

## Análise da situação de saúde da cidade estrutural, Distrito federal, através de questionário de risco auto-referido

*Analysis of health situation of estrutural city, Distrito federal, by self referred risk questionnaire*

Bárbara Vieira Carneiro<sup>1</sup>, Ana Carolina Pessoa Simões<sup>1</sup>, Bárbara Assumpção Paes Leme<sup>1</sup>,  
Fernanda Alves de Sousa Costa<sup>1</sup>, Liana Chaul Sfair<sup>1</sup>, Roberto José Bittencourt<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Estimar a prevalência de comportamentos de risco, bem como de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus auto referidos na população da cidade Estrutural-DF. A partir dos dados coletados, em comparação com estudos disponíveis na literatura, traçar um perfil de saúde da região.

**Método:** Estudo observacional e analítico, com amostragem aleatória, proporcional à população das quadras da Estrutural segundo o censo de 2010. Os questionários foram aplicados em visita domiciliar, referentes a dados pessoais, condições socioeconômicas, tabagismo, atividade física e diagnóstico de HAS e DM. O processamento e a análise dos dados foram realizados através do programa EPI INFO. Por fim, realizou-se a comparação com dados obtidos em estudos disponíveis na literatura, com metodologia semelhante.

**Resultados:** Foram aplicados 282 questionários, em 138 domicílios, com predomínio do sexo feminino entre os entrevistados (66,7%), sendo a faixa etária prevalente a de 25 a 44 anos, e significativa maioria da população com oito anos ou menos de escolaridade.

Em relação ao tabagismo, 20% dos entrevistados afirmaram o hábito, número consideravelmente superior aos verificados no DF e no Brasil. Observou-se ainda, menor prevalência da prática de atividade física em comparação com a população do DF.

Quanto à hipertensão, 18,44% referiram o diagnóstico da doença, número inferior àqueles para o DF e Brasil. O percentual de diabéticos foi de 5,32% da população entrevistada, número superior ao do DF, mas menor que o percentual brasileiro.

**Conclusão:** Pesquisas populacionais são importantes fontes de informações em saúde, nas mais variadas metodologias (entrevistas domiciliares, por telefone, questionários auto aplicados), e por isso, a crescente necessidade de conhecer e explorar tais ferramentas. Apesar dos vieses, guardadas as devidas particularidades, a análise e interpretação de vários determinantes possibilitou a obtenção da situação de saúde e permitiu a estruturação de ações e políticas de saúde melhor embasadas.

**Palavras chave:** Promoção da Saúde; Perfil de Saúde; Risco.

### Abstract

**Objective:** To estimate the prevalence of risk behaviors, as well as self-referred diagnosis of hypertension and diabetes mellitus in population of Estrutural-DF. From the data collected, compare to the available studies, to obtain the health profile in the region.

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, doutor, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

E-mail do primeiro autor: babivc\_5@hotmail.com

Recebido em 16/12/2012

Aceito, após revisão, em 09/03/2013

**Methods:** An observational and analytical study with random sample proportional to the population of the Estrutural's blocks according to the 2010 census. The questionnaires were administered during home visits, concerning personal data, socioeconomic status, smoking, physical activity and diagnosis of hypertension and DM. The processing and data analysis were performed using EPI INFO. Finally, we carried out a comparison with data from studies available in the literature, with similar methodology.

**Results:** 282 questionnaires were administered in 138 households, with a predominance of females among respondents (66.7%), being the most prevalent age group 25-44 years, and a significant majority of the population with eight or fewer years of schooling. In relation to smoking, 20% of respondents said yes to the habit, a number considerably higher than those observed in DF and Brazil. It was also observed lower prevalence of physical activity compared with DF population.

In relation to hypertension, 18.44% reported a diagnosis of the disease, fewer than those for the DF and Brazil. The percentage of diabetics was 5.32% of the population interviewed, more than in the DF, but less than the percentage of Brazil.

**Conclusion:** Population surveys are important sources of health information in a variety of methodologies (home interviews, by telephone, self-applied questionnaires), and therefore a growing need to understand and explore these tools. Despite the biases, saved the necessary particulars, analysis and interpretation of various determinants allowed obtaining health situation as well as the developing of preventive and health policies better embased.

**Key words:** Health Promotion; Health Profile; Risk.

## Introdução

A Estrutural é a segunda maior área de invasão do DF, marcada por problemas sociais, econômicos, ambientais, políticos e de saúde pública. Este último é agravado por situações como habitações precárias, carências nutricionais, vícios e doenças crônicas. Aliado a tudo isso, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e educacionais adequados contribuem para que medidas de proteção e prevenção não sejam adotadas.

Diante dessa realidade, a promoção de saúde torna-se ainda mais fundamental. Trata-se de um conceito surgido no Canadá na década de 70, como opção teórica e prática para o enfrentamento da ampla gama de problemas que afetam a saúde humana. Enfatiza-se a necessidade de mesclar os múltiplos determinantes de saúde – ambientais, fatores genéticos, serviços de

saúde e estilo de vida – com intervenções e fontes de apoio.<sup>1</sup> A promoção de saúde difere-se, então, da prevenção de doenças, acidentes e do tratamento dos mesmos, surgindo como uma terceira estratégia no âmbito da saúde.<sup>2</sup>

Sustenta-se, portanto, na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação, habitação e saneamento, condições apropriadas de trabalho e renda, oportunidades de educação, ambiente físico limpo, estilo de vida responsável e cuidados com a saúde.<sup>1</sup> Tem-se daí a perspectiva do “empoderamento”, entendido como a ampliação das possibilidades de controle, pelo indivíduo ou sociedade, dos aspectos significantes relacionados à sua saúde.<sup>3,4</sup>

Diante da riqueza de possibilidades a serem trabalhadas, sob o ponto de vista da

promoção de saúde, em uma comunidade como a da cidade Estrutural, é necessário, inicialmente, o conhecimento da situação de saúde da região, evidenciando a prevalência de comportamentos de risco e doenças crônicas não transmissíveis na população local.

