

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ESTILO DE VIDA E FATORES
DE RISCO CARDIOVASCULAR DE TRABALHADORES DA
INDÚSTRIA BRASILEIRA**

TESE DE DOUTORADO

Gabriela Herrmann Cibeira

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Programa de pós Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e
Ciências Cardiovasculares**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE ESTILO DE VIDA E FATORES
DE RISCO CARDIOVASCULAR DE TRABALHADORES DA
INDÚSTRIA BRASILEIRA**

Autor: Gabriela Herrmann Cibeira

Orientador: Prof. Dr. Emilio Moriguchi

*Tese submetida como requisito para
obtenção do grau de Doutor ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Área de Concentração:
Cardiologia e Ciências Cardiovasculares,
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.*

Porto Alegre

2018

Herrmann Cibeira, Gabriela

Estudo Epidemiológico de Saúde e Estilo de Vida de
Trabalhadores da Indústria Brasileira / Gabriela
Herrmann Cibeira. -- 2018.

165 f.

Orientador: Emilio Hideyuki Moriguchi.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e
Ciências Cardiovasculares, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Epidemiologia em Saúde. 2. Doenças Crônicas Não
Transmissíveis. 3. Iniquidade em saúde. I. Hideyuki
Moriguchi, Emilio, orient. II. Título.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Andrea Biolo
(PPG / UFRGS)

Prof. Dr. José Roberto Goldim
(HCPA)

Prof. Dra. Rita Mattiello
(PUCRS)

Dedico esta tese ao Modualdo José Herrmann (*in memoriam*),
meu avô, que sempre me motivou a estudar e contribuir para a
evolução da ciência,
e à Stella Maria Terra Cibeira (*in memoriam*),
minha madrinha, que fez tudo isso ser possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar, me dar tranquilidade e serenidade para seguir em frente com os meus objetivos e não me deixar desanimar, mesmo perante as dificuldades.

Agradeço ao meu irmão, Gabriel Cibeira, e, principalmente, aos meus pais, Eurico e Izabel Cibeira, que sempre me motivaram, entenderam as minhas faltas, momentos de afastamento e reclusão, além de sempre me motivarem a ir atrás dos meus objetivos.

Agradeço aos meus amigos e apoiadores, especialmente à Ilane, Lauriane, Bernardete e Tatiane que, mesmo distantes fisicamente, estiveram presentes em pensamento.

Meu reconhecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Meu agradecimento ao Programa de Pós Graduação em Cardiologia, especialmente à Professora Dr^a Andréa Biolo, que sempre me apoiou, dando-me as devidas orientações para concluir o processo de doutoramento.

Ressalto minha gratidão ao Departamento Nacional do Serviço Social da Indústria pela confiança, disponibilidade e orientação de como proceder para a realização deste trabalho, especialmente nas pessoas de Geórgia Antony e Antonio Eduardo Muzzi. Um agradecimento especial ao Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI-RS), em particular a minha gestora Letícia Lessa e ao superintendente do SESI-RS Juliano Colombo que, além de terem sempre me apoiado, serviram de inspiração para a realização deste trabalho. Agradeço ainda à Elaine Kerber, à Salete Cameini e à toda a equipe do SESI-RS que, direta ou indiretamente, esteve envolvida na coleta das informações que compuseram a base de dados para a realização deste projeto, o Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida (DSEV).

Agradeço a todos os colegas da Gerência de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação do SESI-RS pela compreensão e apoio

dedicados a mim durante o período de doutoramento. Se não fosse pelo espírito de grupo, eu, certamente, não teria vencido.

Agradeço imensamente ao Professor Oscar Mujica pelo apoio e aprendizado. Foi uma honra ter podido trabalhar e aprender com uma pessoa dotada de um conhecimento tão grande e de uma simplicidade ímpar.

Faço um agradecimento especial à Professora Dr^a. Rita Mattiello pelos seus valiosos ensinamentos em estatística e epidemiologia. Registro a minha satisfação de ter tido a oportunidade em aprender com ela e ter compartilhado de sua visão humanizada de futuro.

E, por fim, agradeço imensamente àquele que me acompanha desde o mestrado, o meu orientador Dr Emilio Moriguchi. Minha gratidão pelos ensinamentos como mestre e amigo. Os meus agradecimentos se estendem pela sua atuação como conselheiro e orientador de vida, ao longo da minha trajetória acadêmica.

“Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano,
ele treme de medo.
Olha para trás, para toda a jornada, os cumes, as montanhas,
o longo caminho sinuoso através das florestas,
através dos povoados,
e vê à sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é
do que desaparecer para sempre.
Mas não há outra maneira.
O rio não pode voltar.
Ninguém pode voltar.
Voltar é impossível na existência.
Você pode, apenas, ir em frente.
O rio precisa se arriscar e entrar no oceano.
E somente quando ele entra no oceano
é que o medo desaparece.
Porque, apenas então, o rio saberá que não se trata
de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano,
Por um lado é desaparecimento
e por outro lado é renascimento.”

Osho

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	10
RESUMO.....	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	16
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
4. REFERÊNCIAS.....	46
5. ARTIGO 1	60
6. ARTIGO 2	90
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
ANEXOS	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNI – Confederação das Indústrias

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DM – Diabete Mellitus

DN – Departamento Nacional

DSEV – Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida

FVL – Frutas, Vegetais e Legumes

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IEL – Instituto Euvaldo Lodi

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

RCQ – Relação Circunferência-Quadril

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI – Serviço Social da Indústria

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

RESUMO

As DCNTs, incluindo a Hipertensão Arterial, representam mais da metade das doenças globais, especialmente em países com elevada iniquidades em saúde. Uma força de trabalho saudável é requisito essencial para o desenvolvimento econômico nacional. Realizou-se um estudo epidemiológico de estilo de vida e fatores de risco cardiovascular de trabalhadores da indústria brasileira. Aplicou-se um questionário com informações demográficas e socioeconômicas, estilo de vida, características do trabalho. Aferiu-se peso corporal, altura, circunferência abdominal e pressão arterial. 1 347 496 trabalhadores foram analisados, sendo 968 853 homens, 73,9% sedentários, 54,2% com peso excessivo e 17,2% hipertensos. Verificou-se iniquidade em relação à renda e ao nível educacional. Assumindo que as DCNTs podem se tornar onerosas para as empresas e diminuir a produtividade, nosso estudo contribui para o fornecimento de evidências para diagnóstico de saúde da força de trabalho ativa da indústria e avaliação dos principais fatores de risco para DCNTs.

Palavras chave: Doença Crônico Não Transmissível, estilo de vida, força de trabalho, saúde ocupacional.

ABSTRACT

NCDs, including arterial hypertension, account for more than half of all global diseases, especially in countries with high health inequities. A healthy workforce is an essential requirement for national economic development. An epidemiological study of the lifestyle and cardiovascular risk factors of Brazilian industry workers was carried out. A questionnaire was applied with demographic and socioeconomic information, lifestyle, and work characteristics. Body weight, height, waist circumference, and blood pressure were measured. 1 347 496 workers were analyzed, being 968 853 men, 73.9% sedentary, 54.2% with excessive weight and 17.2% hypertensive. Inequality was found in relation to income and educational level. Assuming that NCDs can become costly to businesses and decrease productivity, our study contributes to the provision of evidence for the health diagnosis of the industry's active workforce and assessment of the major risk factors for NCDs.

Key words: noncommunicable disease, lifestyle, labor force, occupational health.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sido cada vez mais estudadas, especialmente devido às prevalências alarmantes evidenciadas em todo o mundo¹. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde². Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças²⁻⁴. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada pelos maiores gastos com a doença devido à procura de serviços¹. Os custos socioeconômicos associados com DCNT impactam na economia dos países, sendo estimados gastos ao redor de US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda. Assim, a redução global das DCNT é uma condição necessária para o desenvolvimento econômico do século 21¹.

Metade das pessoas no mundo é economicamente ativa e passam pelo menos um terço do seu tempo no local de trabalho. Nesse contexto, a produtividade é uma medida da eficiência de uma pessoa, negócio ou país. O Brasil conta com 9.589.806 trabalhadores na indústria e cujas condições de saúde estão diretamente relacionadas à produtividade industrial e desenvolvimento econômico do país. Evidências reforçam que as DCNT resultam em um aumento nas taxas de afastamento e absenteísmo ao trabalho. Embora metade dos países tenha dados sobre saúde ocupacional e acidentes no trabalho, registros sobre riscos de DCNT e aspectos de estilo de vida dos trabalhadores ainda são informações escassas. Tem-se, portanto, o desafio de gerar informações para direcionar ações efetivas e de contenção dos sistemas de saúde, bem como o de preservar e restaurar a capacidade dos trabalhadores de se manterem economicamente ativos.

Diante do que foi mencionado, há urgência em promover ações de aproximação entre a Universidade, detentora do conhecimento de ponta e de cientistas altamente capacitados, de instituições que apoiem à indústria no seu desenvolvimento. Nesse contexto, destaca-se o Sistema Indústria, cujo foco

estratégico é o de promover a qualidade de vida no ambiente industrial além de contribuir para a competitividade empresarial. O Sistema Indústria é composto pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Instituto Euvaldo Lodi (IEL) e o Serviço Social da Indústria (SESI). Dentre os objetivos do SESI, está o de promover a qualidade de vida do trabalhador e de seus dependentes, com foco em educação, saúde e lazer, além de estimular a gestão socialmente responsável da empresa industrial. Com o intuito de promover a aproximação da academia e da indústria essa distância, o Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI-RS) estabeleceu, em Abril de 2016, um termo de cooperação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do qual realiza trabalhos em parceria, especialmente no que tange o desenvolvimento de pesquisas aplicadas à indústria (Anexo I).

Perante a necessidade de serem estabelecidas estratégias de promoção da saúde nos locais de trabalho e de contenção das DCNT, o presente trabalho teve o objetivo de realizar o primeiro Estudo de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Brasileiros (*Brazilian Worker Occupational Health Study - BRAWOHS*), cujos principais objetivos serão descritos a seguir.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Esse trabalho tem como premissa contribuir, de forma relevante, para o conhecimento das condições de saúde dos trabalhadores da indústria brasileira para que, a partir disso, esse trabalho possa ser revertido em benefícios para esses indivíduos. Além disso, esse estudo teve como objetivo a disseminação de conhecimento científico, de forma ética e cuidadosa, para que o mesmo possa ser revertido em informações úteis tanto para a indústria quanto para a comunidade científica.

Primeiramente, esse trabalho se justifica pela escassez de estudos científicos da saúde dos trabalhadores ativos da indústria brasileira. Ainda são poucas as pesquisas que se dedicam a estudar as variáveis relacionadas à saúde de trabalhadores do âmbito industrial, devido à dificuldade de acessar tais indivíduos. Além disso, a realização deste trabalho é decorrente da necessidade de aliar diferentes atores, academia e indústria brasileira, com o intuito de gerar informações técnicas e relevantes que auxiliem na proposição de políticas públicas, favoreçam a sustentabilidade da indústria brasileira e ainda contribuam para a promoção da saúde do trabalhador.

Diante do que foi exposto, o presente trabalho teve como intuito realizar o primeiro Estudo de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Brasileiros (*Brazilian Worker Occupational Health Study - BRAWOHS*), cujos objetivos específicos que sustentam os artigos que compõem esta tese são:

- diagnosticar a saúde da força de trabalho ativa na indústria brasileira e avaliar os possíveis fatores de risco para DCNT na população estudada;
- explorar a magnitude e a mudança ao longo do tempo da prevalência de pressão arterial elevada autorreferida, impulsionadas pela distribuição desigual de dois determinantes sociais – a renda e o nível de educação, utilizando uma ferramenta analítica semi automática desenvolvida pela Organização de Saúde Panamericana (OPAS).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são determinadas por diversos fatores, sejam eles sociais ou individuais. As principais DCNT são: doenças cardiovasculares (DCV), doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus (DM) e neoplasias. As DCNT são consideradas o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo populações em maior vulnerabilidade, especialmente aquelas de menor renda e escolaridade. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas anualmente no mundo¹.

No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, já tendo sido responsáveis por 68,3% do total de mortes no país. Deste total de óbitos, 30,4% ocorreram por doenças cardiovasculares, 16,4% por neoplasias, 6% por doenças respiratórias e 5,3% por DM².

Diversos fatores de risco (FR) estão associados às DCNT, contudo, pelo menos cinco deles estão relacionados com o estilo de vida do indivíduo e são totalmente modificáveis. São eles³: presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (13%), tabagismo (9%), glicemia elevada (6%), inatividade física (6%), sobrepeso e obesidade (5%), conforme é mostrado na Figura 1. Estima-se que a presença desses FR contribua para mais de 40% da mortalidade global por DCNT³.

Há outros fatores, como localização geográfica, gênero, raça, situação socioeconômico, que impactam na prevalência das DCNT. Estas diferenças resultam em evidente prejuízo para as pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, configurando uma situação importante de iniquidade em saúde, que necessita ser superada, e a atuação de forma intersetorial ajuda a reduzir estas situações.

Diante dos índices alarmantes de prevalência das DCNT, instituições de saúde de todo o mundo se mobilizam na implementação de medidas de contenção para reverter o problema. A Organização das Nações Unidas (ONU)

realizou, em 2011, a Reunião de Alto Nível sobre DCNT que resultou em uma declaração, na qual os países-membros comprometeram-se a trabalhar para deter o crescimento desse grupo de doenças⁴. A Organização da Saúde (OMS), a partir disso, também elaborou um conjunto de metas e indicadores para monitorar o alcance desses objetivos. Neste contexto, em 2012, foi pactuado o quadro de monitoramento global que continha 25 indicadores e nove metas globais voluntárias voltadas para a prevenção e o controle das DCNT.

Figura 1. Fatores de risco comum entre as DCNT.



No Brasil, o Ministério da Saúde, em parceria com vários ministérios, instituições de ensino e pesquisa, ONGs da área da saúde, entidades médicas e associações de portadores de doenças crônicas elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁵, corroborando com as estratégias preventivas estabelecidas previamente pela OMS⁶ para o combate das DCNT. Esse plano visava promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis até 2022. No quadro 1, constam as metas deste Plano monitoradas pela área de Vigilância de DCNT. Das oito metas estabelecidas, cinco estão sendo atingidas: a) redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT; b) redução da prevalência de tabagismo; c)

aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos; d) elevação da prevalência da prática de atividade física no tempo livre e; e) ampliação do consumo recomendado de frutas e hortaliças.

Dentre as DCNT, as DCV são as que mais matam, conforme demonstrado no Gráfico 1. A cada ano, calcula-se que mais de 17 milhões de pessoas morram por alguma doença cardiovascular, sendo que $\frac{3}{4}$ dessas mortes ocorrem em países de baixa renda⁷. Muitos FR para as DCNT são comuns para as DCV, reforçando que medidas de redução para DCNT podem contribuir para a diminuição na prevalência de DCV.

Quadro 1. Metas do Plano de DCNT

Metas do Plano de DCNT - Brasil
Redução da mortalidade prematura (30 – 69 anos) por DCNT em 2% ao ano*
Redução da prevalência de tabagismo em 30%
Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos para 70%
Aumento Papanicolau em mulheres com idade entre 25 e 64 anos nos últimos três anos para 85%
Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%
Contenção do crescimento da obesidade em adultos
Aumento do consumo recomendado de frutas e verduras em 10%
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%

3.1.1 Fatores de risco das DCNT

Tabagismo

Há, pelo menos, um bilhão de fumantes em todo o mundo⁸. Diante desse número, o hábito de fumar permanece como líder global entre as causas de mortes evitáveis. O tabagismo é um importante fator de risco tanto para o desenvolvimento tanto para DCNT, como para a DCV. Estima-se que o tabagismo cause, aproximadamente, 10% das doenças cardiovasculares em todo o mundo⁹.

Mundialmente, em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8%¹⁰. Já em 2003, foi reduzido para 22,4%¹¹ e em 2008, reduziu ainda mais para 21,6% em homens e 13,1% em mulheres¹². No Brasil, dados recentes levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde¹³, em 2013, mostraram que o número de tabagistas com 18 anos ou mais, foi de 15% no país, sendo maior na área rural (17,4%), quando comparado com a área urbana (14,6%). Apesar disso, estimativas nacionais demonstraram uma redução estatisticamente significativa de 15,7%, em 2006, para 10,2%, em 2016¹⁴. Os dados da PNS corroboram com essa redução, na medida em que, dentre os fumantes entrevistados, 51,1% declararam ter tentado parar de fumar nos 12 meses anteriores à entrevista e 8,8% referiram ter procurado tratamento com profissional de saúde para largar o cigarro nesse mesmo período¹³.

Conforme o exposto acima, é possível que as campanhas de combate ao tabagismo estejam contribuindo para essa diminuição. Este contexto, o Brasil tem se destacado como um país que vem reduzindo progressivamente a prevalência de tabagismo.

Inatividade física (sedentarismo) ou atividade física insuficiente

A prática de atividade física regular é considerada um fator de proteção à saúde, enquanto que o sedentarismo é o quarto maior fator de risco de mortalidade global. Segundo a OMS, 3,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo são atribuídas à atividade física insuficiente¹. A OMS recomenda a prática de, no mínimo, 150 minutos de atividade física semanal de intensidade

leve a moderada ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa para adultos¹.

Um levantamento brasileiro, o inquérito telefônico VIGITEL, avaliou a atividade física em quatro domínios: no tempo livre ou atividades de lazer, no deslocamento para o trabalho ou para a escola, nas atividades de trabalho, e nas atividades domésticas. Conforme dados da pesquisa, a prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre referida por adultos residentes nas capitais do Brasil aumentou de 30,3% em 2009 para 37,6 em 2016. A maior prevalência foi observada no sexo masculino (46,6%), na faixa etária de 18 a 24 anos (52,2%) e na população com maior escolaridade (47,9%). A localidade com maior prevalência de adultos ativos foi o Distrito Federal (46,2%)¹⁵.

Por outro lado, a mesma pesquisa demonstrou que 28,9% dos entrevistados tinham o hábito de assistir televisão diariamente por, no mínimo, 3 horas¹⁵, reforçando a tendência ao perfil sedentário da população.

Alimentação não saudável

O consumo de frutas e verduras é recomendado como parte de uma dieta saudável, pois é fonte de vitaminas, minerais e fibras. Evidências demonstram que a ingestão de 400 g/dia de frutas e verduras (equivalente a cinco porções/dia) está relacionada com a menor incidência de DCV^{16, 17}. Esta recomendação baseia-se no aumento do risco de DCV com ingestão de frutas e verduras inferiores a 200 g/dia¹⁸. As frutas e verduras também auxiliam na prevenção e no tratamento do excesso de peso e do DM¹⁹.

A tendência de maior consumo de frutas e verduras entre as mulheres tem sido consistentemente relatada em estudos epidemiológicos brasileiros²⁰. Levantamentos nacionais, como o SIMTEL, conduzido nas cidades de São Paulo²¹, Goiânia²² e Belém²³, corroboram com esses achados^{24, 25, 26}. Um maior interesse por questões relacionadas ao conhecimento nutricional, alimentação saudável, realização de dietas e consumo de alimentos de baixo teor calórico pode influenciar as escolhas alimentares das mulheres, explicando, assim, as diferenças de consumo entre os sexos²⁷.

Na última década, o estabelecimento de estratégias de promoção do aumento do consumo de frutas e verduras em nível populacional tornou-se uma prioridade em saúde pública em vários países na última década¹⁷. Mesmo que o consumo entre os brasileiros tenha aumentado de 33,0%, em 2008, para 35,2%, em 2016, apenas 1 entre 3 adultos consomem frutas e verduras em 5 dias da semana²⁸. Dados brasileiros apontam que 75,6% da população adulta não atinge o consumo mínimo recomendado de frutas e hortaliças²⁸.

Outros hábitos alimentares, como por exemplo o consumo de açúcar, também podem impactar no risco de DCNT e DCV. Segundo a OMS²⁹, o consumo de açúcares livres da dieta deve ser reduzido a menos que 10% do total de energia ingerida. Açúcares livres são considerados os monossacarídeos e dissacarídeos adicionados a alimentos e bebidas. Essas recomendações estão baseadas em evidências que avaliaram a relação entre o aumento na ingestão de açúcares livres e o ganho de peso corporal³⁰. As bebidas gaseificadas, como os refrigerantes, contêm grande quantidade de açúcares e seu consumo regular tem sido associado ao aumento de peso³⁰. O consumo regular de refrigerantes ou suco artificial pelos brasileiros reduziu, entre 2007 e 2016, de 30,9% para 16,5%, respectivamente²⁸.

O uso excessivo de sal na dieta está associado com a HAS e a outras comorbidades cardiovasculares³¹. A OMS recomenda uma ingestão de menos de 5 gramas por dia para prevenir doenças cardiovasculares³². Contudo, estima-se que o consumo global médio seja de 9 a 12 gramas de sal por dia⁸.

