension. *British Medical Journal*. Vol 294;N.6579;1045-1046; 1987.

Uso diário de álcool em doses elevadas, acima de 6-8 drinques/dia, está fortemente associado a HAS essencial, mesmo após controle para variáveis de confusão como tabagismo, idade, obesidade, sexo, raça, uso de café, chá e outras variáveis bioquímicas.

18.Management Committee. The Australian Therapeutic Trial In Mild Hypertension. *The Lancet*; i; 1261-1267; 1980.

No grupo com TA diastólica acima de 100mmHg, o subgrupo tratado tem menores complicações e redução de risco CV.

Existiu menos complicações nos pacientes em que a TA diminuiu sem uso de drogas em comparação aos que usaram drogas para conseguir queda comparavel. Não se evidenciaram benefícios em tratamento para pacientes com TA menor que 100mmHg. TA pode

reduzir sem o uso de drogas. Mulheres e pessoas com menos de 50 anos não se beneficiaram com tratamento.

19. Medical Research Council Working party. MRC Trial of Treatment of Mild Hypertension. Principal Results. British Medical Journal; 291; 97-104; 1985.

Não houve redução significativa na frequência de AVC com êxito letal, tendo havido redução significativa na incidência de AVC. a incidência de IAM foi igual nos grupos tratado e placebo.

20. Vernon, Sally W. et al. The status of status inconsistency. Epidemiologic Reviews. Vol 10; 65- ;1988.

Associação entre "incongruência de status social" e angina de peito, IAM, doença isquêmica coronariana. Cita possibilidade de se trabalhar com classe social no lugar de "incongruência de status social".

21. Liberatos, P. et al. Measurement of social class in epidemiology. Epidemiologic Reviews. Vol 10; 87- ;1988.

Abordagem da operacionalização de classe social em estudos epidemiológicos.

22. Wallace, R. e Anderson, R.A.. Blood lipids, lipid-related measures and the risk of atherosclerotic cardiovascular disease. Epidemiologic Reviews. Vol 9; 95- ;1987.

Extensa abordagem sobre lipídeos sanguíneos.