O risco é definido, segundo a epidemiologia, como a probabilidade de ocorrência de uma doença ou de qualquer condição relacionada à saúde, em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado.<sup>3</sup> Sendo assim, as iniquidades em saúde ultrapassam o plano abstrato e podem ser mensuradas e representadas pelos diferenciais no risco de adoecer; melhores níveis de saúde são alcançados em certos grupos sociais, em determinado momento, e tornam-se um limite que poderia ser universalizado caso a sociedade fosse mais igualitária.<sup>3,4</sup>

Tem-se verificado que a distribuição das doenças e dos fatores e comportamentos de risco na população é a expressão de uma realidade socialmente determinada. Portanto, é de fundamental importância o conhecimento da sua magnitude para o planejamento e avaliação de programas voltados para a promoção de saúde.<sup>4</sup>

Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis tem se destacado como as principais causas de morbimortalidade no mundo.<sup>5</sup> Apesar dessa importância e da crescente atenção que obtiveram, esses dados ainda exigem estudos, especialmente em regiões de menor poder socioeconômico.<sup>4,5</sup> Destacam-se, nesse sentido, estudos realizados nas principais cidades brasileiras; contudo, em locais como a Estrutural, ainda se esbarra na ausência de dados consistentes acerca dessas variáveis.

Tais razões motivaram a realização de um estudo que possibilitasse a análise da situação de saúde na cidade Estrutural. Para

tal, foi desenvolvido um questionário de risco referido, aplicado pelos autores em uma amostra da população aleatoriamente selecionada. Os resultados foram introduzidos em um banco de dados para determinação das prevalências dos comportamentos de risco e doenças crônicas não transmissíveis.

## Métodos

Objetivou-se estimar a prevalência de comportamentos de risco, bem como a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus auto referidos na população da cidade Estrutural, no Distrito Federal. A partir dos dados coletados, em comparação com estudos disponíveis na literatura, traçar um perfil de saúde da região.

A utilização de metodologia baseada na auto-referência foi escolhida pela existência na literatura de estudos validando sua eficácia, bem como por sua simplicidade.

Estudo observacional e analítico, com amostragem aleatória, proporcional à população das quadras da cidade Estrutural segundo o censo de 2010. Excetuando-se os estabelecimentos comerciais e desabitados, iniciou-se a pesquisa pela primeira residência da rua, e as demais foram obtidas, sistematicamente, contando-se cinco domicílios no sentido horário.

Para enquadrar-se nos critérios de inclusão, o indivíduo deveria ter idade igual ou superior a 18 anos na data da aplicação do questionário e residir naquele domicílio. Em casos de recusa à entrevista não foi feita segunda tentativa, e a pesquisa prosseguiu, mantendo a sistemática exposta acima.

Os dados foram coletados em visita domiciliar, estando os pesquisadores devidamente identificados. O questionário continha questões referentes à dados pessoais, condições socioeconômicas, tabagismo, atividade física, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

O sigilo dos entrevistados foi garantido e a autorização, por escrito, obtida por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O processamento e a análise dos dados foram realizados por meio do programa EPI INFO.

## Resultados

Foram aplicados 282 questionários de risco referido, em 138 domicílios, abrangendo todas as quadras da cidade Estrutural.

Houve predomínio do sexo feminino entre os entrevistados (66,7%), sendo a faixa etária prevalente de 25 a 44 anos, e significativa maioria da população com oito anos ou menos de escolaridade. As características sócio demográficas da população do estudo são mostradas na Tabela 1.

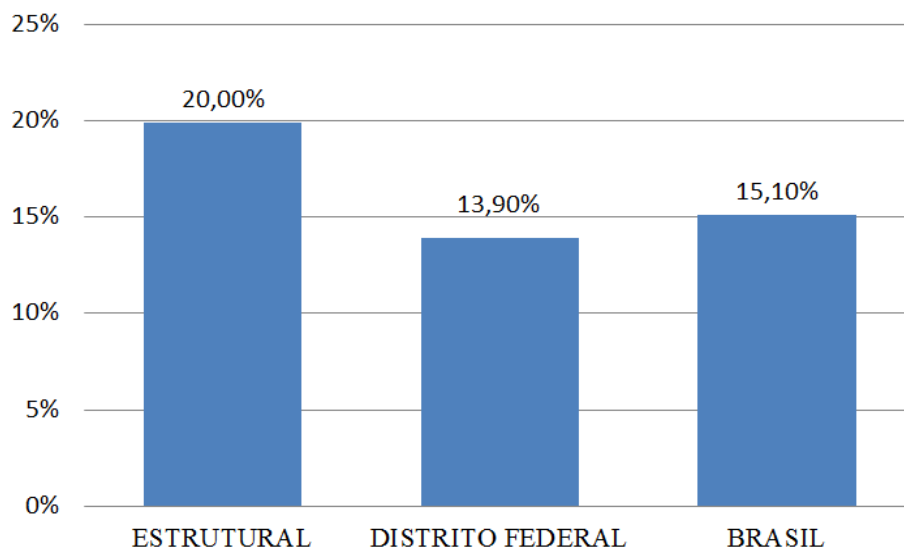
**TABELA 1. Percentual da população adulta ( $\geq 18$  anos), segundo características sócio-demográficas.**