Estudos têm indicado que a ingestão de sal está fortemente associada ao desenvolvimento de HAS, um dos fatores de risco para as DCNT³³. Se maiores esforços fossem dedicados à redução no consumo de sal pela população, seria possível economizar milhões de dólares, além de trazer enormes benefícios para a saúde pública. Estimativas demonstraram que a redução da ingestão de sódio para 2,3g por dia economizaria 18 bilhões de dólares em custos com saúde³⁴, sendo que um programa nacional voltado para a redução de sódio custaria somente 1 a 2% do custo global de um programa de contensão de HAS³⁵. Ressalta-se ainda que o investimento em ações protetivas ou de conscientização para a redução no consumo do mineral poderia ser ainda otimizado, quanto maior conhecimento sobre o consumo e/ou

fatores direcionadores (como populações com alta prevalência de HAS) fosse obtido. Neste contexto, fica evidente a necessidade de conhecer os hábitos de estilo de vida, de diferentes populações para que ações de melhoria possam ser implementadas de forma assertiva.

A influência dos ácidos graxos ingeridos sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares e sobre as concentrações plasmáticas de lipídios e lipoproteínas tem sido amplamente demonstrada em diversos estudos experimentais e populacionais³⁶. Em razão dos efeitos nocivos de ácidos graxos *trans* sobre a saúde, especialmente por aumentar o risco cardiovascular, ocorreram diversas ações simultâneas foram implementadas tanto por Agências Reguladoras de Saúde quanto de Sociedades responsáveis pela elaboração de Diretrizes Nutricionais, com o intuito de recomendar a redução do consumo desses ácidos graxos pela população mundial. Desse modo, foram estabelecidas políticas públicas para redução do consumo de gorduras *trans*, o que obrigou a indústria de alimentos a alterar a fonte de gordura utilizada, adequando os seus produtos.

Sobrepeso e obesidade

Em torno de 13% da população mundial está obesa^{37,38}. No Brasil, a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,6%, em 2006, para 53,8%, em 2016²⁸, sendo que a prevalência de obesidade cresceu em 60% no mesmo período.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um parâmetro utilizado para avaliar o estado nutricional do indivíduo. O IMC acima de 25kg/m² indica sobrepeso e números acima ou igual a 30 kg/m² caracterizam a presença de obesidade¹⁷. Estudos recentes demonstram que a circunferência abdominal (CA) é uma medida antropométrica simples do tecido adiposo abdominal visceral, podendo ser um bom indicador para a previsão dos riscos cardiovasculares^{39,40}. Como há diferenças de gênero marcadas na distribuição regional de gordura corporal, os indicadores antropométricos também podem variar em sua aplicabilidade por sexo. Ho e colegas (2001)⁴⁰ constataram que o IMC em homens e a Relação Cintura-Quadril em mulheres foram os índices antropométricos mais

importantes para predizer a síndrome metabólica (HAS, DM ou dislipidemia). Além disso, a relação entre índices antropométricos e fatores de risco cardiovascular pode ser específica por idade. Evidências reforçam o papel preditor do IMC no risco cardiovascular. Rimm e colegas (1995)⁴¹ realizaram, nos Estados Unidos, um grande estudo prospectivo com homens americanos, no qual verificaram que o IMC foi o melhor preditor de doença coronariana em participantes com idade inferior a 65 anos, enquanto que naqueles com idade maior ou igual a 65, a Relação Circunferência Quadril (RCQ) foi um melhor preditor de risco.

Pesquisas demonstraram que tanto a gordura corporal total absoluta como sua distribuição central estão intimamente associadas ao aumento nos riscos de diabetes, hiperlipidemia, HAS e DCV⁴². Estudos demonstram que a mortalidade por DCV é aproximadamente três vezes maior entre os homens e mulheres obesas quando comparados com indivíduos sem peso excessivo. Além disso, o sobrepeso e a obesidade aumentaram em 21% o risco de mortalidade por DCV em homens e em 21% nas mulheres⁴³.

Estudos demonstraram que a localização geográfica de residência impacta de forma distinta nos riscos de sobrepeso e obesidade. Um estudo realizado no Butão, na África, demonstrou que o sobrepeso foi mais prevalente em residentes da zona urbana do país, quando comparados a moradores da zona rural⁴⁴. Contraditoriamente, nos Estados Unidos a maior prevalência de obesos está nas áreas rurais do país⁴⁵. Na Europa, porém, diferenças na prevalência de obesidade entre áreas urbanas e rurais não foram significativas⁴⁶. No continente europeu, os homens são mais obesos do que as mulheres⁴⁷, enquanto que nos Estados Unidos não foram demonstradas diferenças entre ambos os sexos⁴⁸.

Alguns autores atribuem a maior prevalência de obesidade em mulheres em países de baixa renda devido ao fato de que os homens são usualmente mais engajados em trabalhos extenuantes e muitas mulheres se restringem ao serviço doméstico sem emprego formal e que demandam menor atividade física⁴⁹.

Consumo nocivo de álcool

Mundialmente, a mortalidade causada por transtornos mentais e comportamentais associados ao consumo de álcool subiu 21% em onze anos, passando de 4,26 por 100 mil pessoas em 1996 para 5,17 por 100 mil pessoas em 2007⁵⁰. Além disso, a cada ano, ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, correspondendo a 5,9% dos óbitos mundiais¹. O consumo de bebidas alcoólicas também é classificado como um dos cinco principais fatores de risco para incapacidades, principalmente entre jovens, e está relacionado como fator causal de mais de 200 doenças e lesões como cirrose hepática, câncer, distúrbios neurológicos^{1,51}.

No Brasil, o percentual de óbitos com causa básica plenamente atribuível ao álcool passou de 1,2% no ano 2000, para 1,6% de todos os óbitos captados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2013. Esse aumento foi ainda maior quando considerado não apenas o percentual de óbitos com causa básica plenamente atribuível ao álcool, mas também as causas associadas, variando de 1,9% para 2,8% entre os anos de 2000 e 2013¹⁴. Levantamentos nacionais¹⁴ indicaram que o consumo de álcool é maior pelos homens (27,3%), quando comparado ao consumo das mulheres (12,1%). Além disso, os dados demonstraram que o consumo abusivo de bebida alcoólica tende a reduzir após os 35 anos de idade e a crescer com o aumento no nível de escolaridade.

Vale salientar que os custos associados ao tratamento de doenças decorrentes do consumo abusivo de álcool ultrapassam 1% do produto interno bruto dos países de alta e média renda⁵¹, reforçando a necessidade de serem implementadas medidas de contenção.

Hipertensão arterial

A HAS é frequentemente associada a alterações metabólicas que, por sua vez, contribuem para o maior risco de DCV fatais e não fatais⁵². É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial acima do valor normal para a idade⁵³. A OMS estima que

cerca de 600 milhões de pessoas sejam portadoras de HAS e que 7,1 milhões de mortes anuais sejam decorrentes dessa doença. Estimativas demonstram que, até 2025, o número de casos de HAS em todo o mundo aumentará em até 60%⁵⁴.

Os fatores de risco associados à HAS descritos na literatura abrangem a alimentação inadequada, a ingestão excessiva de sal, o consumo abusivo de álcool, a inatividade física, o excesso de peso, o tabagismo e os distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios^{52,55}. Outros fatores, como a área de residência (rural ou urbana) também parecem interferir no risco da doença. Estudos sugerem maior prevalência de pressão alterada entre indivíduos residentes em zona urbana, quando comparados aos moradores de zonas rurais⁴⁴.

Inquéritos domiciliares em municípios brasileiros estimaram prevalências que variaram de 15% a 40% na população urbana adulta brasileira^{56,57}, dependendo do método e abrangência do estudo. A aferição da pressão arterial em estudos populacionais é difícil, especialmente devido ao tempo despendido e ao custo. Diante disso, muitos estudos utilizam informações autorreferidas⁵⁸ ao invés de aferir a pressão arterial dos entrevistados. Apesar disso, a comparação dessas medidas auto referidas com medidas aferidas parecem ser compatíveis. Um estudo comparando os resultados autorreferidos de HAS do inquérito telefônico *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) com medidas coletadas no *National Health and Nutrition Examination Survey* mostrou boa sensibilidade e especificidade das medidas auto referidas⁵⁹.

Glicemia elevada

A resistência insulínica é um dos principais atores de risco cardiovascular e está associada à gordura visceral, HAS, DM, dislipidemias e outras alterações metabólicas⁶⁰. A resistência insulínica parece estar associada aos indicadores antropométricos de obesidade, sobretudo, de distribuição central⁶⁰. O *Nurses Health Study* constatou que o risco de doença coronariana reduziu em 5 vezes e o de diabetes mellitus tipo 2 em, pelo menos, 10 vezes

entre os entrevistados que se envolveram em 5 tratamentos modificáveis de saúde⁶¹.

Apesar disso, o diagnóstico da resistência insulínica ainda não faz parte da rotina dos exames médicos no Brasil, pois os métodos de determinação apresentam elevados custos. Em contrapartida, essa economia financeira na detecção precoce, fez com que, em 2016, fosse destinado R\$ 1,08 bilhão para a compra de medicamentos para os municípios brasileiros destinarem ao tratamento da diabetes e HAS. Nos Estados Unidos, por exemplo, os custos diretos e indiretos com a doença, em 2002, foram estimados em 132 bilhões de dólares⁶², o que equivale a, aproximadamente, 528 milhões de reais, reforçando que a prevenção ainda menos onerosa do que o tratamento.

3.1.2 Outros fatores que impactam no risco de DCNT e DCV

É possível que o risco de DCNT e DCV varie entre homens e mulheres é diferente. Distúrbios comuns da gravidez, como hipertensão gestacional, diabetes e distúrbios endócrinos como, por exemplo, síndrome dos ovários policísticos e menopausa precoce, parecem acelerar o desenvolvimento de DCV. Embora a DCV seja a principal causa de morte em ambos os sexos, a prevalência é maior em mulheres⁶³. Dados brasileiros corroboram com esses achados, na medida em que as a população feminina apresente maior diagnóstico de HAS (27,5%) em relação aos homens (23,6%)²⁸.

Estudos previamente realizados identificaram que as mulheres usam mais os serviços, tanto em consultas quanto em internações, e relatam mais limitações em decorrência da DCNT⁶⁴. Esse maior consumo já foi identificado por outros autores⁶⁵ que tem atribuído esse uso à maior percepção da mulher aos sintomas e sinais das doenças e, conseqüentemente, maior procura dos serviços, médicos, exames, práticas de promoção e prevenção. Mulheres não portadoras de DCNT também têm uma utilização elevada de serviços de saúde, devido às práticas de promoção, a outras doenças agudas e ao pré-natal⁶⁵.

O estado civil também parece influenciar na saúde. Estudos demonstraram que adultos casados são geralmente mais saudáveis do que

adultos solteiros (independente dos indicadores de saúde ou subgrupo da população). Por outro lado, adultos casados apresentam índices superiores de sobrepeso e obesidade quando comparados aos não casados⁶⁶.

Evidências demonstraram que indivíduos com posse de plano de saúde com e sem DCNT tiveram maior uso de serviços, internação e consulta médica⁶⁴. Esse resultado corrobora os dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio que mostraram que pessoas com plano privado de saúde apresentam prevalências mais elevadas de consulta médica e de internação nos últimos 12 meses, e de uso de serviços nas últimas duas semanas, bem como menores proporções de restrição de atividades, em comparação ao segmento social que não dispõe de plano de saúde⁶⁵.

Estudos realizados em países desenvolvidos encontraram maior prevalência de DCNT em populações menos escolarizadas⁶⁵. No Brasil, muitas doenças crônicas apresentam gradiente social que cresce na direção dos segmentos socialmente mais vulneráveis, como observado neste estudo. As duas edições da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 2008)⁶⁵ encontraram menor utilização de serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade. Usuários com DCNT e maior escolaridade usaram mais serviços, comparados com os menos escolarizados. Destaca-se a iniquidade na ocorrência de DCNT na população sem planos que pode apresentar maior grau de limitação na realização das atividades nas duas semanas anteriores, por motivo de saúde⁶⁴.

A auto avaliação de saúde tem sido amplamente utilizada em inquéritos populacionais por ser facilmente aplicada e permitir comparações internacionais. Embora seja medida por uma única pergunta, existem evidências de seu poder para cobrir várias dimensões da saúde e que, ao respondê-la, os indivíduos desenvolvem implicitamente um processo de ponderação destas dimensões⁶⁷. Esse indicador é considerado um forte preditor tanto da morbidade quanto da mortalidade, mesmo quando controlado pela presença de uma doença ou incapacidade⁶⁸. A percepção individual da saúde mostra-se importante por si, independentemente da presença objetiva de alguma doença. O sentimento de bem-estar extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade⁶⁹.

Diversos inquéritos de saúde referem que as informações obtidas sobre a prevalência de doenças crônicas apresentam boa concordância quando comparada com registros médicos ou exames clínicos, especialmente para algumas patologias selecionadas, como as DCV e o DM^{68,70}. Como estratégia para aumentar a validade do autor relato das doenças, a OMS tem sugerido a utilização de uma lista de condições mais representativas do perfil de morbimortalidade de cada país, tendo se revelado um instrumento sensível para medir a percepção de doenças, minimizando o viés de memória. Estudos têm mostrado que os indicadores de morbidade referida sofrem influência de características sociodemográficas, como sexo, idade e escolaridade devem ser levadas em consideração nas análises⁷¹.

3.2 OS INQUÉRITOS POPULACIONAIS COMO FERRAMENTAS PARA A DETECÇÃO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE

Os inquéritos populacionais são ferramentas efetivas que podem auxiliar na identificação de fatores de risco e de proteção para doenças, como, por exemplo, as DCNT e DCV. Em países desenvolvidos, os inquéritos de saúde de base populacional são amplamente utilizados para o mapeamento de doenças. Por outro lado, dada a grande precariedade dos sistemas de registros de dados, especialmente nos países subdesenvolvidos, os inquéritos representam, muitas vezes, a única forma de obtenção de informação⁷².

Nos Estados Unidos, inquéritos periódicos de saúde foram iniciados no final da década de 50. O “*National Health Interview Survey*” (NHIS) foi realizado pela primeira vez em 1957 e, desde 1960, passou a ser aplicado anualmente pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS), do *Centers for Disease, Control and Prevention* (CDC)⁷³. Na mesma época em que o NHIS teve início, o NCHS passou a implementar inquéritos que combinavam entrevistas com exames clínicos. Os *Health Examination Surveys* (HES) foram realizados em 1960/62, 1963/65 e 1967/70 e, a partir de 1970, foram substituídos pelos *National Health and Nutritional Examination Surveys* (NHANES) que passaram a ser contínuos em 1999. Pelo *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (NCCDPHP), também componente do CDC, passou a ser desenvolvido, desde 1981, o *Behavioral Risk Factor Surveillance System*

(BRFSS), que constitui o maior sistema de vigilância por telefone realizado no mundo. Iniciado em 1981/83, passou a ser aplicado anualmente a partir de 1984, inicialmente em 15 Estados. Em 1994, todos os Estados americanos já estavam participando do sistema. O objetivo de criação do BRFSS foi obter dados de fatores de riscos para Estados americanos e unidades geográficas menores, visto que o NCHS já obtinha essas informações, mas apenas com estimativas globais para o país⁷⁴. Além destes, inúmeros outros inquéritos de grande porte, sobre os mais diferentes temas relativos à saúde, são periodicamente realizados nos Estados Unidos⁷⁵.

O Reino Unido realizou um inquérito de morbidade em 1943/52 (*Survey of Sickness*) e iniciou, em 1971, a aplicação anual do *General Household Survey* (GHS). Com o objetivo de permitir inter-relacionar diferentes áreas de política social e monitorar mudanças, os resultados desse inquérito são muito utilizados pelo governo central e por profissionais e pesquisadores. Além disso, em 1990, foi iniciado o *National Statistics Omnibus Survey*, cujo objetivo era obter resultados rápidos sobre temas diversos como contraceptivos, medicamentos, cigarro, acesso à Internet, transporte, uso do tempo, mudança na renda familiar, etc. Várias outras pesquisas são realizadas no Reino Unido, tais como inquéritos sobre estilo de vida, problemas específicos de saúde, saúde mental e percepção do público sobre o Sistema Nacional de Saúde (NHS). Em 1991, começou a ser aplicado o *Health Survey for England*, cobrindo a população adulta com 16 anos ou mais e, a partir de 1995, passando a também incorporar crianças na amostra. A cada ano, a pesquisa focaliza diferentes grupos demográficos, ou diferentes condições de saúde e de fatores de risco. A pesquisa combina questionários com medidas físicas. Inclui questões sobre saúde; indicadores psicossociais, demográficos e socioeconômicos; consumo de cigarro e álcool; indicadores de uso de serviços de saúde e de medicamentos; além de medidas individuais de altura, peso e pressão arterial. O inquérito tem incluído mensurações de colesterol, fibrinogênio, hemoglobina, entre várias outras⁷⁶.

A OMS tem promovido, nas últimas décadas, diversas pesquisas multicêntricas, envolvendo diversos países, sobre os mais diferentes temas de saúde. Algumas dessas incluem inquéritos de base populacional como, por

exemplo, a realizada para avaliar a prevalência de fatores de risco de doenças não transmissíveis⁷⁷. Outro exemplo é o estudo multicêntrico sobre comportamento suicida (ideação, plano e tentativa), que inclui inquérito de base populacional desenvolvido pelo Projeto SUPRE-MISS⁷⁸. Ainda, a OMS realizou o *World Health Survey* (WHS) que foi aplicado em 71 países, dentre os quais o Brasil. O objetivo foi o de coletar informações para avaliar a *performance* dos sistemas de saúde. Esta iniciativa buscou superar parte das críticas apresentadas ao indicador proposto pela OMS em 2000⁷⁹.

No Canadá, os inquéritos de base populacional têm sido frequentemente realizados, bem como na maioria dos países europeus. Em países em desenvolvimento, contudo, essas pesquisas ocorrem, frequentemente, por iniciativa e propostas de agências e organizações internacionais⁸⁰.

No Brasil, foi realizado, na década de 70, em Ribeirão Preto, SP, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde⁸¹. A iniciativa propiciou discussões sobre as diversas questões metodológicas sobre este tipo de pesquisa e estimulou o desenvolvimento de outros projetos subsequentes^{72,82,83}. Em âmbito nacional, pesquisas com temas mais relacionados à saúde iniciaram-se em 1974/75, com o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) que foi seguido, na temática, pelas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) realizadas em 1987 e 1996. Voltadas para as questões de nutrição e reprodução, foram desenvolvidas a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), implementada em 1996, sob os auspícios da Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). Em 1996/97 foi realizada pelo IBGE a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV), que cobriu 5.000 domicílios das regiões nordeste e sudeste, e incluiu várias questões de interesse da saúde. Pela cobertura territorial e periodicidade, revestem-se da maior importância no país as Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNADs), que tiveram início em 1967. Em 1981, foi aplicado um primeiro suplemento de saúde na PNAD, seguido pelos realizados em 1986, 1988 e 1998 e 2003^{80,84}.

Embora algumas questões sobre práticas preventivas e prevalência de comportamentos relacionados à saúde tenham sido incluídas em outros inquéritos, a primeira grande pesquisa nacional sobre esta temática foi realizada pelo Instituto Nacional de Câncer, em 2002-2003, por demanda da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde⁸⁵. Inovação significativa foi obtida com o desenvolvimento do sistema de vigilância de fatores de risco para doenças crônicas (VIGITEL) que inaugurou no país o uso de inquéritos por telefone em âmbito nacional⁸⁵.

Nos últimos anos, o Brasil tem se destacado pela melhoria e pelos avanços nos sistemas de informação em saúde, bem como na organização dos inquéritos epidemiológicos^{80,86,87}. Deste modo, caminha-se, no Brasil, para a consolidação de uma política que reconhece a necessidade de inquéritos periódicos para gerar informações que não são obtidas em registros contínuos e são essenciais para o planejamento e a avaliação das políticas de promoção de saúde e de prevenção e controle de agravos. Experiências de âmbito menor que os inquéritos nacionais significam espaços e oportunidades fundamentais de experimentação e validação de instrumentos, de compreensão dos determinantes da variação dos valores médios nacionais ou regionais, e de aprofundamento de questões que necessitam de investigações mais específicas e detalhadas. Podem também atender a necessidades de gestão em nível municipal ou regional, não contempladas em pesquisas nacionais.

Diante do exposto acima, fica clara a necessidade de, cada vez mais, serem realizadas pesquisas em âmbito nacional, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. O monitoramento do estado de saúde de diferentes grupos populacionais é fundamental para a formulação e avaliação das políticas e programas de saúde⁸⁸, sendo de interesse não apenas do governo, mas também da sociedade como um todo. Informações periódica e sistematicamente coletadas permitem o monitoramento da efetividade de ações e programas de saúde em distintos subgrupos populacionais. Além disso, resultado de levantamentos populacionais contribuem para o planejamento e a gestão das intervenções em saúde coletiva^{80,86,87}.

Em síntese, os inquéritos de saúde possibilitam a obtenção de informações sobre diferentes dimensões do estado de saúde e sobre determinantes demográficos, sociais, econômicos e culturais da saúde-doença. Além disso, permitem conhecer a realidade do acesso aos múltiplos serviços e atividades da saúde. Diante da semelhança entre os fatores de risco das DCNT e aqueles verificados nas DCV, percebe-se que medidas de contenção convergentes podem otimizar a redução na prevalência de ambas doenças. Neste aspecto, os inquéritos populacionais de abrangência nacional são essenciais para conhecer o perfil de saúde, a distribuição dos fatores de risco e suas tendências, além das desigualdades em saúde e fatores protetivos.

3. 2.1 A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS⁸⁹ foi realizada em 2013. O levantamento executado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e diversas instituições de ensino e pesquisa. Mais de 1.000 técnicos do IBGE participaram da coleta de dados em 1.600 municípios brasileiros. A PNS é um estudo transversal de base domiciliar, com amostragem estratificada em três estágios de conglomeração. Os setores censitários foram as unidades primárias de amostragem; os domicílios, as unidades de segundo estágio; e os moradores adultos (18 anos ou mais), as unidades de terceiro estágio. Foram coletadas informações em 64.348 domicílios. Em cada domicílio, foi selecionado um morador adulto de 18 anos ou mais de idade por amostragem aleatória simples e, no total, foram entrevistados 60.202 indivíduos^{87,89}. A PNS constitui a pesquisa mais ampla sobre saúde já realizada no país e inclui temas como desigualdades em saúde, utilização de serviços, atenção primária, cuidados assistenciais, planos de saúde, saúde oral, estilos de vida, doenças crônicas não transmissíveis, violências, acidentes, ciclos de vida (adultos, idosos, crianças, mulheres), pessoas com deficiências e uso de medicamentos, além de incluir antropometria e medidas de pressão arterial.

Dos 11 estudos realizados com os dados da PNS, Stopa e colegas (2017)⁹⁰ destacaram as desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde. Os autores constataram que, dos indivíduos que procuraram o serviço de saúde, 95,3%, de fato, utilizaram os serviços. Participantes com 60 anos ou

mais e residentes nas regiões Sul e Sudeste foram aqueles que mais utilizaram os serviços. Malta e colegas (2017)⁹¹ analisaram os fatores associados ao uso de serviços na população adulta brasileira portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

3. 2.2 O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)

O inquérito VIGITEL foi implantado desde 2006 nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, completando 11 anos de coleta contínua. A coordenação da pesquisa é da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens), da Universidade de São Paulo, e conta com o apoio de diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Por meio de entrevistas telefônicas assistidas por computador, o Vigitel utiliza-se de amostras probabilísticas da população adulta com 18 anos ou mais, residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano da pesquisa, em cada uma das 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, totalizando mais de 54 mil entrevistas anualmente. São utilizados pesos de pós-estratificação para correção das estimativas²⁸.

Fica claro que os resultados obtidos a partir de inquéritos populacionais permitem ampliar o conhecimento do perfil epidemiológico da população brasileira e fornecer subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde. A OMS recomenda a organização da vigilância em DCNT por meio do monitoramento dos agravos e seus fatores de risco, visando a apoiar ações para sua prevenção e seu controle. Cabe destacar a importância da sustentabilidade desses inquéritos e do compromisso que se deve ter com a continuidade dessas pesquisas que cumprirão o papel de monitoramento das políticas públicas e, em especial, dos indicadores e das metas para redução e controle das DCNT⁹².

3.3 INICIATIVA DO SISTEMA INDÚSTRIA PARA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DOS TRABALHADORES (DSEV)

Há diversos questionários com focos específicos, evidenciando a diversidade de instrumentos existentes na literatura e cujas questões podem compor inquéritos populacionais, dependendo do objetivo da pesquisa. Contudo, além da decisão de qual ferramenta deve ser utilizada, é necessário garantir, ao grupo de pesquisadores envolvidos, o acesso à população alvo para aplicação da ferramenta e garantia da padronização nos dados coletados. A entrevista com populações específicas, muitas vezes, é um limitador da qualidade e ineditismo dos estudos. Dentre os grupos de mais difícil acesso, destacam-se os trabalhadores da indústria, cujas condições de saúde estão diretamente relacionadas à produtividade industrial e desenvolvimento econômico de um país. A quantidade mundial de trabalhadores corresponde a metade da população de todo o mundo. Contudo, há poucas pesquisas publicadas, realizadas com essa população e não há, no Brasil, um estudo em âmbito nacional com foco na avaliação do perfil epidemiológico de trabalhadores brasileiros.

Atualmente, a competitividade do setor produtivo no Brasil vem sendo impactada pela elevada incidência de acidentes e lesões de trabalho, pelo aumento da prevalência de doenças musculoesqueléticas e pela crescente carga de adoecimento e morte decorrente de DCNT. Além desses custos mais concretos e monetariamente tangíveis, há também os custos não percebidos e que são gerados por tais agravos à saúde, evidenciados por meio da perda de produtividade do funcionário e redução da capacidade de trabalho.

Certos riscos ocupacionais, como lesões, ruído, agentes carcinogênicos, partículas transportadas pelo ar e riscos ergonômicos são responsáveis por uma parte substancial da carga de doenças crônicas: 37% de todos os casos de dor nas costas, 16% de perda auditiva, 13% de obstrução crônica doença pulmonar, 11% de asma, 8% de lesões, 9% de câncer de pulmão, 2% de leucemia e 8% de depressão⁹³. Problemas de saúde relacionados ao trabalho resultam em uma perda econômica de 4-6% do PIB para a maioria dos países. Os serviços básicos de saúde para prevenir doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho custam, em média, entre US \$ 18 e US \$ 60 (paridade

de poder de compra) por trabalhador. Neste contexto, cerca de 70% dos trabalhadores não possuem nenhum seguro para compensar o empregador em caso de doenças ocupacionais e lesões⁹³.

Pesquisas, previamente realizadas com trabalhadores da indústria brasileira, demonstraram que há necessidade de serem desenvolvidas ações de prevenção e promoção em saúde para melhorar a condição global de saúde de trabalhadores, especialmente do segmento da construção civil⁹⁴. Um estudo, realizado com 1.057 trabalhadores, avaliou especificamente condições de urgência odontológica associadas aos fatores sócio demográficos. Os resultados demonstraram que a menor escolaridade foi positivamente associada a menores condições de saúde ($p=0,04$). Neste estudo, contudo, não foram obtidas associações significativas entre condição de urgência odontológica e renda. No entanto, as maiores necessidades de urgência foram observadas em grupos de trabalhadores com remuneração mensal até 3 salários mínimos. Resultados similares também foram observados em estudo realizado por Pinto e colegas (2006)⁹⁵ com trabalhadores da indústria brasileira, em que as piores condições de saúde foram observadas em trabalhadores com menor faixa salarial.

A Confederação das Indústrias (CNI) administra o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Instituto Euvaldo Lodi (IEL). Juntas, federações estaduais e sindicatos patronais da indústria formam o Sistema Indústria, uma rede nacional de caráter privado responsável por iniciativas de apoio ao setor industrial brasileiro. A partir das demandas identificadas nas empresas pelas federações e sindicatos industriais, o Sistema oferece educação básica, formação profissional, capacitação empresarial e soluções técnicas e tecnológicas às indústrias. Também desenvolve programas socioeducativos que contribuem de maneira efetiva para melhorar as condições de segurança e de saúde no ambiente de trabalho.

O SESI atua apoiando a indústria brasileira a reduzir gastos com saúde e a diminuir os índices de absenteísmo e presenteísmo, bem como a promover a qualidade de vida no trabalho. A realização de ações avaliativas é fundamental para o SESI, pois permite auxiliar as empresas a planejarem

intervenções adequadas, conforme as condições de saúde verificadas. Tais ações possibilitam às empresas melhor gestão sobre os programas corporativos de promoção da saúde, melhor identificação no retorno deste investimento e possibilita o acesso a um conjunto de indicadores que representam informações estratégicas e úteis para o planejamento de longo prazo.

Diante disso, em 2007, o Departamento Nacional do SESI lançou o “Programa Indústria Saudável” em resposta aos resultados apresentados no estudo sobre o Perfil Epidemiológico de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis em Trabalhadores da Indústria do Brasil⁹⁶ e às orientações da OMS de implantação de sistemas de vigilância dos fatores de risco para esse conjunto de agravos. Essa iniciativa tinha como objetivo apoiar as indústrias na elaboração de ações com foco na melhoria da qualidade de vida do trabalhador, propiciando o fortalecimento e a competitividade da indústria.

Frente às demandas oriundas das indústrias brasileiras, o SESI desenvolveu o “Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida” (DSEV) que foi incorporado ao portfólio de soluções e serviços oferecidos pelo SESI às indústrias brasileiras. Tratava-se de um serviço oferecido às indústrias que demandavam pelo conhecimento das condições de saúde de seus trabalhadores. Os dados do DSEV permitiriam à empresa acessar as informações de saúde de seus funcionários. E, de posse dessas informações, gerenciar melhor a saúde de seus funcionários e alocação financeira em estratégias de assistência à saúde.

Ressalta-se que a implementação do DSEV foi uma iniciativa do SESI Nacional e que foi incorporada pelas Federações regionais, ou seja o SESI dos Departamentos Regionais implementaram o DSEV seguindo orientações padronizadas e regidas pelo SESI nacional.

Para a operacionalização do DSEV, cada Departamento Regional capacitou, conforme protocolos definidos pelo SESI nacional, uma equipe de trabalho que seria a responsável pela aplicação do questionário do DSEV e coleta das medidas individuais. A equipe era formada pelos seguintes profissionais: cirurgião dentista, enfermeira e/ou técnico em enfermagem e analista de saúde (profissional com formação em área saúde).

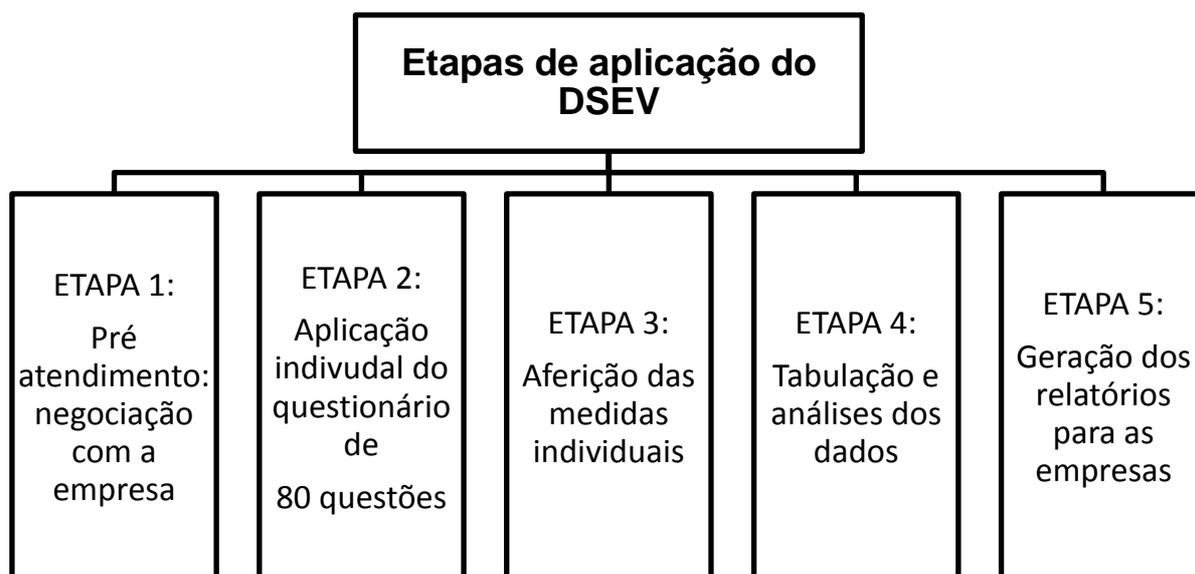
Quando a empresa interessada em implementar o DSEV entrava em contato com o SESI regional, a equipe se deslocava até a empresa, apresentava o projeto e redigia um contrato de venda. Após essa assinatura e as datas de coleta terem sido determinadas, iniciava-se o processo.

A coleta de dados iniciava pela aplicação de um questionário com duração de aproximadamente 15 a 20 minutos com cada trabalhador da empresa, seguida pela aferição de medidas da massa corporal (peso), estatura, circunferência abdominal e pressão arterial e, por fim, pela realização de uma avaliação da saúde bucal. A realização das medidas individuais e a avaliação de saúde bucal também tinham duração estimada em 15 a 20 minutos por trabalhador, totalizando cerca de 30 a 40 minutos.

No final da aplicação do questionário, o entrevistador realizava uma orientação educativa individual sobre estilo de vida saudável, saúde bucal e prevenção das doenças não transmissíveis baseada nas respostas e nas medições realizadas no trabalhador participante.

Detalhadamente, a operacionalização do DSEV consistia em quatro etapas, conforme o desenho abaixo:

Desenho 1. Etapas de aplicação do DSEV



- 1ª Etapa: Pré-atendimento

O pré atendimento consistia na negociação do projeto junto com a empresa interessada pelo DSEV. Ao demonstrar interesse, a empresa recebia uma carta convite padrão. Após, era realizado o contato telefônico para agendamento da primeira visita. Nesta visita, era apresentada a proposta de todos os passos que compunham o DSEV.

Após a adesão formal da empresa, mediante assinatura de contrato e pagamento, eram agendadas as datas para a realização da aplicação do questionário.

- 2ª Etapa: Aplicação do questionário

A aplicação do questionário ocorria na empresa, em local calmo, previamente definido pela empresa. Qualquer um dos três profissionais que se dirigiam a empresa (cirurgião dentista, enfermeira e/ou técnico de enfermagem e o analista de saúde), podiam aplicar o questionário e realizar as medidas individuais, pois todos foram previamente treinados. A entrevista era realizada individualmente.

O questionário continha 80 perguntas que continham informações sócio econômicas, de prática de atividade física, alimentação, comportamento preventivo, tabagismo, consumo de álcool, morbidade referida, utilização de serviços de saúde e medicamentos, características do trabalho, qualidade de vida e transtornos mentais comuns. Conforme evidenciado no quadro 2, as questões foram baseadas nas mesmas utilizadas em questionários previamente validados, como, IPAQ⁹⁷, SF-12⁹⁸ e GHQ-12⁹⁹. No Anexo II, consta o protocolo de aplicação e o questionário na íntegra utilizado.

Quadro 2. Indicadores e dados que compunham o DSEV

MEDIDA DE AFERIÇÃO	INFORMAÇÃO COLETADA
Aplicação individual de questionário por entrevistador do SESI treinado	Dados pessoais, sócio econômicos, do domicílio e da família
	Prática de atividade física
	Dieta
	Comportamento preventivo

	Tabagismo
	Consumo de álcool
	Morbidade referida
	Utilização de serviços de saúde e medicamentos
	Características do trabalho
	Qualidade de vida (SF-12)
	Transtornos mentais comuns (GHQ12)
Aferição de medida individual por entrevistador do SESI treinado	Índice de Massa Corporal (IMC) – Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009 e 2010)
	Circunferência Abdominal
	Pressão Arterial
	Condições da saúde bucal

- 3ª Etapa: Aferição de medidas individuais

Ao terminar a aplicação do questionário, o trabalhador era informado de que seriam realizadas as medidas de peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e teste de glicemia.

Para a aferição do peso, foi utilizada balança eletrônica, conforme detalhado no Anexo III. No momento da pesagem, era solicitado ao trabalhador que retirasse as peças de roupa que fossem possíveis, (casacos, capotes, aventais, guarda-pó, jaleco, sapato) de forma que ficasse apenas com a calça ou saia e uma blusa leve. Era solicitado ao trabalhador que tirasse dos bolsos objetos como carteiras, chaves, ferramentas, etc. Para iniciar cada pesagem, o trabalhador era orientado a pisar levemente no centro da balança e esperar que aparecesse o valor 0 (zero). A seguir, era solicitado ao trabalhador que subisse na balança para que o entrevistador observasse o peso e o registrasse. O peso era aferido em balança digital eletrônica, da marca Plenna-MEA-03140 (Plenna, São Paulo, Brasil), com capacidade de até 150kg e precisão de 100g.

A altura foi determinada com fita métrica Stanley milimetrada, com precisão de 1mm e exatidão de 0,5cm. A fita era afixada na parede e os trabalhadores colocados em posição ereta, descalços, com os membros

superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a parede, e olhando para frente.

A aferição da circunferência da cintura foi realizada usando-se fita inelástica. O examinador posicionava-se à direita do trabalhador e solicitava que esse último removesse o excesso de roupa. O entrevistador solicitava ao trabalhador, quando necessário, que baixasse a cintura da calça e levantasse a blusa ou camisa acima da cintura. Era palpada a superfície da crista ilíaca direita e o rebordo costal e traçada uma linha imaginária horizontal no centro entre estes dois pontos de referência, buscando o ponto de menor diâmetro. A fita inelástica era colocada em um plano horizontal no ponto marcado, paralelo ao solo, circundando o abdome. Para facilitar a realização desta medida e manter a postura corporal, era recomendado que o aferidor marcasse o ponto central de menor diâmetro com uma caneta, segurasse a fita com o ponto zero sobre essa marcação e passasse a fita ao trabalhador para que esse a passe por volta da cintura, alcançando-a para o aferidor pelo outro lado. O aferidor prendia as duas pontas da fita e conferia se a fita estava alinhada horizontalmente (reta) em toda a circunferência abdominal.

Após a aferição destas três primeiras medidas, era solicitado que o trabalhador permanecesse sentado o restante do tempo, a fim de manter-se em repouso por 5 minutos para a aferição posterior da pressão arterial.

Para a aferição da pressão arterial, utilizou-se o aparelho automático da marca, *Omron*, testada e aprovada pela Sociedade Britânica de Hipertensão e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. O protocolo detalhado de medida da pressão arterial encontra-se descrito no Anexo IV.

O teste de glicemia foi realizado por enfermeiro ou técnico de enfermagem do SESI que foram até a empresa junto com a equipe de entrevistadores. Foi utilizado aparelho eletrônico (glicosímetro) com fita reatora ou apenas de fita reagente. O protocolo de aferição da glicemia capilar está detalhadamente descrito no Anexo V.

Por fim, foram obtidas informações de saúde bucal, cujo protocolo de levantamento de informações está descrito no Anexo VI. Ressalta-se que, no

presente projeto, não foram utilizadas informações relacionadas à glicemia e saúde bucal dos trabalhadores.

Após a aferição de cada medida, o profissional do SESI orientava o trabalhador de acordo com a necessidade verificada no momento da avaliação. Além da orientação verbal, cada participante recebeu um cartão com seus resultados das avaliações, um Kit de Higiene Bucal (composto por creme dental/gel, rolo de fio dental e escova dental) e, se necessário, um folder do SESI com informações sobre hipertensão, alimentação, atividade física, diabetes mellitus e saúde bucal.

Após a entrega, era dada ao trabalhador a oportunidade de esclarecimento de dúvidas ou obtenção de maiores esclarecimentos.

- 4ª Etapa: Digitação dos dados

Os dados coletados mediante realização das entrevistas e medidas corporais deveriam ser inseridos por digitação ou importação de dados de leitura ótica no Sistema de Gerenciamento de Risco Saúde para a emissão de relatório para a empresa e de onde foram obtidas as bases de dados utilizadas para os artigos da presente tese.

- 5ª Etapa: Geração dos relatórios para a empresa

Nesta etapa, a equipe do SESI emitia os relatórios analíticos e descritivos, apresentando-os à empresa. A partir da obtenção dos relatórios do diagnóstico emitidos pelo SESI, as empresas poderiam implementar ações focadas em: (1) reduzir o tempo de afastamento e das faltas ao trabalho; (2) realizar melhor gestão dos gastos com plano de saúde a partir da implementação de ações de promoção da saúde no trabalho; e (3) desenvolver estratégias, baseando-se nos dados obtidos de aumentar a produtividade e competitividade da empresa, por meio da promoção do bem-estar dos trabalhadores.

A implementação do DSEV auxiliava a empresa a mapear a situação da saúde de seus trabalhadores, facilitando a proposição de intervenções adequadas, conforme os dados demonstravam. Além disso, estabelecia uma linha de base que permitia a avaliação da efetividade de ações mediante

repetição periódica do diagnóstico realizado com a mesma população de trabalhadores. As informações obtidas a partir da aplicação do DSEV também gerava à empresa insumos na negociação dos planos de saúde dos funcionários com os fornecedores de planos de assistência à saúde. Para os industriários, o DSEV permitia que fossem desenhados programas e ações de saúde adequados à sua necessidade, além de permitir o monitoramento das doenças crônicas e o acesso ao plano individual de cuidados.