VARIÁVEIS	n	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	94	33,30%
Feminino	188	66,70%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
18 a 24 anos	51	18,09%
25 a 34 anos	84	29,79%
35 a 44 anos	79	28,01%
45 a 54 anos	39	13,83%
55 a 64 anos	22	7,80%
65 e mais	7	2,48%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
0 a 8 anos	146	51,77%
9 a 12 anos	72	25,53%
12 anos ou mais	13	4,61%
Indeterminado	51	18,09%

Foram considerados tabagistas todos aqueles que responderam afirmativamente à questão “o(a) senhor(a) fuma?”, independente de quantidade, frequência ou duração do hábito; 20% dos entrevistados responderam que sim. Abaixo são apresentados os valores

encontrados na Estrutural e no VIGITEL para o Distrito Federal e Brasil (Gráfico 1).

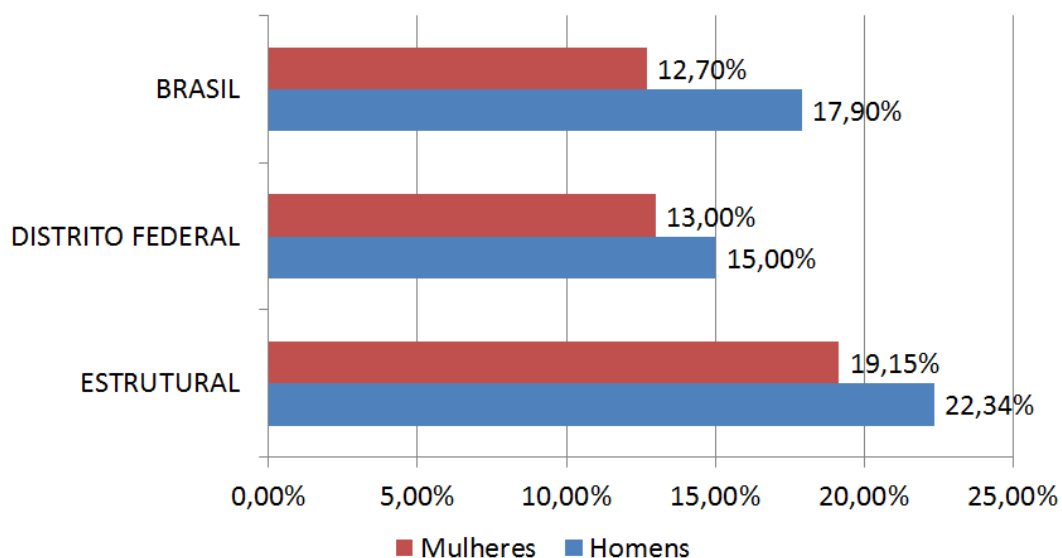
Analisando-se por gênero, 22,34% dos homens e 19,15% das mulheres são tabagistas, representada no Gráfico 2.



\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 1. Percentual de adultos (≥18 anos) fumantes na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***



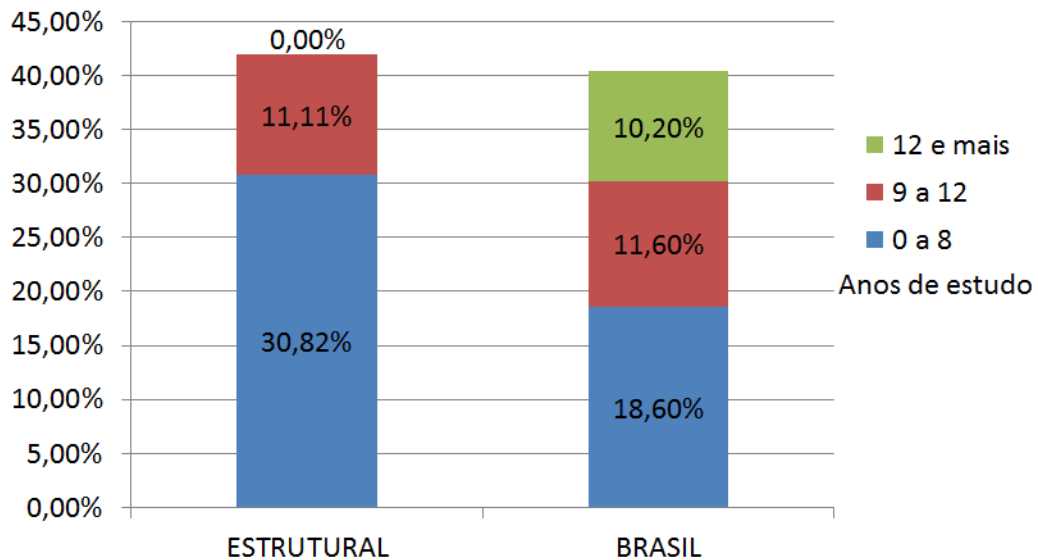
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 2. Percentual de homens e mulheres (≥18 anos) fumantes na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

O nível de escolaridade também se faz importante para a análise, ocorrendo na Estrutural o mesmo padrão de maior prevalência de tabagistas entre aqueles com menor instrução. Contudo, o percentual de fumantes naqueles com 9 anos ou mais de

estudo foi menor na Estrutural, quando comparado ao Brasil; entre a população com 8 anos ou menos de escolaridade, o número de tabagistas superou em muito os valores brasileiros (Gráfico 3).