3.3.1 Iniciativas em andamento e futuras do Sistema Indústria

Para responder aos desafios impostos por esse cenário epidemiológico e socioeconômico, o Sistema Indústria previu em seu planejamento estratégico 2015-2022 o foco estratégico Qualidade de Vida, cuja atuação junto a empresas e trabalhadores tem como objetivo reduzir gastos com saúde e diminuir índices de absenteísmo e presenteísmo, contribuindo com a competitividade da indústria. Neste planejamento foram estabelecidas também metas de atendimento, estimando-se atender 64 mil indústrias com serviços de SST, 30 mil indústrias com serviços de promoção de saúde e oito milhões de trabalhadores e dependentes com ações de SST e/ ou promoção de saúde.

A resposta do Sistema Indústria a esses desafios contemporâneos nasce, portanto, alinhada à política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil, apresentada na Portaria MS nº 1.823/2012, a qual considera a transversalidade das ações de saúde e reconhece o trabalho como um dos determinantes sociais de saúde. Tal dispositivo normativo define princípios, diretrizes e estratégias em saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, na promoção e proteção à saúde, e na redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

3.4 INIQUIDADES EM SAÚDE

Conforme mencionado previamente, as DCNT são um importante e crescente problema de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda¹⁰⁰. Grupos com piores condições socioeconômicas não apenas sofrem maior carga de doenças, mas também apresentam doenças crônicas e incapacidades em idades mais precoces, têm menor acesso aos serviços de saúde e estes são de menor qualidade¹⁰¹. Embora a Região das Américas

(particularmente a América Latina e o Caribe) seja a região do mundo com maior desigualdade na distribuição de renda¹⁰², a situação geral de saúde continua melhorando continuamente. Essa é uma consequência de inúmeros fatores sociais, ambientais, culturais e tecnológicos favoráveis, bem como dos programas de saúde pública e da maior disponibilidade de serviços de saúde¹⁰³.

Evidências demonstram que as características contextuais do lugar onde as pessoas vivem, incluindo as sociais, e características econômicas, desempenham um papel fundamental na determinação do risco de serem, por exemplo, hipertensos^{104,105}. Apesar de fatores contextuais terem sido sugeridos como principais contribuintes para a crescente carga de hipertensão arterial em países de baixa e média renda¹⁰⁶, a evidência empírica permanece limitada. Estudos sugerem que as pessoas que vivem em contextos com os níveis de desigualdade ao longo do tempo são mais propensos a ter resultados ruins na saúde¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

Explicações individuais enfatizam o papel da desigualdade de renda na formação de capital (por exemplo, educação) e níveis de renda. Sob condições de alta desigualdade de renda, algumas pessoas terão rendas muito menores do que outras e, portanto, podem ser menos capazes de obter recursos necessários para manter sua saúde. Essas desigualdades de renda contribuem para as diferenças no acesso do indivíduo a recursos educacionais, econômicos e materiais¹¹⁰ que pode levar a disparidades nos resultados de saúde.

Explicações psicossociais sugerem que as desigualdades de renda podem influenciar a pressão arterial e efeitos psicossociais da comparação social¹¹¹. Essa perspectiva sugere que as pessoas com menos recursos podem sentir-se frustrados, ou podem sentir-se desvalorizados e inferiores, uma vez que se comparam para aqueles com maiores recursos econômicos^{108,112}. O mecanismo do capital social sugere que a desigualdade é socialmente corrosiva e leva a conflitos sociais e a níveis crescentes de desconfiança entre grupos com maior e com menos recursos^{108,111}. Existe algum suporte empírico para este caminho, com um estudo recente concluindo

que o capital social, avaliado como fenômeno contextual, pode reduzir a pressão arterial através da diminuição do estresse crônico ou aumentando a modulação eventos estressantes¹¹³.

Finalmente, as explicações neomateriais sugerem que as diferenças na pressão arterial alta em toda a área geográfica áreas podem refletir diferenças nos investimentos em capital humano¹¹⁴ e na acumulação diferencial de exposições e experiências que têm suas fontes no mundo material^{110,115}. Por exemplo, pessoas viver em contextos que carecem de investimento adequado em infra-estruturas de apoio à saúde, ou em enfrentar múltiplos problemas sociais devido ao investimento inadequado em capital humano ou emprego oportunidades, por exemplo, podem experimentar altos níveis de estresse crônico, um preditor psicossocial de pressão alta¹¹⁶.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os valores básicos que orientam a cooperação com os países membros são o pan-americanismo e a equidade no campo da saúde. Como estratégia de apoio aos países com maior desigualdade, a OPAS oferece colaboração na organização e gestão de bancos de dados, na identificação de desigualdades e nas tecnologias para sua redução. Para a OMS, a equidade é a segunda em uma lista de 38 objetivos em sua nova política de Saúde para Todos. A meta para 2020 é reduzir em pelo menos 25% as diferenças entre os grupos socioeconômicos de cada um dos países membros, aumentando os níveis de saúde dos mais pobres¹¹⁷.

Em geral, os sistemas de informação e análises da situação de saúde não levam em conta a avaliação das desigualdades. Medir as desigualdades nas condições de vida e saúde é o primeiro passo para identificar desigualdades no campo da saúde. Desigualdade não é sinônimo de iniquidade. A iniquidade é uma desigualdade injusta e evitável, e nisso reside sua importância para os tomadores de decisão. Qualificar como iniquidade uma desigualdade implica conhecer suas causas e poder fundamentar um julgamento sobre a injustiça de tais causas¹¹⁸.

4. REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, 2014. Acesso em 06/05/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
2. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(4):599-608.
3. Sánchez IG, editora. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la EU 7: urbanismo y salud pública. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
4. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bekedam H, Billo N, Casswell S, Cecchini M, Lancet NCD Action Group; NCD Alliance. Priority actions for the non- communicable disease crisis. Lancet 2011; 377(9775):1438-1447.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
6. WHO. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1.
7. WHO. World Health Organization. STEPS: a framework for surveillance: the WHO STEPwise approach to surveillance of noncommunicable diseases (STEPS) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_framework_dec03.pdf.

8. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. World Health Organization, Geneva 2011. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/.
9. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies; Executive Summary. Geneva: World Health Organization; 2017. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258503/WHO-NMH-PND-17.4-eng.pdf?sequence=1>.
10. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Resultados preliminares. INAN: Brasília,1990. Acesso em 6 outubro de 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pns_n.
11. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. RADIS/FIOCRUZ. 2004;23:14-33.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-americana da Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab 2008. Rio de Janeiro: MS; 2011. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em 6/10/2018. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016_analise_zika.pdf (páginas 102 a 105).

15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

16. Slavin JL, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. *Adv Nutr*, 2012; 3:506–16.

17. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/wha/59/dpas/en/>.

18. Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson WL, van den Brandt PA et al. Intake of fruits and vegetables and risk of breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *J Am Med Assoc*. 2001; 285:769-76.

19. De Oliveira MC, Sichieri R, Venturim Mozzler R. A lowenergy- dense diet adding fruit reduces weight and energy intake in women. *Appetite*. 2008; 51:291-5.

20. Campos VC, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MAA. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Ver Bras Epidemiol*. 2010;13(2):352-62.

21. Monteiro CA, de Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo IC et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Públ*. 2005;39:47-57.

22. Peixoto Mdo R, Monego ET, Alexandre VP, Souza RG, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24: 1323-33.

23. Moura EC, Dias RM, Reis RC. Determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras na população adulta de Belém, Pará, 2005. *Nutrire*. 2007;32:29-40.
24. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saude Publica* 2005;21(S):19-24.
25. Brasil. Vigitel Brasil 2007: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2008.
26. Moura EC, Moraes Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(S1): 20-37.
27. Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Ann Behav Med*. 2004;27:107-16.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.
29. WHO. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. Acesso em 6/10/2018. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
30. WHO. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization. 2015. Acesso em 6 de outubro

de 2018. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf.

31. Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, MacGregor GA. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev.* 2005;85:679–715.

32. World Health Organization. Guideline sodium intake for adults and children sodium intake for adults and children. 2012. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf?ua=1&ua=1.

33. Ha SK. Dietary salt intake and hypertension. *Electrolyte Blood Press.* 2014;12(1):7-18.

34. Wang G, Labarthe D. The cost-effectiveness of interventions designed to reduce sodium intake. *J Hypertens.* 2011;29(9):1693–9.

35. Searo W. Expert meeting on population sodium reduction strategies for prevention and control of NCDs in South East Asia region. Acesso em 6/10/2018. Disponível em:
http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/documents/sea_ncd_88.pdf?ua=1.

36. Lands B. A critique of paradoxes in current advice on dietary lipids. *Prog Lipid Res.* 2008;47(2):77-106.

37. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med.* 2006;355:763–78.

38. Borrell LN, Samuel L. Body mass index categories and mortality risk in US adults: the effect of overweight and obesity on advancing death. *Am J Public Health.* 2014;104:512–9.

39. Olinto MT, Nacul LC, Gigante DP, Costa JS, Menezes AM, Macedo S. Waist circumference as a determinant of hypertension and diabetes in Brazilian women: a population-based study. *Public Health Nutr.* 2004;7(5):629-35.
40. Ho SC, Chen YM, Woo JL, Leung SS, Lam TH, Janus ED. Association between simple anthropometric indices and cardiovascular risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25(11):1689-97.
41. Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci E, Ascherio A, Spiegelman D, Colditz GA, et al. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle-aged and older US men. *Am J Epidemiol.* 1995;141(12):1117-27.
42. Després JP, Moorjani S, Lupien PJ, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis.* 1990;10(4):497-511.
43. Seidell JC, Verschuren WM, van Leer EM, Kromhout D. Overweight, underweight, and mortality: a prospective study of 48287 men and women. *Arch Intern Med.* 1996;156(9):958-63.
44. Pelzom D, Isaakidis P, Oo MM, Gurung MS, Yangchen P. Alarming prevalence and clustering of modifiable noncommunicable disease risk factors among adults in Bhutan: a nationwide cross-sectional community survey. *BMC Public Health.* 2017; 17:975.
45. Trivedi T, Liu J, Probst J, et al. Obesity and obesity-related behaviors among rural and urban adults in the USA. *Rural Remote Health.* 2015;15:3267.
46. Peytremann-Bridevaux I, Faeh D, Santos-Eggimann B. Prevalence of overweight and obesity in rural and urban settings of 10 European countries. *Prev Med.* 2007;44:442–6.
47. Gallus S, Lugo A, Murisic B, Bosetti C, Boffetta P, La Vecchia C. Overweight and obesity in 16 European countries. *Eur J Nutr.* 2015;54:679–89.
48. Hales CM, Carroll MD, Fryar MSPH, Ogden CL.. Prevalence of obesity among adults and youth. United States: NCHS Data Brief, 2015–2016. NCHS

Data Brief. 2017 (288). Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db288.pdf>.

49. Chukwuonye II, Chuku A, Onyeonoro UU, Okpechi IG, Madukwe OO, Umeizudike TI, Ogah OS. Prevalence of abdominal obesity in Abia State, Nigeria: results of a population-based house-to-house survey. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2013;6:285–91.

50. Schmidt MI, Duncan BB, E Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377(9781):1949-1961.

51. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9682):2223-33.

52. Ribeiro AB, Plavnik. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

53. World Health Organization. Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting: Geneva; 2002. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/media/en/635.pdf.

54. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO/NUT/ NCD; 2011. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.

55. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saude Públ.* 2009;43(2):98-106.

56. Andrade SSSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura LD. Prevalence of self-reported arterial hypertension in Brazilian capitals in 2011 and analysis of its trends in the period between 2006 and 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(1):215-26.

57. Lessa, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cad Saúde Publ.* 2010;26(8):1470.

58. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev Saúde Publ. 2004;38(5):637-42.
59. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. Atlanta; s.d. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/nh3data.htm>.
60. Vasques ACJ, Rosado LEFPL, Rosado GP, Ribeiro RCL, Franceschini SCC, Geloneze B, Priore SE, Oliveira DR. Habilidade de indicadores antropométricos e de composição corporal em identificar a resistência à insulina. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53(1):72-79.
61. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ et al. Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med. 2001; 345:790- 797.
62. American Diabetes Association. Economics costs of diabetes in US in 2002. Diabetes Care 2003;26:917-32.
63. Rosano GM, Panina G. Oestrogens and the heart. Therapie 1999;54:381–5.
64. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Públ. 2017;51(Supl):1-4.
65. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Cien Saude Coletiva. 2006;11(4):911-926.
66. Schoenborn CA. Marital Status and Health, United States 1999-2002. Advance data from vital and health statistics; no 351. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2004.
67. Stewart-Brown S, Layte R. Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age: a study in for countries of the old Oxford region. J Epidemiol Community Health. 1997;51(6):672-5.

68. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol.* 2002;55(4):364-70.
69. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in US. *Soc Sci Med.* 2003;56(12):2505-14.
70. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between selfreporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health.* 2000;114(2):137-42.
71. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. *Cad Saude Públ.* 2005;21(supl.1):S4-5.
72. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saude Públ.* 1996;Supl(2):59-70.
73. Adams PF, Dey NA, Vickerie JL. Summary health statistics for the US population: National Health Interview Survey, 2005. *Vital Health Stat.* 2007;10(233):1-104.
74. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral risk factor surveillance system. Atlanta; 1999. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/brfss/index.html>.
75. Zeni MB, Kogan MD. Existing population-based health databases: useful resources for nursing research. *Nurs Outlook.* 2007;55(1): 20-30.
76. United Kingdom. Department of Health. Health Survey for England [on line]. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PublishedSurvey?ListOfSurveySince1990/GeneralSurveys/fs/en>.
77. Berrios X, Koponen T, Higuang T, Khaltaev N, Puska P, Nissinen A. Distribution and prevalence of major risk factors of non communicable diseases

in selected countries: the WHO Inter - Health Programme. Bull World Health Organ 1997; 75(2): 99-108.

78. WHO. World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviour SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva: WHO; 2002. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.174.5140&rep=rep1&type=pdf>.

79. Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A, et al. Methodological concern and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet. 2001;357(9269):1692-7.

80. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(1):6-19.

81. Carvalheiro JR. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliárias [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.

82. Carandina L, Sanches O, Carvalheiro JR. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. Rev Saúde Públ. 1986;20(6):465-74.

83. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo- ISA-SP. (1ª ed.) São Paulo: FSP/ USP; 2005.

84. Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o sistema Nacional de Informações em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):863-9.

85. Brasil. Ministério da Saúde, SVS/SAS/INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis – Brasil: 15 capitais e Distrito Federal, 2002/2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

86. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(1):159-67.
87. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. Cienc Saude Coletiva. 2014;19(2):333-42.
88. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):607-21.
89. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Brasília (DF): IBGE; 2014. Acesso em 6 de outubro de 2018. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
90. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Galvão Cesar CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev Saude Públ. 2017;51(Supl):1-3.
91. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Públ. 2017;51(Supl):1-4.
92. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude. 2011;20(4):425-38.
93. WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation Global Country Survey 2008/2009 Executive Summary and Survey Findings Geneva, April 2013. Acesso em 21/10/2018. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf.
94. Lima LS; Silva KMG, Mello MVF, Santos MS, Araújo MS, Cangussu MCT. Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da

construção civil – Bahia, 2008. Rev Odontol UNESP. 2013 Jan-Feb; 42(1): 48-53.

95. Pinto VG, Lima MOP. Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003 – Brasília: SESI/DN; 2006.

96. Serviço social da indústria. Departamento Nacional. Diretrizes técnicas e de gestão SESI lazer ativo. Brasília: SESI/DN, 2007.

97. Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004;36(3):556.

98. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item ShortForm Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. MedCare 1996; 34(3):220-233.

99. Goldberg, D., Williams, P., 1988. A User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, UK.

100. Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. Lancet 2012; 380:611-9.

101. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1991.

102. Deininger K, Squire L. A new data set measuring income inequality. World Bank Econ Rev 1996;10:565-591.

103. Organización Panamericana de la Salud. Vol. I: La salud en las Américas. Edición de 1998. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica No. 569).

104. Leal C, Chaix B. The influence of geographic life environments on cardiometabolic risk factors: a systematic review, a methodological assessment and a research agenda. Obes Rev 2011; 12:217-30.

105. Matheson FI, White HL, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Neighbourhood chronic

stress and gender inequalities in hypertension among Canadian adults: a multilevel analysis.

J Epidemiol Community Health 2010; 64: 705-13.

106. Reddy KS, Naik N, Prabhakaran D. Hypertension in the developing world: a consequence of progress. *Curr Cardiol Rep* 2006; 8:399-404.

107. Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiol Rev* 2004; 26:78-91.

108. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006; 62:1768-84.

109. Pickett K, Wilkinson R. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med* 2015; 128:316-26.

110. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320:1200-4.

111. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ* 1997; 314:591-5.

112. Kawachi I, Kennedy BP. Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Serv Res* 1999; 34:215-27.

113. Hamano T, Fujisawa Y, Yamasaki M, Ito K, Nabika T, Shiwaku K. Contributions of social

context to blood pressure: findings from a multilevel analysis of social capital and systolic

blood pressure. *Am J Hypertens* 2011; 24:643-6.

114. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996; 312:999-1003.

115. Bartley M. Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods. Oxford: Polity Press; 2004.

116. Sparrenberger F, Cicheler FT, Ascoli AM, Fonseca FP, Weiss G, Berwanger O. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *J Hum Hypertens* 2009; 23:12-9.

117. Alleyne GAO. Equity and health. Presented at the XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, Germany, 1999.

118. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1991.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar dados de prevalência de estilo de vida de trabalhadores ativos da indústria brasileira, bem como identificar iniquidades relacionados à saúde. Dada a riqueza das informações geradas por este levantamento epidemiológico de fatores de risco para doenças não-transmissíveis e o quanto os mesmos podem auxiliar no estabelecimento de estratégias de sustentabilidade para a indústria brasileira e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, percebe-se que a relação Indústria Universidade precisa ser intensificada. Ainda são poucos os estudos que se dedicam a estudar as variáveis relacionadas à saúde de trabalhadores do âmbito industrial, devido à dificuldade de acessar tais indivíduos. Diante disto, o presente trabalho teve, dentre seus objetivos, contribuir de forma relevante para o contexto industrial do Brasil no que tange às condições de saúde de trabalhadores da indústria do país.

O fato de a inovação exigir a interação entre múltiplos atores é bem conhecido. Diversos aspectos colaboram para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras pelas Universidades. Por outro lado, o ambiente industrial está cada vez mais competitivo e isso tem levado as organizações a investirem em meios de manter sua capacidade econômica, com o intuito de manter a sustentabilidade do negócio e a sua competitividade perante os concorrentes. Isso inclui a qualidade do ensino, os investimentos financeiros, além da dedicação de pesquisadores qualificados. Apesar deste distanciamento ainda ser presente, percebe-se a consolidação desta parceria cada vez mais necessária: de um lado a Universidade, com seus pesquisadores e sua expertise de ponta em pesquisa, e por outro a indústria, grande contribuinte no desenvolvimento econômico de um país e sedenta por implementar estratégias que garantam a sua sustentabilidade.

A “transferência de tecnologia”, bem como a “transferência de conhecimento e pesquisa”, a partir de um estreitamento da interação entre indústria e Universidade, é tema de pesquisas desde a década de 1950. Internacionalmente, essa interação é intensa. No Brasil, contudo, ainda há muito que ser explorado, especialmente no que tange à saúde, já que essa

interação ainda é escassa. Neste contexto, observa-se uma oportunidade de completar esta lacuna, na medida em que a área da saúde se constitui como um dos espaços econômicos mais dinâmicos de acumulação de capital e de inovação, cuja compreensão se mostra essencial para pensar em políticas de promoção e de desenvolvimento.

Considera-se que essa tese de doutorado foi o início de um vasto trabalho no âmbito da saúde ocupacional. Conforme mencionado previamente, há poucos estudos voltados para essa temática, especialmente devido à dificuldade na obtenção de dados de estilo de vida de trabalhadores ativos da indústria. Diante disso, pretende-se aprofundar os estudos em iniquidades em saúde, enfatizando outros gradientes sociais que não apenas a renda e a escolaridade, bem como realizar outras associações entre os fatores de risco/proteção mencionados. A partir disso, será possível identificar padrões e características em populações específicas auxiliando na contribuição de dados às políticas públicas nacionais.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Cooperação entre SESI-RS e UFRGS



Protocolo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Serviço Social da Indústria – SESI-RS e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Pelo presente instrumento particular a **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**, inscrita no CNPJ sob o Nº 92.969.856/0001-98, com sede na Av. Paulo Gama, 110, 6º andar, em Porto Alegre, RS, neste ato representado por seu reitor, Professor Carlos Alexandre Netto, residente e domiciliado em Porto Alegre, RS, inscrito no CPF sob o n.º 346.005.820-04, doravante denominado **UFRGS**, e o **SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – DEPARTAMENTO REGIONAL DO RIO GRANDE DO SUL – SESI-RS**, seu, inscrito no CNPJ nº 03.775.159/0001-76, com sede na Av. Assis Brasil, nº 8787, Porto Alegre, RS, neste ato representado por seu diretor superintendente Juliano Colombo, doravante denominado **SESI-RS**; denominados conjuntamente como **PARTES**, celebram o presente Protocolo de Cooperação Técnica e Operacional, processo número _____-2016, considerando a necessidade da execução de ação conjunta e integrada, sujeitando-se, no que couber, à legislação pertinente, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

TÍTULO I DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente Protocolo de Cooperação Técnica, denominado simplesmente como **PROTOCOLO**, tem por objeto estabelecer bases gerais de cooperação técnica e operacional entre a **UFRGS** e o **SESI-RS**, no sentido de viabilizar a realização de ações de interesse comum no desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão, especialmente no que diz respeito à troca de conhecimentos e serviços, reforçando relações entre os partícipes e abrindo possibilidade de ação cooperativa visando o desenvolvimento das entidades e da população por elas atendidas.

Parágrafo único - As ações referidas nesta cláusula serão objeto de **TERMO ESPECÍFICO**, a fim de regular as especificidades destas em relação à forma de desenvolvimento e os compromissos de cada parte.

TÍTULO II DA EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA - Para a execução dos objetivos propostos no presente **PROTOCOLO** as **PARTES** assumem, de forma conjunta, as seguintes obrigações, acrescidas de outras pertinentes, quando julgarem necessário:

- a) Promover apoio operacional e técnico na realização de foros de discussões como comitês, câmaras, comissões ou grupos de trabalho formalmente instituídos na esfera de competência das **PARTES**, e que estejam inseridos no objeto do presente **PROTOCOLO**.
- b) Estabelecer Comitê Técnico de Coordenação do **PROTOCOLO**.

TÍTULO III DA COORDENAÇÃO

CLÁUSULA TERCEIRA - A coordenação e o acompanhamento das atividades relativas ao cumprimento desse acordo serão exercidos por representantes, titular e suplente, das instituições partícipes com as atribuições de definir estratégia de coordenação, avaliação e monitoramento dos objetivos/atividades previstos no presente **PROTOCOLO**, avaliar e promover eventuais ajustes nas ações e projetos decorrentes deste **PROTOCOLO**, sempre por meio de atos formais, resultantes de análises técnicas fundamentadas.





TÍTULO IV DA CONTRAPARTIDA

CLÁUSULA QUARTA – Todo e qualquer repasse ou contrapartida entre as partes deverão ser especificadas em função de cada projeto individual e separadamente. O presente protocolo de cooperação técnica não resultará em repasse de recursos financeiros entre as PARTES.

TÍTULO V DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

CLÁUSULA QUINTA - O presente Protocolo vigorará pelo prazo de 02 (dois) anos, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, de comum acordo entre as PARTES, não devendo exceder 60 (sessenta) meses.

Parágrafo único - A prorrogação de que trata esta Cláusula deverá ser efetivada mediante a celebração de Termo Aditivo entre as PARTES, a ser efetuado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência deste PROTOCOLO.

TÍTULO VI DA DIVULGAÇÃO

CLÁUSULA SEXTA - Toda e qualquer publicidade envolvendo o nome e/ou identidade visual de alguma das PARTES, ou, ainda, objeto do presente termo, dependerá obrigatoriamente, da prévia e expressa aprovação de todos os contraentes envolvidos, e deverá conter, sempre, menção a colaboração entre os signatários.

Parágrafo único - A **Unidade de Comunicação – UNICON** do Sistema FIERGS será o setor responsável no SESIS pelo recebimento e análise do material referido no caput, atestando a sua adequação às normas internas da entidade.

TÍTULO VII DA DENÚNCIA E RESCISÃO

CLÁUSULA SÉTIMA - O presente PROTOCOLO poderá ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer das PARTES, desde que notificada à outra, por escrito, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias, respeitando-se os prazos de execução dos trabalhos em andamento, os direitos adquiridos relativos à propriedade industrial e intelectual, se houver, e procedidos todos os acertos pendentes.

CLÁUSULA OITAVA - O presente instrumento poderá ser rescindido por qualquer das PARTES, por inadimplemento de qualquer de suas cláusulas ou em razão da superveniência de norma que o torne material ou formalmente inexequíveis.

TÍTULO VIII DO VÍNCULO CONTRATUAL

CLÁUSULA NONA - O presente PROTOCOLO vinculará não só as PARTES, como também seus sucessores a qualquer título, e somente poderá ser alterado, modificado ou novado pela forma escrita, sendo que eventual tolerância de qualquer dos contraentes não implicará novação, alteração ou renúncia de direitos nem constituirá precedente invocável para o descumprimento de quaisquer das cláusulas ou condições aqui ajustadas.

CLÁUSULA DÉCIMA - O presente PROTOCOLO é firmado sem caráter de exclusividade, sendo facultado a ambos partícipes firmarem instrumentos semelhantes com terceiros.

TÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Os casos omissos deste PROTOCOLO serão regulados pelas disposições do direito comum e pelos princípios gerais de direito e resolvidos após consulta formal entre as PARTES.



**TÍTULO XI
DO FORO**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - As PARTES elegem o foro da Justiça Federal de Porto Alegre/RS, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas e/ou pendências decorrentes da aplicação do presente instrumento e dos demais documentos a ele vinculados.

**TÍTULO XII
DA EFICÁCIA JURÍDICA**

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Estando, assim, de pleno e comum acordo, as PARTES firmam o presente PROTOCOLO em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas instrumentárias, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Porto Alegre, 08 de abril de 2016

Pela UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Carlos Alexandre Netto
Reitor

Pelo SESI-RS

Juliano Colombo
Diretor Superintendente do SESI-RS

TESTEMUNHAS:

1) 
Nome: ANTONINO GERMINO
CPF: 77.901.460-68

2) 
Nome: Gabriela Goidan
CPF: Setor de Convênios
Gabinete do Reitor / UFRGS
522-833.660-87



ANEXO II

Questionário utilizado e protocolo de aplicação

I - ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Número do questionário:

Código de barras:

II - DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

1. Data da aplicação do diagnóstico: _____ / _____ / _____

2. Aceitou responder ao questionário: (1) Sim (2) Não

3. Seu estado civil é?

(1) Casado/Vive junto (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Viúvo (99) NS/NR

4. Sua cor ou raça é?

(1) Branco (2) Preto (3) Amarelo (4) Pardo (5) Indígena (99) NS/NR

III - DADOS SOCIOECONÔMICOS

Qual o último ano de escola que você terminou?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| (1) Nunca estudou | (9) 8ª série do ensino fundamental |
| (2) 1ª série do ensino fundamental | (10) 1ª série do ensino médio |
| (3) 2ª série do ensino fundamental | (11) 2ª série do ensino médio |
| (4) 3ª série do ensino fundamental | (12) 3ª série do ensino médio |
| (5) 4ª série do ensino fundamental | (13) Superior incompleto |
| (6) 5ª série do ensino fundamental | (14) Superior completo |
| (7) 6ª série do ensino fundamental | (15) Pós-graduação |
| (8) 7ª série do ensino fundamental | (99) NS/NR |

6. Atualmente você frequenta escola?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

7. Qual é a sua faixa de renda mensal?

(1) Menos de um SM (2) De um SM a três SM (3) Maior que três SM a cinco SM
(4) Maior que cinco SM até 10 SM (5) Maior que 10 SM (99) NS/NR

IV – DADOS DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA DO TRABALHADOR

8. A casa onde você mora é:

(1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (99) NS/NR

9. Quantas pessoas, incluindo você, vivem nessa casa?

(1) Moro sozinho (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco
(6) Seis (7) Sete (8) Oito ou mais pessoas (99) NS/NR

10. Você é o chefe da família?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

11. Marque a resposta se sua casa tem:

a) Telefone fixo	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
b) Telefone celular	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
c) Fogão de duas bocas ou mais	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
d) Rádio	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
e) Televisão colorida	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
f) Geladeira	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
g) Máquina de lavar roupas	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
h) Freezer	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
i) Computador	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
j) Acesso à internet	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR

V - ATIVIDADE FÍSICA DO TRABALHADOR

Agora estamos interessados em saber que tipo de atividade física você faz como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA semana**.

As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades dentro de casa ou no jardim ou quintal.

Para responder às questões, lembre-se de que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que o fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que o fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza.

Por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

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

(0) Nenhum (vá para a questão 14)

(1) Um dia (2) Dois dias (3) Três dias (4) Quatro dias (5) Cinco dias

(6) Seis dias (7) Sete dias (99) NS/NR

13. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total, gastou caminhando **por dia?**

Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____

14. Em quantos dias da última semana você realizou atividades **MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, **pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar...** (se necessário, dê mais exemplos: *fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim, como varrer, aspirar, cuidar do jardim*) ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA**).**

(0) Nenhum (vá para a questão 16)

(1) Um dia (2) Dois dias (3) Três dias (4) Quatro dias (5) Cinco dias

(6) Seis dias (7) Sete dias (99) NS/NR

15. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total gastou fazendo-as **por dia?**

Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____

16. Em quantos dias da última semana você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, **correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol...** (se necessário, dê mais exemplos, *pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados*) ou qualquer atividade que fez aumentar **muito** sua respiração ou batimentos do coração?

(0) Nenhum (vá para a questão 18)

(1) Um dia (2) Dois dias (3) Três dias (4) Quatro dias

(5) Cinco dias (6) Seis dias (7) Sete dias (99) NS/NR

17. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo, no total, gastou fazendo-as **por dia**?

Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____

18. Você realiza, regularmente, algum tipo de **atividade física no seu lazer**, como **exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais**?

(1) Não e não estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo.

(2) Não, mas estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo.

(3) Sim, uma ou duas vezes por semana.

(4) Sim, três ou quatro vezes por semana.

(5) Sim, cinco ou mais vezes por semana.

(99) NS/NR.

19. Qual o **tipo principal de atividade física** você pratica no seu lazer?

(1) Não pratico atividade física (2) Caminhada (3) Esporte (4) Ciclismo

(5) Corrida (6) Natação/hidroginástica (7) Ginástica (8) Musculação

(9) Dança/Atividade física (10) Esportes de aventura (11) Ioga/Tai-chi-chuan

(12) Alongamento (13) Artes marciais/lutas (14) Outras atividades físicas

(99) NS/NR

VI – ALIMENTAÇÃO

20. Com que frequência você normalmente come frutas frescas?

(1) Cinco ou mais vezes ao dia (2) Três ou quatro vezes por dia

(3) Uma ou duas vezes por dia (4) Cinco ou mais vezes na semana

(5) Três ou quatro por semana (6) Uma ou duas vezes na semana

(7) Uma a três vezes por mês (8) Menos de uma vez por mês (99) NS/NR

21. Com que frequência você normalmente come verduras ou saladas cruas (p. ex., alface, rúcula, almeirão, repolho, agrião, couve, tomate, pepino, cenoura)?

- (1) Cinco ou mais vezes ao dia (2) Três ou quatro vezes por dia
(3) Uma ou duas vezes por dia (4) Cinco ou mais vezes na semana
(5) Três ou quatro vezes por semana (6) Uma ou duas vezes na semana
(7) Uma a três vezes por mês (8) Menos de uma vez por mês
(99) NS/NR

22. Quando você come frango, o que normalmente faz com a pele?

- (1) Sempre retira antes de comer (2) Na maioria das vezes retira (3) Raramente retira a pele
(4) Nunca retira a pele (5) Não come frango (99) NS/NR

23. Quando você come carne vermelha o que normalmente faz com a gordura aparente?

- (1) Sempre retira antes de comer (2) Na maioria das vezes retira (3) Raramente retira
(4) Nunca retira a gordura (5) Não come carne vermelha (99) NS/NR

24. Sem contar as saladas, com que frequência você coloca sal no prato de comida?

- (1) Nunca coloca sal no prato de comida (2) Prova e coloca se estiver sem sal
(3) Sempre ou quase sempre, mesmo sem provar (99) NS/NR

25. Durante uma semana normal, com que frequência você toma refrigerantes ou sucos artificiais (refrescos)?

- (1) Nunca (2) Uma a três vezes por semana (3) Quatro a seis vezes por semana
(4) Diariamente, uma vez por dia (5) Diariamente, duas ou mais vezes por dia
(99) NS/NR

26. Quando você está em ambiente ensolarado por mais de 30 minutos, com que frequência usa protetor solar, boné ou chapéu, ou outro tipo de proteção contra o sol?

- (1) Nunca (2) eventualmente, às vezes (3) Sempre ou quase sempre (99) NS/NR

VII - TABAGISMO

27. Com relação ao cigarro, você:

- (1) Nunca fumou (2) Parou de fumar há mais de dois anos
(3) Parou de fumar há menos de dois anos (4) Fuma menos de 10 cigarros por dia
(5) Fuma de 10 a 20 cigarros por dia (6) Fuma mais 20 cigarros por dia
(99) NS/NR

28. Você, que não fuma atualmente, fica exposto à fumaça do cigarro de outras pessoas durante o trabalho?

- (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

VIII - CONSUMO DE ÁLCOOL

29. Quantas doses (mostrar o cartão) de bebidas alcoólicas você toma numa semana normal (típica)?

(0) Nenhuma, eu não bebo (vá para A questão 36)

(1) Uma a sete doses (2) Oito a 14 doses (3) 15 ou mais doses (99) NS/NR

30. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes nos últimos 30 dias você consumiu cinco ou mais doses (mostrar o cartão) em uma única ocasião?

(0) Nenhuma (1) Uma vez (2) Duas a quatro vezes

(3) Cinco a oito vezes (4) Oito a 12 vezes (5) Acima de 12 vezes (99) NS/NR

31. Entre as bebidas alcoólicas, qual você prefere?

(1) Não consome bebida alcoólica (vá para a questão 36)

(2) Cerveja (3) Vinho (4) Cachaça, pinga (5) Uísque, vodka, licor

(6) *Champanhe* (7) Outras bebidas destiladas (99) NS/NR

32. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

33. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

34. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

35. Você se sente culpado pela maneira como costuma beber?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

IX – MORBIDADE REFERIDA

36. Algum médico já disse que você tem ou teve:

a) Bronquite ou asma	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
b) Enfisema pulmonar	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
c) Angina	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
d) Infarto	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
e) Acidente vascular cerebral ou derrame	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
f) Colesterol alterado	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
g) Problemas auditivos	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
h) Depressão	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
i) Insuficiência cardíaca	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
j) Outra doença do coração	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
k) Doença renal crônica	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
l) Câncer	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
m) Cirrose	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
n) Problema de coluna/costas	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
o) Tendinite ou LER/DORT	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR
p) Artrite, reumatismo ou gota	(1) Sim	(2) Não	(99) NS/NR

SOBRE DIABETES:

37. Algum médico já disse que você tem ou teve diabetes?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

38. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar diabetes?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

39. Você usa atualmente algum medicamento para tratar diabetes?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

SOBRE HIPERTENSÃO:

40. Algum médico já disse que você tem ou teve hipertensão?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

41. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar hipertensão?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

42. Você usa atualmente algum medicamento para tratar hipertensão?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

43. História Familiar: Seu pai ou mãe, ou, ainda, seu avô ou sua avó, tiveram as seguintes doenças?

() Nenhum () Pai () Mãe () Avô paterno

() Avô materno () Avó materna () Avó paterna () NS/NR

a) Hipertensão ou pressão alta

b) Acidente vascular cerebral ou derrame

c) Diabetes

d) Infarto

e) Câncer

f) Depressão

X - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

44. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou o médico?

(0) Nenhuma (1) Uma a duas vezes (2) Três a quatro vezes

(3) Cinco a 10 vezes (4) 10 vezes ou mais (99) NS/NR

45. Quando foi a última vez que você foi ao dentista?

(1) Menos de um ano (2) De um a dois anos (3) Três ou mais

(4) Nunca foi ao dentista (99) NS/NR

46. Quantas vezes você esteve internado nos últimos 12 meses?

(0) Nenhuma (1) Uma a duas vezes (2) Três a quatro vezes

(3) Cinco a 10 vezes (4) 10 vezes ou mais (99) NS/NR

47. Quando foi a última vez em que um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde mediu a sua pressão?

(1) Nunca mediu a pressão (2) Há menos de um ano (3) Entre um e dois anos

(4) Há mais de dois anos (99) NS/NR

48. Você possui plano de saúde?

- (1) Sim, por meio dessa empresa onde trabalho (2) Sim, por meio de outra empresa
(3) Sim, adquirido individualmente sem participação da empresa (4) Sim, como dependente
(5) Não (99) NS/NR

XI – USO DE MEDICAMENTOS

49. Quantos medicamentos você usou nos últimos 15 dias?

- (0) Nenhum (**vá para a questão 52**) (1) Um medicamento
(2) De dois a quatro medicamentos (3) De cinco a sete
(4) De oito a 10 medicamentos (5) Mais que 10 medicamentos (99) NS/NR

50. Quantos dos medicamentos usados nos últimos 15 dias foram receitados por médico?

- (0) Nenhum (1) Um medicamento (2) De dois a quatro medicamentos
(3) De cinco a sete (4) De oito a 10 medicamentos (5) Mais que 10 medicamentos
(99) NS/NR

51. Descreva o nome dos medicamentos usados nos últimos 15 dias, de forma legível, preferencialmente letra de forma:

XII – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As perguntas que vamos fazer agora se referem ao seu trabalho aqui na empresa.

52. Em geral, quantos dias por semana você trabalha?

- (1) Um a dois dias (2) Três a quatro dias (3) Cinco a seis dias (4) Sete dias
(99) NS/NR

53. Em geral, quantas horas você trabalha por dia?

- (1) Menos que quatro horas (2) Quatro horas (3) Cinco horas
(4) Seis horas (5) Sete horas (6) Oito horas (7) Mais que oito horas (99) NS/NR

54. Você trabalha no mesmo horário todos os dias?

- (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

55. Você trabalha à noite pelo menos um dia por semana?

- (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

56. Nos últimos 12 meses quantos dias, no total, deixou de trabalhar por motivos relacionados à sua saúde?

- (0) Nenhum (1) Um a cinco dias (2) Seis a 10 dias (3) 11 a 15 dias
 (4) 16 a 20 dias (5) 21 a 25 dias (6) 26 a 30 dias (7) 31 dias ou mais
 (99) NS/NR

57. Do total de dias de ausência ao trabalho indicados na pergunta anterior, você pode dizer quantos dias foram de faltas em decorrência a acidentes de trabalho?

- (0) Nenhum (1) Um a cinco dias (2) Seis a 10 dias (3) 11 a 15 dias
 (4) 16 a 20 dias (5) 21 a 25 dias (6) 26 a 30 dias (7) 31 dias ou mais
 (99) NS/NR

58. Das ausências de trabalho por motivos relacionados à saúde, algum gerou auxílio-doença?

- (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

XIII – QUALIDADE DE VIDA

Instruções: As perguntas a seguir têm o objetivo de conhecer como você se sente e quão bem é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão escolhendo a melhor resposta. Caso esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder. Não existem respostas certas ou erradas.

Em geral, você diria que a sua saúde é:

- (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Ruim
 (5) Muito ruim (99) NS/NR

60. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer **atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (Marque um X em cada linha).**

ATIVIDADES	SIM DIFÍCULTA MUITO	SIM DIFÍCULTA UM POUCO	NÃO NÃO DIFÍCULTA DE MODO ALGUM	NS/NR
a) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	(1)	(2)	(3)	(99)
b) Subir vários lances de escada.	(1)	(2)	(3)	(99)

61. Nas últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência da sua saúde física? (Marque um X em cada linha).

ATIVIDADES	TODOO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA	NS/NR
a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)
b) Esteve limitado(a) no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)

62. Nas últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a))? (Marque um X em cada linha).

ATIVIDADES	TODOO TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA	NS/NR
a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)
b) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)

63. Durante as últimas quatro semanas, quantas vezes a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora, quanto dentro de casa)? (Marque um X em cada linha).

(1) De maneira nenhuma (2) Um pouco (3) Moderadamente
 (4) Bastante (5) Extremamente (99) NS/NR

64. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas **quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como se sente. Em relação às últimas **quatro semanas**, marque um X em cada linha.