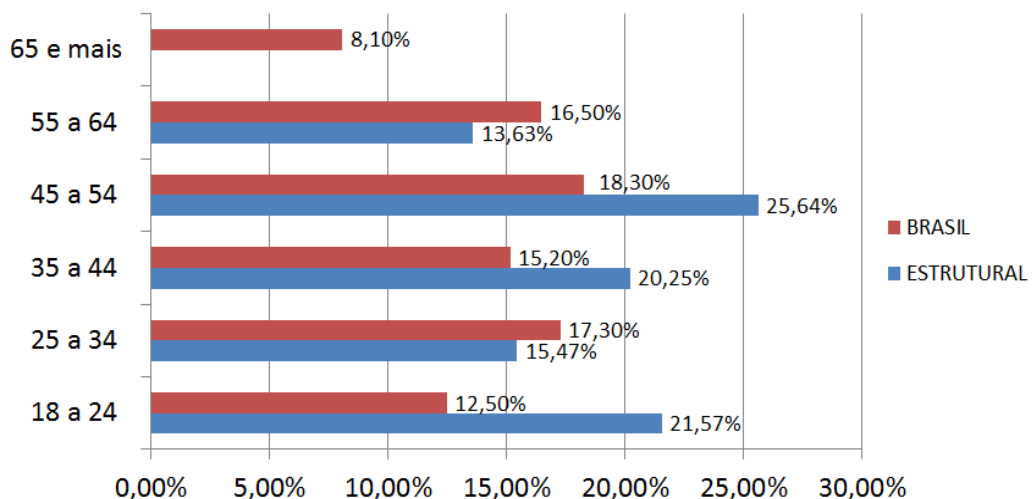


\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.  
 \*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 3. Percentual de fumantes ( $\geq 18$  anos) segundo o nível de escolaridade na população da Estrutural\* e no Brasil\*\***

Em relação à faixa etária, tanto na Estrutural quanto no Brasil, o maior percentual de tabagistas ocorreu entre aqueles com 45 a 54 anos, sendo esse grupo significativamente maior na Estrutural. Como mostrado no Gráfico 4, destaca-se também a grande prevalência de fumantes entre os

jovens de 18 a 24 anos, sendo essa faixa etária a segunda maior em número de tabagistas, na Estrutural; no Brasil, no entanto, esse comportamento não é observado. Naqueles com 65 anos ou mais, o percentual encontrado na Estrutural foi menor, com 0%, em comparação a 8,1% na população brasileira.

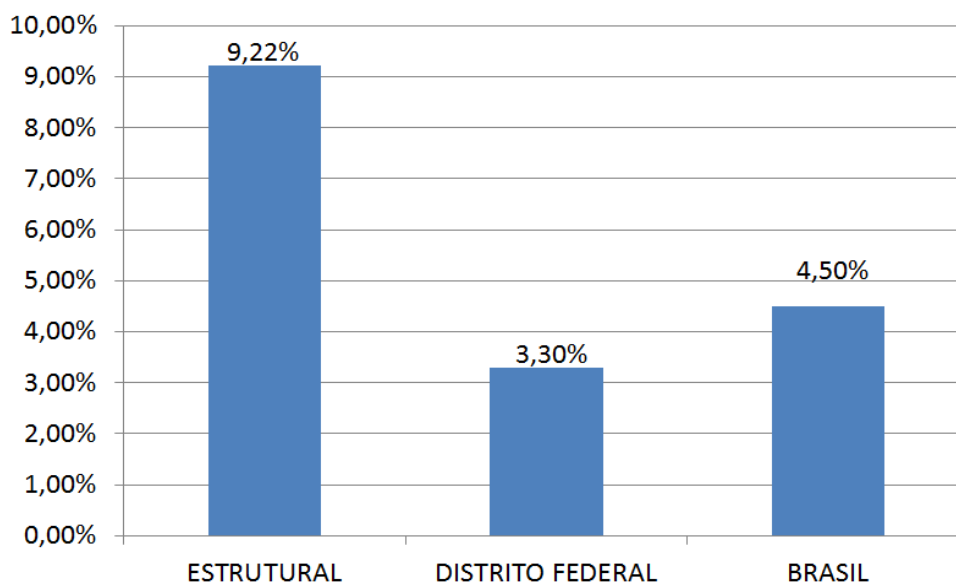


\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.  
 \*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 4. Percentual de fumantes ( $\geq 18$  anos) por faixa etária na população da Estrutural\* e do Brasil\*\***

O percentual daqueles que fumam 20 ou mais cigarros por dia também superou de maneira importante os valores da população do Distrito Federal e Brasil, com 9,22% (Gráfico 5).

O critério utilizado para a atividade física foi a sua prática com duração de 30 minutos diários, quando leve ou moderada, em cinco ou mais dias da semana, ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física vigorosa em três ou mais dias da semana.



\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 5. Percentual de adultos (≥18 anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

Aqui não foi discriminado o momento da prática, podendo esta ser realizada no tempo livre ou durante o deslocamento, sendo necessário apenas que se enquadrasse nos critérios expostos acima. Para fins de comparação, onde se tem tal discriminação,

foram usados os valores correspondentes a ambos os períodos. Observou-se na Estrutural, menor prevalência do hábito em comparação com a população do Distrito Federal (Tabela 2).