ATIVIDADES	TUDO O TEMPO	A MAIOR PARTE DO TEMPO	ALGUMA PARTE DO TEMPO	UMA PEQUENA PARTE DO TEMPO	NUNCA	NS/NR
a) Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)
b) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)
c) Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)

65. Durante **as últimas quatro semanas**, quanto do seu tempo, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

(1) Todo o tempo (2) A maior parte do tempo (3) Alguma parte do tempo
 (4) Uma pequena parte do tempo (5) Nenhuma parte do tempo (99) NS/NR

66. De maneira geral, como você classifica a qualidade dos relacionamentos que mantém com outras pessoas (**amigos, colegas de trabalho, chefes**)?

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Regular (4) Ruim (99) NS/NR

67. De maneira geral, como você se sente em relação à sua vida?

CONSIDERE A SUA PERCEÇÃO EM RELAÇÃO À SUA VIDA COMO UM TODO, INCLUINDO O TEMPO EM QUE PASSA NO TRABALHO, O LAZER E O TEMPO EM QUE PASSA EM CASA, NA COMPANHIA DE AMIGOS E FAMILIARES.

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Regular (4) Ruim (99) NS/NR

68. De maneira geral, como você classifica o seu nível pessoal de integração/adaptação ao ambiente que o rodeia?

(1) Excelente (2) Muito bom (3) Regular (4) Ruim (99) NS/NR

XIV – GHQ 12

Gostaríamos de saber como tem sido a sua saúde, em geral, nas últimas semanas. Por favor, responda às perguntas abaixo, escolhendo **a resposta que parece mais adequada** para você. É importante que tente responder a todas as questões. **Ultimamente:**

69. Você tem sido capaz de se manter atento às coisas que está fazendo?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

70. Você tem perdido muito sono por preocupação?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

71. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida de alguém?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

72. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

73. Você tem se sentido constantemente agoniado(a) ou tenso(a)?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

74. Você tem notado que está difícil superar suas dificuldades?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

75. Você tem sido capaz de **desfrutar** (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

76. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

77. Você tem se sentido triste ou deprimido(a)?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costum
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

78. Você tem perdido a confiança em si mesmo(a)?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

79. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?

- (1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume
(3) Um pouco mais que de costume (4) Bem mais que de costume (99) NS/NR

80. Você tem se sentido feliz de modo geral?

- (1) Melhor que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume
(4) Muito menos que de costume (99) NS/NR

Avaliador: _____ **Data:** ____/____/_____

XV - FICHA DE AFERIÇÃO DE MEDIDAS

81. PESO em kg: _____, _____ kg (999) Medida não realizada

82. ALTURA em metros: _____, _____ m (999) Medida não realizada

83. IMC em kg/m²: _____, _____ kg/m² (999) Medida não realizada

84. PERÍMETRO ABD em cm: _____ cm (999) Medida não realizada

85. PA em mmHg: _____/ _____ mmHg (999) Medida não realizada

Protocolo de aplicação

Recomendações importantes aos entrevistadores

Manter o telefone celular desligado durante o período de trabalho de campo (entrevista, aferições e intervenção);

Garantir a privacidade da entrevista, escolhendo um local reservado, sem a presença de outras pessoas além do entrevistador e entrevistado;

Todos os entrevistados devem receber a mesma mensagem que lhes permita interpretar as perguntas de maneira similar. Para tanto:

- Ler as orientações destacadas em caixas exatamente como estão escritas, na introdução da entrevista e no decorrer dela, orientando os entrevistados de uma forma padronizada;

- Tomar cuidado com as comunicações não verbais (expressões faciais, olhares, gestos, tom de voz, postura do corpo) que podem influenciar a compreensão e reação do entrevistado;

- Não expressar surpresa, prazer, aprovação ou desaprovação diante de qualquer resposta;

- Não emitir qualquer opinião, julgamento ou juízo de valor em momento algum;

- O(a) entrevistador(a) deve ser educado(a) e gentil e apresentar-se aos trabalhadores como técnico do SESI que está fazendo uma avaliação das condições de saúde dos trabalhadores.

Iniciando o contato com o entrevistado:

- O entrevistador deve cumprimentar o participante e apresentar-se dizendo seu nome, identificando-se com entrevistador a serviço do SESI e perguntar o nome do participante e pedir que ele se assente.

- A seguir apresentar ao participante os objetivos do diagnóstico e as atividades que serão realizadas:

“ O SESI está realizando nesta empresa um levantamento de informações sobre a saúde dos trabalhadores. O objetivo é obter informações que permitam conhecer a situação de saúde dos trabalhadores de cada empresa e oferecer os serviços mais adequados às diferentes situações encontradas.

Será realizada uma entrevista com preenchimento de um questionário e algumas medidas (peso, altura, pressão arterial e açúcar no sangue) e uma avaliação da saúde oral.

Todas as informações colhidas são consideradas confidenciais e serão mantidas sob sigilo. A sua participação é muito importante para nós.

“Antes de começarmos a entrevista, vamos ler, juntos, o Termo de Consentimento e se você concordar em participar deverá assinar este termo.”

Após a leitura, verificar se ele tem dúvidas e se concorda em participar. Caso afirmativo, pedir a ele que assine no final o termo de consentimento.

Ao terminar a entrevista, verificar se não houve preenchimento incorreto ou esquecimento de alguma pergunta; nesse caso, volte ao entrevistado e complemente as informações. Há sempre, pelo menos, uma alternativa para cada questão e todas as perguntas devem ter resposta (não deixar nada em branco).

Orientações para o Preenchimento do Questionário

A média de tempo de preenchimento do questionário é de 10 minutos.

Há sempre, pelo menos, uma alternativa para cada questão e todas devem ser respondidas (não deixar nada em branco).

Começar a entrevista perguntando o nome completo do trabalhador e confirmando o nome registrado na Etiqueta. Esta informação servirá para recuperar informações que estiverem faltando, localizar os que não realizaram todas as avaliações ou que não compareceram no dia da intervenção.

Confirme os outros dados registrados na etiqueta: telefones, ocupação ou

seja, o que o trabalhador faz na empresa, por exemplo, chefe do setor pessoal, chefe da confecção de vestuário feminino, gerente do setor de informática, operador de máquina de tingimento, técnico do setor de criação, funcionário da segurança, etc.

Após conferir os dados da etiqueta passe ao preenchimento do questionário

BLOCO DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR:

II - DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR	
1. Data da aplicação da Pesquisa: _____/_____/_____	
2. Aceitou responder o questionário: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	
3. Seu estado civil é? <input type="checkbox"/> 1 Casado/Vive junto <input type="checkbox"/> 2 Solteiro <input type="checkbox"/> 3 Divorciado <input type="checkbox"/> 4 Viúvo <input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
4. Sua cor ou raça é? <input type="checkbox"/> 1 Branco <input type="checkbox"/> 2 Preto <input type="checkbox"/> 3 Amarelo <input type="checkbox"/> 4 Pardo <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 99 NS/NR	

1. Data da realização da entrevista: preencher dia, mês e ano (com 4 dígitos, p. ex. 1968)

2. Marcar **Sim** caso o trabalhador tenha concordado em participar e tenha assinado o termo de consentimento. Caso contrário marcar **Não** e guardar o questionário junto com os demais que serão enviados para digitação.

3. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

Casado ou vive junto correspondem a relações conjugais estáveis e incluem também, expressões como amigado e amasiado.

4. Leia a pergunta e, em seguida, as opções e registre aquela correspondente à resposta do entrevistado

Nesta pergunta nos interessa a cor ou raça auto-referida, isto é, a referência do próprio entrevistado. Marque a opção correspondente à resposta dada. Não questione o emita opinião sobre a resposta do entrevistado.

BLOCO DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

III - DADOS SOCIOECONÔMICOS

5. Qual o último ano de escola que você terminou:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 Nunca estudou | <input type="checkbox"/> 8 8ª série do ensino fundamental |
| <input type="checkbox"/> 1 1ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 9 1ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 2 2ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 10 2ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 3 3ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 11 3ª série do ensino médio |
| <input type="checkbox"/> 4 4ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 12 Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 5 5ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 13 Superior completo |
| <input type="checkbox"/> 6 6ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 14 Pós-graduação |
| <input type="checkbox"/> 7 7ª série do ensino fundamental | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |

6. Atualmente você frequenta escola: 1| Sim 2| Não 99| NS/NR

7. Qual é a sua faixa de renda mensal:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 SM | <input type="checkbox"/> 2 De 1 SM a 3 SM | <input type="checkbox"/> 3 Maior que 3 SM a 5 SM |
| <input type="checkbox"/> 4 Maior que 5 SM até 10 SM | <input type="checkbox"/> 5 Maior que 10 SM | <input type="checkbox"/> 99 NS/NR |

Leia a pergunta e registre a alternativa correspondente à resposta do entrevistado. Lembre-se:

- 1) Curso primário corresponde aos quatro primeiros anos do ensino fundamental;
- 2) Ginásial corresponde aos quatro últimos anos do ensino fundamental;
- 3) Científico ou clássico correspondem ao ensino médio;
- 4) Primeiro grau corresponde ao ensino fundamental;
- 5) Segundo grau corresponde ao ensino médio.

5. Marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

6. Use a tabela de conversão de valores em número de salários mínimos e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO DADOS DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA DO TRABALHADOR

IV - DADOS DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA DO TRABALHADOR									
8. A casa onde você mora é:									
<input type="checkbox"/> 1	Própria	<input type="checkbox"/> 2	Alugada	<input type="checkbox"/> 3	Emprestada	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR		
9. Quantas pessoas, incluindo você, vivem nessa casa?									
<input type="checkbox"/> 1	Moro sozinho	<input type="checkbox"/> 2	2	<input type="checkbox"/> 3	3	<input type="checkbox"/> 4	4	<input type="checkbox"/> 5	5
<input type="checkbox"/> 6	6	<input type="checkbox"/> 7	7	<input type="checkbox"/> 8	8 ou mais pessoas	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR		
10. Você é o chefe da família?									
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR				
11. Marque a resposta se sua casa tem:									
a. Telefone fixo	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
b. Telefone celular	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
c. Fogão de 2 bocas ou mais	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
d. Rádio	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
e. Televisão colorida	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
f. Geladeira	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
g. Máquina de lavar roupas	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
h. Freezer	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
i. Computador	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			
j. Acesso à internet	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR			

7. Leia a pergunta e, em seguida, as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

8. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

9. Nesta questão não partimos de nenhuma definição formal de chefe da família. Queremos saber se o entrevistado se percebe como chefe da família. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

10. Leia de forma completa cada um dos itens e marque **Sim** quando o entrevistado relatar existência do bem no seu domicílio e **Não** quando ele não relatar. No caso do telefone celular considerar Sim quando qualquer morador da casa possuir telefone celular.

BLOCO ATIVIDADE FÍSICA DO TRABALHADOR

V - ATIVIDADE FÍSICA DO TRABALHADOR	
<p>Agora nós estamos interessados em saber que tipo de atividade física você faz como parte do seu dia-a-dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades dentro de casa ou no jardim ou quintal.</p>	
<p>Para responder às questões, lembre-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que o fazem respirar MUITO mais forte que o normal. ➤ Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que o fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. 	
<p>Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza. Por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.</p>	
<p>12. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p> <p><input type="checkbox"/> 0] Nenhum (vá para 14) <input type="checkbox"/> 1] 1 dia <input type="checkbox"/> 2] 2 dias <input type="checkbox"/> 3] 3 dias <input type="checkbox"/> 4] 4 dias <input type="checkbox"/> 5] 5 dias <input type="checkbox"/> 6] 6 dias <input type="checkbox"/> 7] 7 dias <input type="checkbox"/> 99] NS/NR</p>	
<p>13. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total, você gastou caminhando por dia?</p> <p>Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____</p>	
<p>14. Em quantos dias da última semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar... (<i>se necessário dê mais exemplos: fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim</i>) ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA).</p> <p><input type="checkbox"/> 0] Nenhum (vá para 16) <input type="checkbox"/> 1] 1 dia <input type="checkbox"/> 2] 2 dias <input type="checkbox"/> 3] 3 dias <input type="checkbox"/> 4] 4 dias <input type="checkbox"/> 5] 5 dias <input type="checkbox"/> 6] 6 dias <input type="checkbox"/> 7] 7 dias <input type="checkbox"/> 99] NS/NR</p>	
<p>15. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?</p> <p>Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____</p>	
<p>16. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol... (<i>se necessário dê mais exemplos, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados</i>) ou qualquer atividade que fez aumentar muito sua respiração ou batimentos do coração?</p> <p><input type="checkbox"/> 0] Nenhum (vá para 18) <input type="checkbox"/> 1] 1 dia <input type="checkbox"/> 2] 2 dias <input type="checkbox"/> 3] 3 dias <input type="checkbox"/> 4] 4 dias <input type="checkbox"/> 5] 5 dias <input type="checkbox"/> 6] 6 dias <input type="checkbox"/> 7] 7 dias <input type="checkbox"/> 99] NS/NR</p>	
<p>17. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total, você gastou fazendo essas atividades por dia?</p> <p>Assinale nas posições, os valores correspondentes em horas: _____ minutos: _____</p>	
<p>18. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1] NÃO e não estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo (ir p/ 19) <input type="checkbox"/> 2] NÃO, mas estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo <input type="checkbox"/> 3] SIM, 1 ou 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4] SIM, 3 ou 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 5] SIM, 5 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 99] NS/NR</p>	

Leia as instruções exatamente como elas estão escritas. Isto é muito importante para mantermos a padronização e a comparabilidade.

11. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CASO A RESPOSTA SEJA 0 (ZERO) VÁ PARA PERGUNTA 14.

12. Leia a pergunta e escreva o número de horas e minutos no espaço reservado.

13. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CASO A RESPOSTA SEJA 0 (ZERO) VÁ PARA PERGUNTA 16.

14. Leia a pergunta e escreva o número de horas e minutos no espaço reservado.

15. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CASO A RESPOSTA SEJA 0 (ZERO) VÁ PARA PERGUNTA 18.

16. Leia a pergunta e escreva o número de horas e minutos no espaço reservado.

17. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

19. Qual o tipo principal de atividade física que você pratica no seu lazer?		
<input type="checkbox"/> 1 Não pratico atividade física	<input type="checkbox"/> 2 Caminhada	<input type="checkbox"/> 3 Esporte
<input type="checkbox"/> 4 Ciclismo	<input type="checkbox"/> 5 Corrida	<input type="checkbox"/> 6 Nataç�o/Hidrogin�stica
<input type="checkbox"/> 7 Ginástica	<input type="checkbox"/> 8 Muscula�o	<input type="checkbox"/> 9 Dança/Atividade física
<input type="checkbox"/> 10 Esportes de aventura	<input type="checkbox"/> 11 Yoga/Tai-chi-chuan	<input type="checkbox"/> 12 Alongamentos
<input type="checkbox"/> 13 Artes marciais/lutas	<input type="checkbox"/> 14 Outras atividades físicas	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR

Leia a pergunta e as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO ALIMENTA O

VI - ALIMENTA�O		
20. Com que freq�ncia você normalmente come frutas frescas.		
<input type="checkbox"/> 1 5 ou mais vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 2 3 ou 4 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 3 1 ou 2 vezes por dia
<input type="checkbox"/> 4 5 ou mais vezes na semana	<input type="checkbox"/> 5 3 ou 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 6 1 ou 2 vezes na semana
<input type="checkbox"/> 7 1 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 8 Menos de 1 vez por mês	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
21. Com que freq�ncia você normalmente come verduras ou saladas cruas (p. ex., alface, rúcula, almeirão, repolho, agrião, couve, tomate, pepino, cenoura).		
<input type="checkbox"/> 1 5 ou mais vezes ao dia	<input type="checkbox"/> 2 3 ou 4 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 3 1 ou 2 vezes por dia
<input type="checkbox"/> 4 5 ou mais vezes na semana	<input type="checkbox"/> 5 3 ou 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 6 1 ou 2 vezes na semana
<input type="checkbox"/> 7 1 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 8 Menos de 1 vez por mês	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
22. Quando você come frango, o que normalmente faz com a pele?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre retira antes de comer	<input type="checkbox"/> 2 Na maioria das vezes retira	<input type="checkbox"/> 3 Raramente retira a pele
<input type="checkbox"/> 4 Nunca retira a pele	<input type="checkbox"/> 5 Não come frango	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
23. Quando voc� come carne vermelha o que normalmente faz com a gordura aparente?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre retira antes de comer	<input type="checkbox"/> 2 Na maioria das vezes retira	<input type="checkbox"/> 3 Raramente retira
<input type="checkbox"/> 4 Nunca retira a gordura	<input type="checkbox"/> 5 Não come carne vermelha	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
24. Sem contar as saladas, com que freq�ncia você coloca sal no prato de comida:		
<input type="checkbox"/> 1 Nunca coloca sal no prato de comida	<input type="checkbox"/> 2 Prova e coloca se estiver sem sal	
<input type="checkbox"/> 3 Sempre ou quase sempre, mesmo sem provar	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
25. Durante uma semana normal, com que freq�ncia você toma refrigerantes ou sucos artificiais (refrescos)?		
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 1 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 4 a 6 vezes por semana
<input type="checkbox"/> 4 Diariamente, 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 5 Diariamente, 2 ou mais vez por dia	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
26. Quando voc� está em ambiente ensolarado por mais de 30 minutos, com que freq�ncia voc� usa protetor solar, bon� ou chap�u, ou outro tipo de prote�o contra o sol		
<input type="checkbox"/> 1 nunca	<input type="checkbox"/> 2 eventualmente, �s vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre ou quase sempre
<input type="checkbox"/> 99 NS/NR		

18. Leia a pergunta, certifique-se se a freq ncia relatada refere-se ao dia, semana ou m s e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

19. Leia a pergunta certifique-se se a freq ncia relatada refere-se ao dia, semana ou m s e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

20. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado

21. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

22. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

23. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

24. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO TABAGISMO

VII - TABAGISMO		
27. Com relação ao cigarro, você:		
<input type="checkbox"/> 1 Nunca fumou	<input type="checkbox"/> 2 Parou de fumar há mais de 2 anos	
<input type="checkbox"/> 3 Parou de fumar há menos de 2 anos	<input type="checkbox"/> 4 Fuma menos de 10 cigarros por dia	
<input type="checkbox"/> 5 Fuma de 10 a 20 cigarros por dia	<input type="checkbox"/> 6 Fuma mais 20 cigarros por dia	
<input type="checkbox"/> 99 NS/NR		
28. Você, que não fuma atualmente, fica exposto à fumaça do cigarro de outras pessoas durante o trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR

25. Leia a pergunta e a seguir as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado.

26. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

QUANDO O ENTREVISTADO FOR FUMANTE (respostas da pergunta 27= 4 ou 5 ou 6) PULAR ESTA PERGUNTA.

BLOCO CONSUMO DE ÁLCOOL

VIII - CONSUMO DE ÁLCOOL			
29. Quantas doses (mostrar o cartão) de bebidas alcoólicas você toma numa semana normal (típica)?			
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma, eu não bebo (vá para 31)	<input type="checkbox"/> 1 1 a 7 doses	<input type="checkbox"/> 2 8 a 14 doses	
<input type="checkbox"/> 3 15 ou mais doses	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR		
30. Levando em consideração todos os tipos de bebida alcoólica, quantas vezes nos últimos 30 dias, você consumiu cinco ou mais doses (mostrar o cartão) em uma única ocasião?			
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 2 a 4 vezes	<input type="checkbox"/> 3 5 a 8 vezes
<input type="checkbox"/> 4 8 a 12 vezes	<input type="checkbox"/> 5 Acima de 12 vezes	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
31. Entre as bebidas alcoólicas, qual você prefere?			
<input type="checkbox"/> 1 Não consome bebida alcoólica (vá para 36)	<input type="checkbox"/> 2 Cerveja	<input type="checkbox"/> 3 Vinho	<input type="checkbox"/> 4 Cachaça, pinga
<input type="checkbox"/> 5 Uísque, vodka, licor	<input type="checkbox"/> 6 Champanhe	<input type="checkbox"/> 7 Outras bebidas destiladas	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
32. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?			
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
33. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?			
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
34. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?			
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	
35. Você se sente culpado pela maneira como costuma beber			
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR	

27. Leia a pergunta,

MOSTRE O CARTÃO COM EXEMPLOS DE DOSES DE BEBIDA,

e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CASO A RESPOSTA SEJA 0 (ZERO), VÁ PARA PERGUNTA 36.

28. Leia a pergunta,

MOSTRE O CARTÃO COM EXEMPLOS DE DOSES DE BEBIDA,

e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

29. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CASO A RESPOSTA SEJA 1, VÁ PARA PERGUNTA 36.

30. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

31. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

32. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

33. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO MORBIDADE REFERIDA

IX - MORBIDADE REFERIDA

36. Algum médico já disse que você tem ou teve:

a. Bronquite ou asma	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
b. Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
c. Angina	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
d. Infarto	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
e. Acidente vascular cerebral ou derrame	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
f. Colesterol alterado	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
g. Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
h. Depressão	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
i. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
j. Outra doença do coração	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
k. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
l. Câncer	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
m. Cirrose	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
n. Problema de coluna/costas	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
o. Tendinite ou LER/DORT	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
p. Artrite, reumatismo ou gota	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR

34. Leia cada um dos itens e marque **Sim** quando o entrevistado relatar o diagnóstico médico da doença e **Não** quando ele não relatar.

Sobre Diabetes:			
37. Algum médico já disse que você tem ou teve diabetes?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
38. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar diabetes?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
39. Você usa atualmente algum medicamento para tratar diabetes?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
Sobre Hipertensão:			
40. Algum médico já disse que você tem ou teve hipertensão?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
41. Você já usou em qualquer época da vida algum medicamento para tratar hipertensão?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
42. Você usa atualmente algum medicamento para tratar hipertensão?	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR

35. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 36. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 37. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 38. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 39. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

40. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 41. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 42. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

43. História Familiar: Seu pai ou mãe, ou ainda seu avô ou sua avó tiveram as seguintes doenças?

	Nenhum	Pai	Mãe	Avô paterno	Avô materno	Avó materno	Avó paterno	NS/NR
a. Hipertensão ou pressão alta	<input type="checkbox"/>							
b. Acidente vascular cerebral ou derrame	<input type="checkbox"/>							
c. Diabetes	<input type="checkbox"/>							
d. Infarto	<input type="checkbox"/>							
e. Câncer	<input type="checkbox"/>							
f. Depressão	<input type="checkbox"/>							

43. Para cada uma das doenças marque os parentes (PODE SE MAIS DE UM) com história positiva segundo o relato do entrevistado. Quando nenhum dos parentes listados teve a doença marque a opção Nenhum.

BLOCO UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

X - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
44. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou o médico?	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 2 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 3 5 a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4 10 vezes ou mais <input type="checkbox"/> 99 NS/NR
45. Quando foi a última vez que você foi ao dentista?	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2 De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 3 anos ou mais <input type="checkbox"/> 4 Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 99 NS/NR
46. Quantas vezes você esteve internado nos últimos 12 meses:	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 1 a 2 vezes <input type="checkbox"/> 2 3 a 4 vezes <input type="checkbox"/> 3 5 a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4 10 vezes ou mais <input type="checkbox"/> 99 NS/NR
47. Quando foi a última vez em que um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde mediu a sua pressão?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca mediu a pressão <input type="checkbox"/> 2 Há menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 3 Entre 1 e dois anos <input type="checkbox"/> 4 Há mais de 2 anos <input type="checkbox"/> 99 NS/NR
48. Você possui plano de saúde?	<input type="checkbox"/> 1 Sim, através dessa empresa onde trabalho <input type="checkbox"/> 2 Sim, através de outra empresa <input type="checkbox"/> 3 Sim, adquirido individualmente sem participação da empresa <input type="checkbox"/> 4 Sim, como dependente de outra pessoa <input type="checkbox"/> 5 Não <input type="checkbox"/> 99 NS/NR

44. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 45. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 46. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

CONSIDERAMOS QUE HOUE INTERNAÇÃO QUANDO O PACIENTE

47. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 48. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO USO DE MEDICAMENTOS

XI - USO DE MEDICAMENTOS													
49. Quantos medicamentos você usou nos últimos 15 dias?													
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum (vá para 52)	<input type="checkbox"/> 1	1 medicamento	<input type="checkbox"/> 2	De 2 a 4 medicamentos	<input type="checkbox"/> 3	De 5 a 7 medicamentos	<input type="checkbox"/> 4	De 8 a 10 medicamentos	<input type="checkbox"/> 5	Mais que 10 medicamentos	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR
50. Quantos dos medicamentos usados nos últimos 15 dias foram receitados por médico?													
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum (vá para 52)	<input type="checkbox"/> 1	1 medicamento	<input type="checkbox"/> 2	De 2 a 4 medicamentos	<input type="checkbox"/> 3	De 5 a 7 medicamentos	<input type="checkbox"/> 4	De 8 a 10 medicamentos	<input type="checkbox"/> 5	Mais que 10 medicamentos	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR
51. Descreva o nome dos medicamentos usados nos últimos 15 dias, de forma legível, preferencialmente letra de forma:													

49. Escreva o nome dos medicamentos conforme relatado pelo entrevistado.
 50. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
 51. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

ESCREVA DE FORMA LEGÍVEL E UTILIZE PREFERENCIALMENTE LETRA DE FORMA.

BLOCO CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

XII - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO									
As perguntas que vamos fazer agora se referem ao seu trabalho aqui na empresa.									
52. Em geral, quantos dias por semana você trabalha?									
<input type="checkbox"/> 1	1 a 2 dias	<input type="checkbox"/> 2	3 a 4 dias	<input type="checkbox"/> 3	5 a 6 dias	<input type="checkbox"/> 4	7 dias	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR
53. Em geral, quantas horas você trabalha por dia?									
<input type="checkbox"/> 1	Menos que 4 horas	<input type="checkbox"/> 2	4 horas	<input type="checkbox"/> 3	5 horas	<input type="checkbox"/> 4	6 horas	<input type="checkbox"/> 5	7 horas
<input type="checkbox"/> 6	8 horas	<input type="checkbox"/> 7	Mais que 8 horas	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR				
54. Você trabalha no mesmo horário todos os dias?									
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR				
55. Você trabalha à noite pelo menos um dia por semana?									
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR				
56. Nos últimos 12 meses quantos dias, no total, deixou de trabalhar por motivos relacionados à sua saúde?									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	1 a 5 dias	<input type="checkbox"/> 2	6 a 10 dias	<input type="checkbox"/> 3	11 a 15 dias	<input type="checkbox"/> 4	16 a 20 dias
<input type="checkbox"/> 5	21 a 25 dias	<input type="checkbox"/> 6	26 a 30 dias	<input type="checkbox"/> 7	31 dias ou mais	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR		
57. Do total de dias de ausência ao trabalho indicados na pergunta anterior, você pode dizer quantos dias foram de faltas em decorrência a acidentes de trabalho?									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	1 a 5 dias	<input type="checkbox"/> 2	6 a 10 dias	<input type="checkbox"/> 3	11 a 15 dias	<input type="checkbox"/> 4	16 a 20 dias
<input type="checkbox"/> 5	21 a 25 dias	<input type="checkbox"/> 6	26 a 30 dias	<input type="checkbox"/> 7	31 dias ou mais	<input type="checkbox"/> 99	NS/NR		
58. Das ausências de trabalho por motivos relacionados à saúde, algum gerou auxílio-doença?									
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 99	NS/NRa				

52. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
53. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
54. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
55. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
56. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
57. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
58. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

Nas perguntas a seguir, de 59 a 65 e seus sub-itens, leia as instruções exatamente como está escrito. Leia cada pergunta exatamente como está escrito e, em seguida, leia as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado

BLOCO QUALIDADE DE VIDA

XIII - SF 12

Instruções: As perguntas feitas a seguir têm o objetivo de conhecer como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão escolhendo a melhor resposta. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder. Não existem respostas certas ou erradas.

59. Em geral, você diria que a sua saúde é:

1| Excelente 2| Muito boa 3| Boa 4| Ruim 5| Muito ruim 99| NS/NR

60. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer **atualmente** durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (marque o número em cada linha).

Atividades	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum	NS/NR
(a) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99
(b) Subir vários lances de escada.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99

61. Nas **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**? (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	NS/NR
(a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 99
(b) Esteve limitado(a) no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 99

62. Nas **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a))**? (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	NS/NR
(a) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 99
(b) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 99

63. Durante as **últimas 4 semanas**, quantas vezes a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora, quanto dentro de casa)? (marque uma):

1| De maneira nenhuma 2| Um pouco 3| Moderadamente 4| Bastante
 5| Extremamente 99| NS/NR

64. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**. (marque o número em cada linha).

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
(a) Quanto tempo você tem se sentido calmo(a) ou tranqüilo(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(b) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(c) Quanto tempo você tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

65. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

1| Todo o tempo 2| A maior parte do tempo 3| Alguma parte do tempo
 4| Uma pequena parte do tempo 5| Nenhuma parte do tempo 99| NS/NR

59. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
60. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
61. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
62. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
63. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
64. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
65. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
66. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
67. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.
68. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO GHQ 12

Nas perguntas a seguir, de 69 a 80, correspondentes ao questionário GHQ12, leia as instruções exatamente como está escrito. Leia cada pergunta exatamente como está escrito e, a seguir, leia as alternativas e marque aquela correspondente à resposta do entrevistado

XIV - GHQ 12

Gostaríamos de saber como tem sido a sua saúde, em geral, nas últimas semanas. Por favor, responda às perguntas abaixo, escolhendo a **resposta que parece mais adequada** para você. É importante que você tente responder a todas as questões. **Ultimamente:**

69. Você tem sido capaz de se manter atento às coisas que está fazendo?

- 1| Melhor que de costume 2| O mesmo de sempre 3| Menos que de costume
 4| Muito menos que de costume 99| NS/NR

70. Você tem perdido muito sono por preocupação?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

71. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida de alguém?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

72. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?

- 1| Melhor que de costume 2| O mesmo de sempre 3| Menos que de costume
 4| Muito menos que de costume 99| NS/NR

73. Você tem se sentido constantemente agoniado(a) ou tenso(a)?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

74. Você tem notado que está difícil superar suas dificuldades?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

75. Você tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

- 1| Melhor que de costume 2| O mesmo de sempre 3| Menos que de costume
 4| Muito menos que de costume 99| NS/NR

76. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

- 1| Melhor que de costume 2| O mesmo de sempre 3| Menos que de costume
 4| Muito menos que de costume 99| NS/NR

77. Você tem se sentido triste ou deprimido (a) ?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

78. Você tem perdido a confiança em você mesmo (a) ?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

79. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?

- 1| De jeito nenhum 2| Não mais que de costume 3| Um pouco mais que de costume
 4| Bem mais que de costume 99| NS/NR

80. Você tem se sentido feliz de modo geral?

- 1| Melhor que de costume 2| O mesmo de sempre 3| Menos que de costume
 4| Muito menos que de costume 99| NS/NR

69. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

70. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

71. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

72. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

73. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

74. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

75. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

76. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

77. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

78. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

79. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

80. Leia a pergunta e marque a alternativa correspondente à resposta do entrevistado.

ANEXO III

Protocolo de aferição de peso, altura e circunferência abdominal

Aferição do peso

- a. Material necessário: balança eletrônica, Marca Wiso, modelo W801, álcool 70%, papel toalha.

- b. Técnica de aferição:
 - 1) Higienize a balança Marca Wiso, modelo W801 com álcool e papel descartável
 - 2) Solicitar ao trabalhador que retire as peças de roupa que for possível (casacos, capotes, aventais, guarda-pó, jaleco, sapato) de forma que fique apenas com a calça ou saia e uma blusa leve. Peça, também que ele tire dos bolsos objetos como carteiras, chaves, ferramentas, etc.
 - 3) Para iniciar cada pesagem, pise levemente no centro da balança e espere aparecer o valor 0 (zero). A seguir peça ao trabalhador que suba na balança, e observe o peso e o registre.

Aferição da altura

- a. Material necessário: estadiômetro marca Marca WCS, modelo Compact

- b. Técnica de aferição:
 - 1) Solicite ao trabalhador que retire os calçados, suba na base do estadiômetro e se posicione de costas para a régua métrica. Ele deve posicionar-se de modo que a régua fique no meio das suas costas. Os calcanhares devem estar juntos e os pés em paralelo, a coluna ereta encostando na régua, cabeça ereta e olhar em linha reta para frente paralelo aos pés.
 - 2) Após o trabalhador estar corretamente posicionado, baixar a régua superior até tocar na cabeça. No caso de o trabalhador possuir algum problema, como, por exemplo, encurtamento de uma perna, a altura deve **ser**

verificada após a solicitação de que ele se mantenha ereto, com ou sem auxílio, sobre a perna sadia.

Aferição da Circunferência Abdominal

A aferição da circunferência da cintura foi realizada usando-se fita inelástica. O examinador posicionava-se à direita do trabalhador e solicitava que esse último removesse o excesso de roupa. O entrevistador solicitava ao trabalhador, quando necessário, que baixasse a cintura da calça e levantasse a blusa ou camisa acima da cintura. Era palpada a superfície da crista ilíaca direita e o rebordo costal e traçada uma linha imaginária horizontal no centro entre estes dois pontos de referência, buscando o ponto de menor diâmetro. A fita inelástica era colocada em um plano horizontal no ponto marcado, paralelo ao solo, circundando o abdome. Para facilitar a realização desta medida e manter a postura corporal, era recomendado que o aferidor marcasse o ponto central de menor diâmetro com uma caneta, segurasse a fita com o ponto zero sobre essa marcação e passasse a fita ao trabalhador para que esse a passe por volta da cintura, alcançando-a para o aferidor pelo outro lado. O aferidor prendia as duas pontas da fita e conferia se a fita estava alinhada horizontalmente (reta) em toda a circunferência abdominal.

ANEXO IV

Protocolo utilizado na aferição da pressão arterial

Ambiente: Paciente em ambiente calmo e refrigerado que propicie uma atitude de relaxamento.

Condições do participante: Descansado, 30 minutos sem ingestão de café e bebidas alcoólicas ou uso de cigarro. Perguntar ao participante se ele está com a bexiga vazia. Caso contrário, solicitar ida ao banheiro.

Precauções éticas: Assim que o participante entrar, nos cinco minutos de repouso, assegurar que os dados relativos à sua pressão arterial farão parte de um estudo anônimo e só ele irá conhecer seus níveis pressóricos.



Posição para a medida: Paciente assentado, com o braço descoberto, levemente flexionado, virado para fora e totalmente relaxado.

Aparelho utilizado na medida da pressão arterial

Neste estudo, será utilizado aparelho automático para medida da pressão arterial. A marca escolhida, Omron HEM-705 VP, já foi testada e aprovada pela Sociedade Britânica de Hipertensão e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras.

Monitor: Aparelho que permite visualizar a medida (em mmHg) da pressão arterial (fig.1)

Manguito: Faixa de borracha recoberta por tecido, para ser ajustado ao membro superior ou inferior. A seleção do tamanho do manguito deve ser de acordo com a circunferência do braço esquerdo do participante.

Tabela 1 - Tamanho do manguito Omron de acordo com a circunferência do braço

Circunferência do braço	Tipo de braçadeira ou manguito
18 a 22,9 cm	Pequena (H003DS)
23 a 32,9 cm	Padrão (0080 AGRAY)
33 a 43 cm	Larga (H003D)

*As recomendações do aparelho não incluem um braço com esta circunferência.

COMO MEDIR A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO

1. Medir a circunferência do braço (fig. 3) com o participante em pé, com a manga da camisa levantada até o ombro.
2. Pedir ao participante ficar em pé e manter o antebraço na posição horizontal, paralelo ao chão (fig. 2).
3. Localizar os dois pontos ósseos mais proeminentes do braço esquerdo: acrômio (osso do ombro) e olécrano (osso do cotovelo) (fig.2).
4. Colocar a fita métrica com a marca ZERO no acrômio e medir a distância do ombro ao cotovelo.
5. Marcar o ponto médio do braço, na parte de trás do braço do participante, com caneta de tinta lavável.

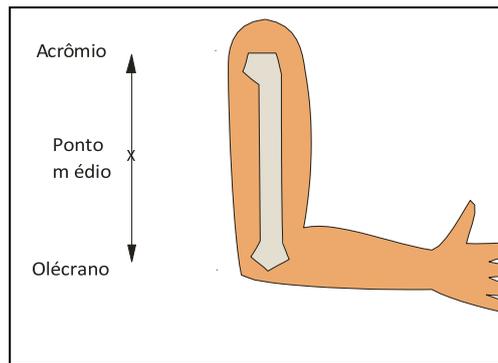


Figura 2_ Desenho esquemático da posição correta do barco para se encontrar o ponto médio do braço.

6. Pedir ao participante para relaxar o braço ao longo do corpo
7. Colocar a fita métrica ao redor do braço no ponto médio, mantendo a fita na horizontal, nem frouxa nem apertada.
8. Medir e anotar o valor da circunferência.
9. Agradecer e limpar o ponto de caneta do braço do participante

MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

Recomendações prévias ao participante, antes da medida:

1. Evitar bexiga cheia.
2. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes.
3. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes.

MEDIDA DA PA

Preparação do participante

1. Explicar o procedimento ao paciente e agradecer sua participação.

2. Medir a circunferência do braço do paciente.
3. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
4. Pedir ao paciente para assentar-se.
5. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.
6. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito.

Posicionamento do participante

7. Paciente assentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
8. Colocar o braço esquerdo do participante no apoio, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente dobrado.
9. Ajustar a altura do apoio para que esteja na altura do coração.
10. Solicitar para que não fale durante as medidas.

Colocação do manguito

11. Palpar o pulso da artéria braquial, localizado no sulco entre os músculos do braço, acima da prega do cotovelo.



12. Envolver o braço com o manguito selecionado, centralizando a bolsa de borracha (linha verde do manguito) sobre a artéria palpada.



13. A borda inferior do manguito deve ser colocada dois dedos acima da dobra interna do cotovelo.

14. Fixar o manguito no braço do participante de maneira confortável, mas sem deixar folgas.

Verificação da pressão arterial e pulso no Omron

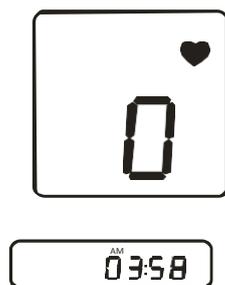
15. Informar ao participante que iniciará a medida da PA e pedir ao mesmo para que não fale durante a medida.

16. Conectar o manguito ao monitor.

17. Apertar o botão azul (on/off) do monitor.



18. Aguardar até que apareça o zero e o desenho do coração.



19. Apertar o botão branco (start).
20. Aguardar o tempo em que o manguito insufla e desinsufla automaticamente.
21. Anotar a pressão sistólica e diastólica que aparece no visor superior.
22. Se no visor aparecer o símbolo EE significa que a medida não foi completada. Verifique novamente a altura do braço, o ajuste do manguito e a conexão. Então, meça novamente.



23. Repetir o procedimento mais duas vezes, com intervalo de um minuto entre as medidas.
24. Anotar as três medidas da PA.

O QUE FAZER QUANDO A PRESSÃO ARTERIAL ESTIVER ALTERADA

1. Se a PA do participante estiver acima dos níveis recomendados (PA_140/90mmHG), ele deve ser aconselhado a procurar atenção médica.
2. Perguntar se o participante tem conhecimento de seu problema, a hipertensão.

Participante bem, não sabia de sua pressão arterial alterada:

1. Se o participante estiver se sentindo bem e disser que não sabia que sua pressão era alta, orientar a procurar um médico, para repetir as medidas e confirmar ou não o problema.
2. Lembre-se que o diagnóstico de hipertensão só é dado quando a medida da PA for alta em duas ocasiões diferentes.
3. Se pressão arterial sistólica $\geq 160\text{mmHg}$ e/o pressão arterial diastólica $\geq 100\text{mmHg}$, orientar para procurar médico no mesmo dia.

Participante bem, sabia de sua pressão alta, mas não trata:

1. Explicar a importância de seu controle e encaminhá-lo para atenção médica.
2. Se pressão arterial sistólica $\geq 160\text{mmHg}$ e/ou pressão arterial diastólica $\geq 100\text{mmHg}$, orientar para procurar médico no mesmo dia.

Participante bem, sabia de pressão alta e faz tratamento:

1. Se o participante sabe que tem pressão alta e faz uso de medicamento, perguntar se ele tomou corretamente a medicação naquele dia.
2. Se ele disser que não tomou, orientá-lo a tomar a medicação assim que chegar em casa e procurar médico para medir novamente a pressão arterial.
3. Se ele disser que tomou, orientá-lo a procurar seu médico para uma possível modificação do tratamento.
4. Se pressão arterial sistólica $\geq 160\text{mmHg}$ e/ou pressão arterial diastólica $\geq 100\text{mmHg}$, orientar para procurar médico no mesmo dia.

Participante sentindo-se mal e com PA >220/140mmHg:

1. Situação de emergência- encaminhar imediatamente ao médico.

ANEXO V

Protocolo utilizado na aferição da glicemia

Orientações sobre o teste de glicemia capilar

O teste de glicemia capilar é um método para auto-monitorização dos níveis da glicose sanguínea (AMGS), no qual se utiliza um aparelho eletrônico (glicosímetro) com fita reatora ou apenas de fita reagente. Os níveis de glicemia capilar normal no adulto são de: jejum 60 a 100/110 mg/dl, pós prandial de 140 a 200mg/dl.

Objetivo: Identificar os níveis da glicose sanguínea capilar para realizar a detecção da hipo ou hiperglicemia e a prevenção de danos através de medidas para a normalização dos níveis de glicose sanguínea.