**TABELA 2. Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividade física no tempo livre ou deslocamento na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE OU DESLOCAMENTO	%
ESTRUTURAL	26,00%
DISTRITO FEDERAL	34,40%

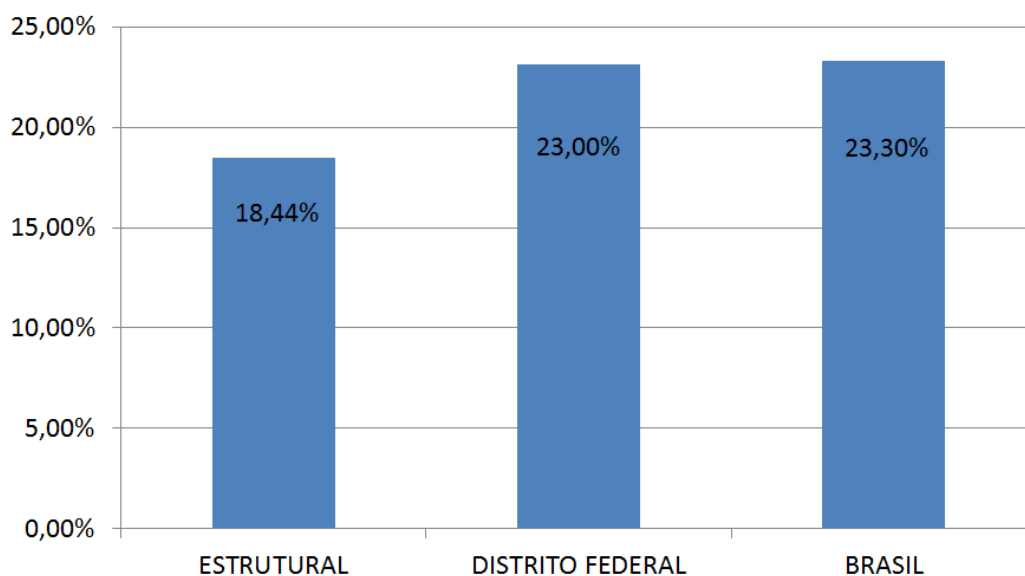
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

Foram considerados hipertensos todos aqueles que responderam afirmativamente à questão “o senhor(a) possui diagnóstico médico de HAS?”; 18,44% referiram o diagnóstico da doença, número inferior àqueles para o Distrito Federal e Brasil (Gráfico 6).

Estudos semelhantes já foram realizados, em relação à variável HAS, o que possibilita expandir as comparações. Francisco et al, com o objetivo de contrapor

os dados obtidos por meio de inquérito telefônico e domiciliar, encontrou a prevalência de 18,6% de hipertensos na população de Campinas – SP, em 2008; a ferramenta utilizada para a coleta de dados foi o ISACamp, programa desenhado para a avaliação do perfil de saúde, estilo de vida e acesso a serviços de assistência em saúde, cuja metodologia baseou-se no inquérito domiciliar, em indivíduos com 18 anos ou mais, não institucionalizados.<sup>8</sup>



\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

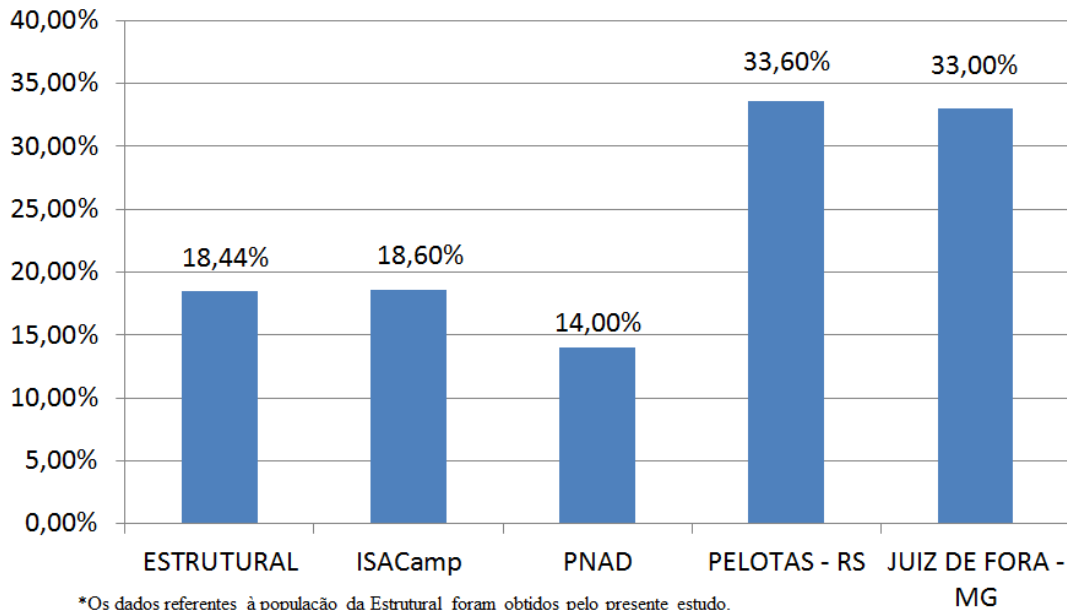
**GRÁFICO 6. Percentual de adultos (≥18 anos) que referem diagnóstico médico de HAS na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

Os valores obtidos na Estrutural aproximaram-se bastante dos obtidos no ISACamp<sup>8</sup>, com diferença de 0,16% apenas.

A Pesquisa Nacional por Amostras de domicílios, PNAD, encontrou, para o ano de 2008, a prevalência de 14% de hipertensos na população brasileira, valor inferior àquele exposto pelas demais pesquisas, mesmo as

realizadas no mesmo ano.<sup>9</sup> Chrestani et AL<sup>5</sup>, por sua vez, em 2009, em Pelotas – RS, constatou a auto referência de HAS em 33,6% dos entrevistados em seus domicílios, com 20 anos ou mais de idade.<sup>5</sup> Bittencourt RJ et AL<sup>8</sup>, encontrou prevalência similar, 33%, em Juiz de Fora – MG, em 2004 (Gráfico 7).<sup>8</sup>





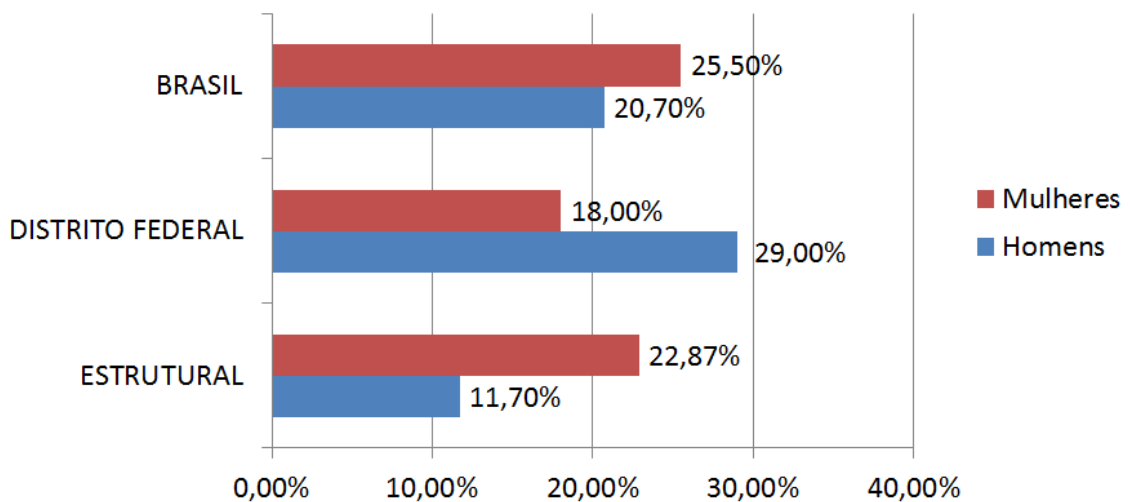
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* O estudo que fornece tais dados é citado no corpo do artigo e nas referências bibliográficas.

**GRÁFICO 7. Comparação da prevalência do diagnóstico de HAS na população da Estrutural\* com estudos como o ISACamp\*\*, PNAD\*\*, Pelotas-RS\*\* e Juiz de Fora - MG\*\***

Em relação ao gênero, a Estrutural apresentou forte maioria de hipertensos do sexo feminino, tendência apresentada também na população brasileira. No DF, no entanto, houve comportamento inverso; de qualquer

forma, os valores mostrados para a Estrutural são menores, em relação ao Distrito Federal e Brasil, excetuando-se apenas o maior percentual de hipertensas na Estrutural do que no DF (Gráfico 8).



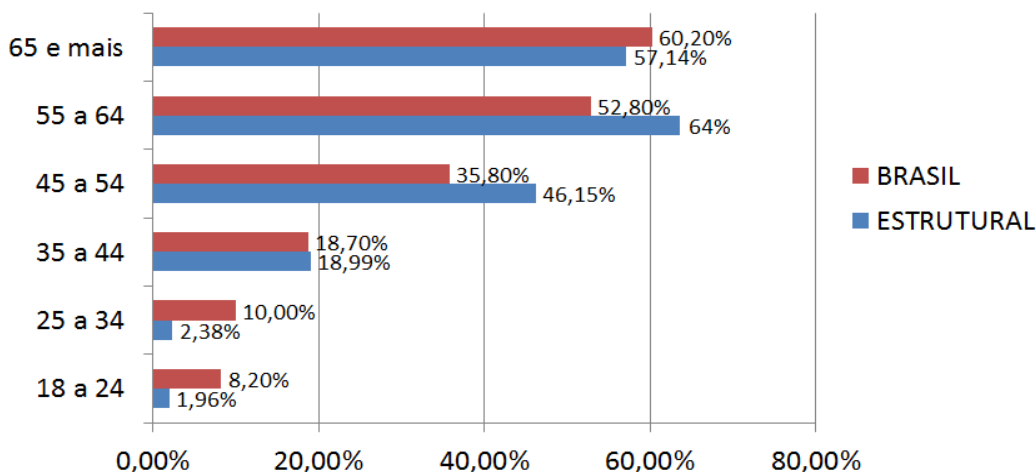
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 8. Percentual de homens e mulheres (≥18 anos) hipertensos na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

Analisando-se a faixa etária, os indivíduos entre 55 e 64 anos são os mais atingidos pela HAS na Estrutural, enquanto no Brasil, são aqueles com 65 anos ou mais. No gráfico 9, observa-se que entre aqueles

com 45 e 64 anos, a prevalência de HAS foi maior na Estrutural, enquanto entre os mais jovens, a situação foi inversa, com percentual significativamente menor de hipertensos entre 18 e 34 anos.