Competência: Poderá ser realizada pela Enfermeira e Técnicos de Enfermagem.

Material: algodão com álcool e algodão seco, agulha de insulina ou caneta ou lanceta, fita com reagente especial, glicosímetro e quando o aparelho não for eletrônico, embalagem da fita com tabela de cores e valores - método de comparação.

Procedimentos

Lavar as mãos antes de começar e no final do procedimento;

Preparar material;

Informar ao paciente como será realizado o exame;

Massagear o dedo para aumentar a vascularização local;

Limpar o dedo a ser picado com algodão com álcool e a seguir com algodão seco (se ficar resíduo do álcool no local que será picado isso pode interferir na qualidade do teste). Pressionar o dedo e picar na região mais lateral, com uma agulha de insulina, lancetas ou agulhas-caneta;

Pingar uma gota de sangue na fita reagente e inseri-la no monitor para leitura digital. Na ausência do glicosímetro e uso de fita reagente para comparação aguardar 60 segundos, limpando-a após com algodão seco e aguardar mais 60 segundos para compará-la com tabela de valores na embalagem da fita.

ANEXO VI

Protocolo utilizado na avaliação da saúde bucal

DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DA SAÚDE BUCAL

Manual do examinador

A atividade constitui-se na avaliação das condições da saúde bucal dos industriários em relação à presença e necessidades de tratamento das lesões cáries, presença e necessidades de próteses e presença de lesões de mucosa.

- 1 Material Utilizado Material odontológico
 - máscaras descartáveis
 - luvas plásticas (descartadas a cada uso)
 - luvas de expurgo
 - gorros descartáveis
 - álcool 70%
 - gaze
 - abaixadores de língua/espátula de madeira
 - guardanapo ou papel toalha
 - guardanapo ou papel toalha
 - escova de mão
 - saco de lixo hospitalar ou saco de lixo comum preto
 - sabonete líquido
 - avental branco ou jaleco

Material de escritório

- lápis preto e borracha
- apontador
- prancheta
- ficha individual
- fita crepe
- cesto de lixo

Ambiente de Trabalho

- sala com iluminação natural
- sala com pia ou próxima ao local
- mesa de plástico de PVC
- cadeiras

2 Biossegurança

Os preceitos às normas de biossegurança devem ser uma constante no trato com a saúde. Todos os membros da equipe envolvidos devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e a dos que estão sendo examinados. A responsabilidade maior, entretanto, pela adoção e fiel cumprimento das normas de biossegurança é do CD.

As principais medidas incluem:

- lavar as mãos no início e ao final de cada atendimento, ou quando for necessário;
- usar avental/ Jaleco, luvas, máscaras, gorro ou touca;
- trocar as luvas a cada paciente
- não manipular objetos como: lápis, borracha, fichas, pranchetas, etc. Tais objetos devem ser manipulados pelos anotadores

- dispensar o material descartável, no recipiente adequado, devidamente identificado;

3 Avaliações

O fundamental, numa avaliação bucal, é tomar decisões com base nos critérios definidos “a priori” para todos os examinadores, independentemente das suas convicções clínicas pessoais.

Além de ser fundamental o cuidado quanto à exatidão e maior precisão possível do diagnóstico são necessário também que os diferentes examinadores interpretem casos semelhantes com a maior uniformidade possível. Um treinamento anterior ajuda no processo de padronização de interpretação.

As avaliações deverão ser feitas utilizando-se os abaixadores de língua, a pessoa examinada deve ficar, sentada, com a cavidade bucal voltada para claridade, recebendo luz natural e o dentista sentado à frente do trabalhador(a),

A mesa de apoio do examinador deve está localizada à sua direita e o cesto de lixo a sua frente.

Preferencialmente, o local para a realização dos exames deve ser bem iluminado e arejado e próximo a um ponto de água.

A sequência dos exames deve ser feita obedecendo à ordem da ficha. Os diferentes espaços dentais serão abordados de um para outro, de maneira sistemática e ordenada, dente por dente ou espaço dentário por espaço dentário, iniciando pelo terceiro molar até incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo, indo até o terceiro molar (do 21 ao 28). A seguir, o hemiarco inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo pelo hemiarco inferior direito (do 41 ao 48).

Em cada espaço dental serão avaliados os aspectos da coroa e raízes e as necessidades de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os respectivos códigos a serem anotados e passará ao dente seguinte.

CÁRIE DENTAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

CPO INOVADO

Utilizamos o novo padrão de critérios para o índice CPO, em substituição ao padrão tradicional de diagnóstico. Esta nova formulação é um reconhecimento da inevitabilidade de modificação de critérios de exames bucais coletivos, seguidos durante quase meio século no Brasil.

São examinados todos os dentes presentes na boca. Um dente é considerado presente na boca quando qualquer de suas partes é visível ou pode ser tocada com a ponta da espátula, sem que seja preciso afastar (nem perfurar) tecidos moles indevidamente. Se um dente permanente e um temporário ocupam o mesmo espaço, anotam-se os dois dentes.

CONDIÇÃO DA COROA DENTAL

Os critérios para os exames serão anotados de acordo com os seguintes códigos:

CÓDIGO 0 - Não erupcionado

O dente não erupcionou, ou é congenitamente ausente.

➤ Atenção para os terceiros molares, caninos, incisivos laterais e segundos pré- molares inferiores mais comuns de ocorrer agenesia.

Dentes extraídos não são incluídos nesse código. Em caso de ausência dentária, verificar se o dente foi extraído através de características clínicas do rebordo alveolar, das condições de cárie dentária dos demais elementos dentários e, também da história do paciente.

CÓDIGO 1 - Cárie de esmalte/dentina

Há presença de cárie cavitada ativa ou não, evidente envolvendo o esmalte e/ou a dentina.

São incluídos nesse código dentes com material restaurador provisório (cimento de óxido de zinco e eugenol), dentes restaurados e com lesão cariosa em esmalte ou dentina, bem como dentes restaurados e com perda parcial ou total do material restaurador (restaurações insatisfatórias).

Manchamento dentário, fluorose e hipoplasia não são incluídos nesse código. Não serão incluídos, também, dentes com grande destruição coronária e/ou cárie profunda (com comprometimento pulpar).

CÓDIGO 2 - Cárie com envolvimento pulpar

O dente apresenta lesão cariosa cavitada profunda exigindo tratamento endodôntico radical.

São incluídos nesse código dentes restaurados mas com lesão cariosa envolvendo a polpa, bem como dentes com pólipos pulpar. Dentes com destruições extensas e restos radiculares são incluídos nesse código.

Atenção para alguns sinais/sintomas como: relato de dor espontânea pelo paciente no dente examinado, dente com perda da coroa, escurecimento da coroa com ou sem histórico de tratamento endodôntico radical nos dentes anteriores.

CÓDIGO 3 - Restaurado

Qualquer dente que apresente restaurações diretas ou indiretas satisfatórias, restaurações diretas sem lesão cariosa cavitada evidente.

No caso de dente anterior, avaliar se a coroa dentária apresenta alteração de cor sugerindo cárie com envolvimento pulpar. Nesse último caso, mesmo que a restauração esteja satisfatória, anotar código "2".

CÓDIGO 4 - Extraído

Dente perdido por exodontia já realizada.

CÓDIGO 5 - Hígido

O dente é sadio e inexistem lesões cariosas cavitadas ou restaurações. Os estágios clínicos iniciais da doença cárie serão incluídos nesse código (mancha branca).

Considerar como hígidos os dentes com sulco e fissuras escurecidos ou quaisquer outros manchamentos não associados à cavitação e que não apresentem sinais visuais de base amolecida.

Os dentes com fluorose, hipoplasia de esmalte, abrasão, erosão são considerados hígidos. Em caso de dúvida, considerar o dente como hígido.

Em caso da presença de selantes, considerar como hígido.

CÓDIGO 6 - Traumatismo

Parte da superfície coronária foi perdida devido a traumatismos; o dente apresenta fratura de esmalte, esmalte/dentina ou esmalte/dentina/polpa, sem evidências de cárie. Examinar com atenção os incisivos centrais superiores.

CÓDIGO 7- Sem diagnóstico

É aplicado a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas) ou na impossibilidade de se chegar a um diagnóstico adequado (hipoplasias severas, erosão, abrasão).

TRATAMENTO DA COROA

Os critérios para o levantamento serão anotados de acordo com os seguintes códigos:

CÓDIGO 0 – Nenhum

O dente está hígido, ou há restauração satisfatória sem lesão cariada cavitada e não deve receber qualquer tratamento.

CÓDIGO 1 – Selante

Sempre que a condição da fissura ou fôssula e a idade do paciente indicarem sua aplicação.

Adultos:

- Será indicado apenas para os terceiros molares quando o indivíduo apresentar até 21 anos e tiver a presença de placa visível no elemento dentário e com dente homólogo com lesão cariada, devido à dificuldade de higienização.
- Pessoas portadores de deficiência, quando indicado.

CÓDIGO 2 – Restaurações diretas

O dente deve ser restaurado em uma ou mais superfícies com material restaurador indicado.

O dente apresenta lesão cáriosa cavitada envolvendo esmalte e/ou dentina ou apresenta restauração e lesão cavitada em esmalte e/ou dentina ou o dente perdeu parcialmente ou totalmente a restauração ou, finalmente, o dente apresenta-se com material restaurador provisório (1). Dentes com fratura de esmalte e/ou dentina (6) são incluídos nesse código.

CÓDIGO 3 – Restaurações indiretas

Refere-se aos dentes diagnosticados com lesão cáriosa com envolvimento pulpar (2), dentes com restauração indireta com lesão cáriosa ou dentes que perderam a restauração indireta.

CÓDIGO 4 – Tratamento endodôntico

Refere-se aos dentes diagnosticados com lesão cáriosa com envolvimento pulpar, bem como dentes com traumatismo dentário com envolvimento pulpar ou dentes com traumatismo dentário com escurecimento de coroa sem histórico de tratamento endodôntico já realizado.

Observação importante - o mesmo dente anterior pode apresentar necessidade de tratamento endodôntico radical (4) e restauração direta (2) ou indireta (3). Anotar “4 e 2” ou “4 e 3”(necessidade de tratamento endodôntico radical (4) e necessidade de restauração direta (2) ou indireta (3)).

CÓDIGO 5 – Extração indicada

Refere-se aos dentes diagnosticados com destruição extensa que impossibilite sua restauração, restos radiculares e dentes com intensa mobilidade e perda de inserção periodontal, ou impactados ou semi-impactados, quando houver necessidade.

Atenção para as últimas duas situações nas quais há a possibilidade do dente apresentar coroa hígida mas estar indicado para extração.

Aplicado também quando houver indicações ortodônticas.

CÓDIGO 6 – Outros Procedimentos

Refere-se aos dentes diagnosticados como já extraídos ou para aqueles sem diagnóstico.

CONDIÇÕES PROTÉTICAS

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais tem como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar de prótese(s). Deve ser assinalados o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

Não há critérios preestabelecidos para determinar se uma prótese realmente é necessária ou não, cabendo ao examinador exercer seu senso crítico a esse respeito.

Os critérios para o levantamento serão anotados de acordo com os seguintes códigos:

Código 0 - Sem prótese

Indivíduo não utiliza prótese total e/ou parcial no arco avaliado no momento do exame.

Inclui o caso onde existe espaço protético no qual não há presença de prótese total/ parcial no momento do exame e os casos onde indivíduo que apresenta todos elementos dentários.

Código 1- Prótese fixa

Indivíduo usa prótese fixa, seja ela anterior e/ou posterior, no arco avaliado.

Código 2- Prótese parcial removível

Indivíduo usa prótese parcial removível (provisória ou definitiva) , no momento do exame, no arco avaliado.

Código 3 - Próteses parciais, fixas e removíveis

Indivíduo usa pelo menos uma prótese parcial fixa e uma prótese parcial removível, no momento do exame.

Código 4 - Prótese total

Indivíduo que no momento do exame está utilizando prótese dentária total.

Código 5 - Não registrado

Para qualquer situação onde a anotação/avaliação da condição protética não possível ser realizada.

NECESSIDADES DE PRÓTESES

Os critérios para o levantamento serão anotados de acordo com os seguintes códigos:

Código 0 - Não necessita de prótese

Indivíduo apresenta-se com todos os elementos dentários presentes ou, no momento do exame, apresenta-se com prótese parcial e/ou total, satisfatória (não apresenta grampos e elementos protéticos fraturados; o pilar da prótese fixa não se apresenta cariado).

Código 1 - Necessita de prótese parcial

Indivíduo que apresenta espaço protético parcial (um ou mais elementos) anterior e/ou posterior.

Código 2 - Necessita de prótese total

Indivíduo edêntulo sem estar usando a prótese no momento do exame.

Código 3 - Não registrado

Para qualquer situação onde a anotação/necessidade de prótese não for possível ser realizada.

LESÕES DE MUCOSA BUCAL

Um exame dos tecidos moles dentro e ao redor da boca deve ser feito em todos os indivíduos. O exame deve ser abrangente e sistemático, e realizado na seguinte sequência:

lábio e mucosa da porção anterior da boca (superior e inferior);

porção anterior das comissuras labiais e mucosas da porção posterior da boca (à direita e à esquerda);

língua (superfície dorsal e ventral, bordos); assoalho bucal;

palato duro e mole;

rebordos alveolares/gengivais (superior e inferior).

Presença: Quando a mucosa bucal apresentar alterações da normalidade.

Ausência: Quando a mucosa bucal apresentar-se com estruturas normais ou com variações da normalidade. Ex: grânulos de Fordyce, pigmentação melânica racial, língua geográfica.

NECESSIDADES DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

Paciente será informado da necessidade ou não de tratamento preventivo e/ou curativo no momento da avaliação

ANEXO VII

Aprovação do projeto na Plataforma Brasil

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo Epidemiológico de Saúde e Estilo de Vida de Trabalhadores da Indústria Brasileira

Pesquisador: EMILIO MORIGUCHI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81639517.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.492.377

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado no PPG de Cardiologia e Ciências Cardiovasculares. O SESI nacional disponibilizou a base de dados brasileira, com informações de um imenso banco de dados. O instrumento de coleta de dados (questionário) utilizado pelo DSEV é composto por 80 perguntas que seguem o mesmo padrão utilizado em instrumentos validados no Brasil e utilizados em outros levantamentos de saúde, proporcionando, assim, a comparabilidade dos resultados. Além da aplicação do questionário, são utilizadas algumas medidas corporais simples que possibilitam monitorar a distribuição das DCNTs e seus fatores de risco na população participante, conforme metodologia recomendada pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Essa base de dados contém dados coletados entre 2007 e 2015. O objetivo desta iniciativa foi avaliar a frequência de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e de características que aumentem o risco de o trabalhador apresentar, por exemplo, infarto do miocárdio, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas bucais ou outras doenças. É do interesse do SESI a interpretação destes dados, a fim de devolver para a indústria brasileira, estratégias de melhoria na produtividade e sustentabilidade do negócio. Além disso, por meio de análises epidemiológicas, torna-se possível contribuir não apenas para a melhoria das condições de saúde do trabalhador como também direcionar recursos de forma assertiva para intervenções assertivas no âmbito do trabalho.

A base de dados contém informações de 1.288.347 trabalhadores.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.492.377

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar as variáveis de estilo de vida que caracterizam o perfil dos trabalhadores de indústrias do Brasil correlaciona-las à sua saúde e bem estar.

Específicos

Avaliar fatores de risco cardiovascular de trabalhadores da indústria e correlaciona-los às diferenças regionais por regiões do Brasil;

Avaliar o padrão alimentar dos trabalhadores da indústria e relacionar ao porte e segmento da empresa nas diferentes regiões do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

Riscos:

O presente estudo apresenta risco mínimo aos envolvidos. A coleta será realizada mediante dados contidos nos bancos de dados nacional do Serviço Social da Indústria. Os pesquisadores assinarão o Termo de Compromisso para a Utilização dos Dados.

Benefícios:

Auxiliar políticas públicas de saúde na promoção de estratégias de melhoria na qualidade de vida do trabalhador da indústria brasileira;

Auxiliar as indústrias do Brasil a qualificarem seu ambiente de trabalho e condições de saúde deste; Contribuir para a disseminação de informações científicas referentes à saúde do trabalhador da indústria do Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A base de dados contém informações de 1.288.347 trabalhadores que responderam a pesquisa entre os anos de 2007 e 2015.

Em Abril de 2016, o SESI-RS estabeleceu com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul um termo de cooperação por meio do qual realiza trabalhos em parceria, especialmente no que tange o desenvolvimento de pesquisas aplicadas à indústria. A maior parte dos projetos desenvolvidos em parceria está vinculada ao Centro de Inovação em Fatores Psicossociais que objetiva a prototipagem de produtos e serviços voltados para a saúde do trabalhador, tendo como base a pesquisa aplicada à indústria. Neste aspecto, o SESI-RS tem muito interesse em desenvolver novos projetos com a UFRGS, especialmente aqueles que tenham o objetivo de produzir conhecimento a partir de dados da indústria, e que sirvam como norteadores para o SESI-RS no que se relaciona a prospecção de novas estratégias de promoção da saúde. Com o intuito de estreitar o vínculo com a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.492.377

Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprimorar as análises do banco de dados do DSEV, o SESI nacional disponibilizou a base de dados brasileira, com informações de mais de um milhão de trabalhadores. O instrumento de coleta de dados (questionário) utilizado pelo DSEV é composto por 80 perguntas que seguem o mesmo padrão utilizado em instrumentos validados no Brasil e utilizados em outros levantamentos de saúde, proporcionando, assim, a comparabilidade dos resultados. Além da aplicação do questionário, são utilizadas algumas medidas corporais simples que possibilitam monitorar a distribuição das DCNTs e seus fatores de risco na população participante, conforme metodologia recomendada pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Essa base de dados contém dados coletados entre 2007 e 2015. O objetivo desta iniciativa foi avaliar a frequência de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e de características que aumentem o risco de o trabalhador apresentar, por exemplo, infarto do miocárdio, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas bucais ou outras doenças. A base de dados, de posse do SESI nacional, teve seu uso autorizado para fins de pesquisa autorizado, conforme. Apesar da magnitude e relevância dos dados obtidos, nunca foram feitas análises estatísticas, epidemiológicas e de correlação, além de medidas de frequência e percentuais. É do interesse do SESI a interpretação destes dados, a fim de devolver para a indústria brasileira, estratégias de melhoria na produtividade e sustentabilidade do negócio, Além disso, por meio de análises epidemiológicas, torna-se possível contribuir não apenas para a melhoria das condições de saúde do trabalhador como também direcionar recursos de forma assertiva para intervenções assertivas no âmbito do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Propõe dispensa do TCLE com a justificativa de que os autores possuem autorização do SESI para a utilização dos dados do banco de forma geral, sem especificação por indivíduo, e anônima.

TCUD apresentado.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.475.370 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 28/01/2018. Não apresenta novas pendências.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 2.492.377

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão de 28/01/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 1.288.347 participantes, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) Para que possa ser realizado, o projeto deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.
- c) O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.
- d) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.
- e) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- f) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1005234.pdf	28/01/2018 14:19:33		Aceito
Parecer Anterior	Correcoes.docx	28/01/2018 14:18:25	Gabriela Herrmann Cibeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	28/01/2018 14:18:03	Gabriela Herrmann Cibeira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	29/12/2017 15:46:12	Gabriela Herrmann Cibeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_para_uso_dados.pdf	26/10/2017 23:03:12	Gabriela Herrmann Cibeira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	26/10/2017	Gabriela Herrmann	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.492.377

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	23:02:45	Cibeira	Aceito
----------------	------------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO VIII

Autorização de uso da base de dados para o presente trabalho



Brasília, 20 de abril de 2017.

Autorização para uso das bases de dados nacionais do Sesi: diagnóstico de saúde e estilo de vida - DSEV e sistema de avaliação em estilo de vida e produtividade - SAEVP

Autorizamos a equipe de SST e promoção da saúde do Sesi Rio Grande do Sul a utilizar as bases de dados históricas do **diagnóstico de saúde e estilo de vida - DSEV e sistema de avaliação em estilo de vida e produtividade - SAEVP** para fins de pesquisa sobre os determinantes sociais da saúde do trabalhador junto a qualquer instituição de pesquisa pública ou privada, nacional ou internacional, desde que mantenha em sigilo o CNPJ, razão social, CPF e nome ou outros dados que permitam a identificação de empresas e trabalhadores participantes dos processos avaliativos realizados pelo Sesi. Os dados da escala SF12 constante do DSEV também não poderão ser utilizados para nenhum cruzamento de dados.

Solicitamos que as pesquisas sejam comunicadas ao Sesi DN, bem como os relatórios e artigos delas resultantes, para fins de disseminação e divulgação interna e externa.


Antonio Eduardo Muzzi
Gerente de Promoção da Saúde
Unidade de Qualidade de Vida
Sesi - Departamento Nacional