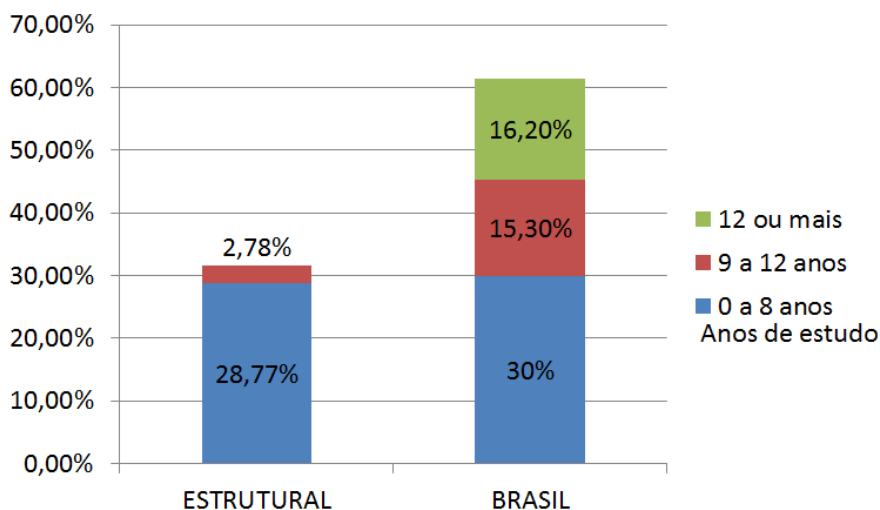
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 9. Percentual de hipertensos (≥ 18 anos) por faixa etária na população da Estrutural\* e do Brasil\*\***

Considerando-se o nível de escolaridade, na Estrutural, 28,77% daqueles com 0 a 8 anos de escolaridade são hipertensos, enquanto entre os com 9 a 12 anos de estudo esse número cai para 2,78%, e para 0% quando considerados aqueles com 12 anos ou mais de instrução. Os valores

brasileiros são semelhantes para o grupo com menor escolaridade, mas diferem substancialmente se comparados indivíduos com 9 anos ou mais de instrução, quando os percentuais encontrados na Estrutural são significativamente menores (Gráfico 10).



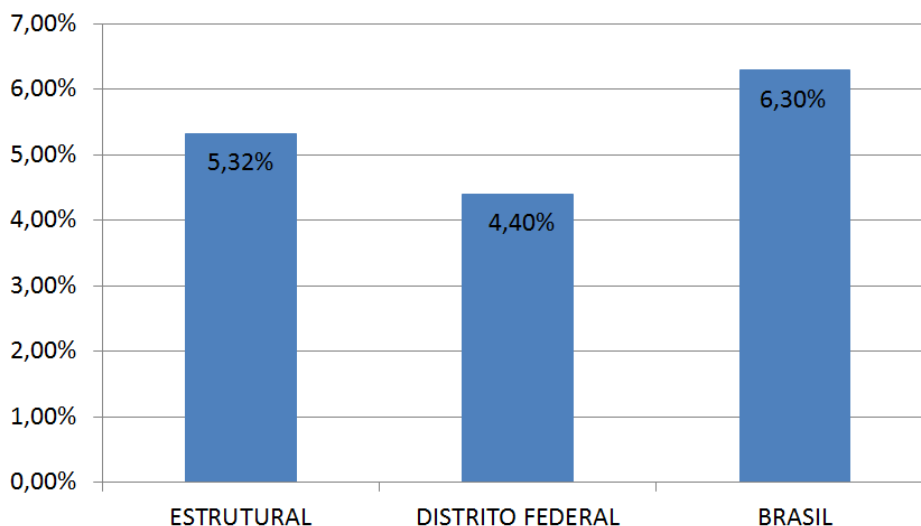
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 10. Percentual de hipertensos (≥18 anos) segundo o nível de escolaridade na população da Estrutural\* e no Brasil\*\***

Foram considerados diabéticos aqueles que responderam sim à questão “o senhor(a) possui diagnóstico médico de diabetes mellitus?”, sendo esse valor igual a 5,32% da

população entrevistada, na Estrutural. Em comparação ao Distrito Federal, esse número é superior, enquanto se comparado ao percentual brasileiro, é menor (Gráfico 11).

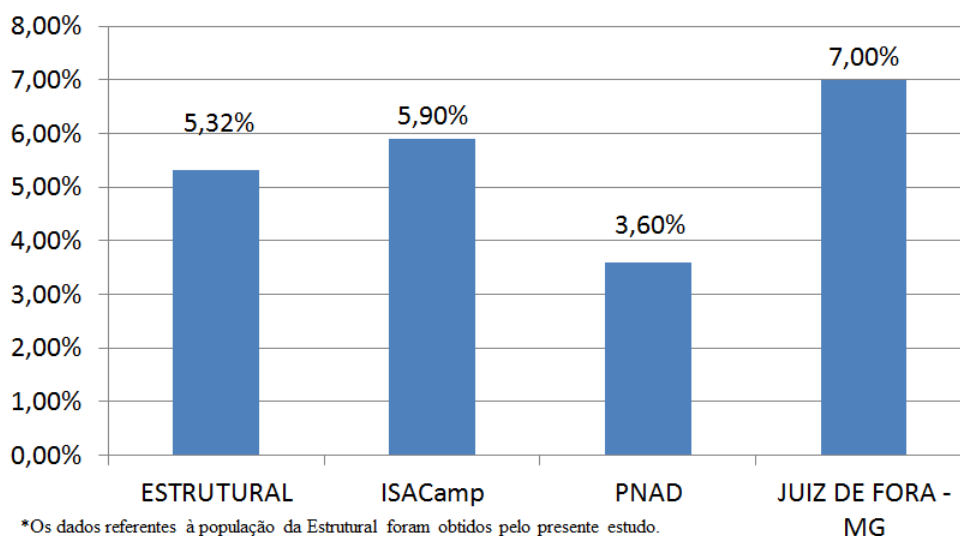


\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.  
\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 11. Percentual de adultos (≥18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes mellitus na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***

Assim como para HAS, a contraposição de dados pode ser ampliada, visto que os mesmos estudos apresentados anteriormente também consideraram essa variável para fins de análise. Percebe-se aqui,

que a auto referência de DM, na Estrutural, foi menor do que aquela encontrada pelo ISACamp<sup>8</sup> e em Juiz de Fora<sup>6</sup> superando apenas os valores obtidos pelo PNAD 2008<sup>9</sup> (Gráfico 12).

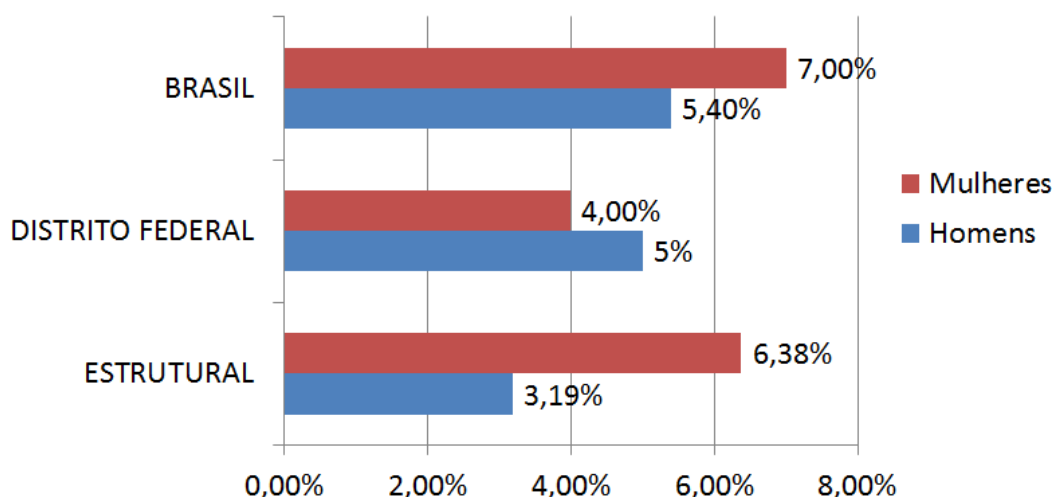


\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.  
\*\* O estudo que fornece tais dados é citado no corpo do artigo e nas referências bibliográficas.

**GRÁFICO 12. Comparação da prevalência do diagnóstico de DM na população da Estrutural\* com estudos como o ISACamp\*\*, PNAD\*\* e Juiz de Fora – MG\*\***

Considerando-se o gênero, o percentual de mulheres que referiram ser diabéticas, na Estrutural, foi substancialmente maior que o do sexo masculino, correspondendo ao dobro. Como visto no gráfico 13, esse padrão é seguido pela população brasileira, enquanto no DF observa-se o contrário.

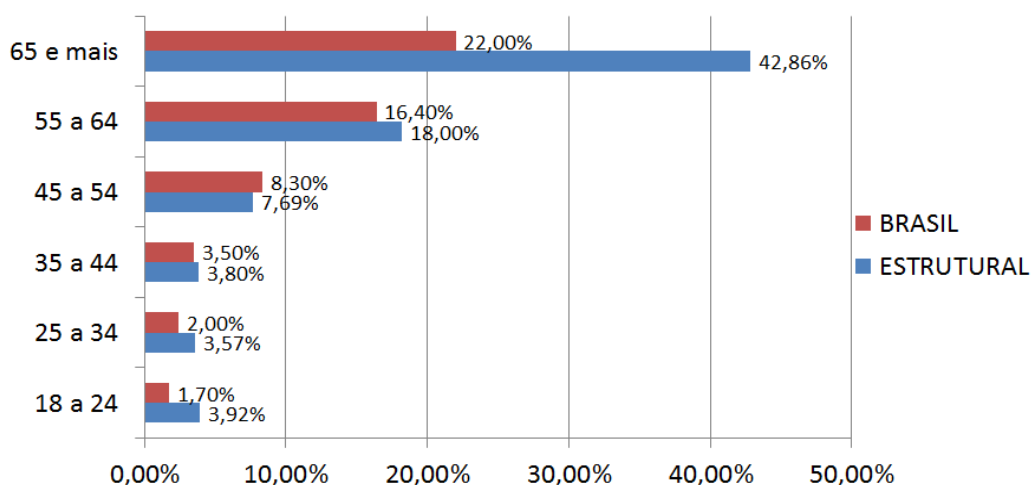
Em relação à faixa etária, ocorre significativa prevalência da morbidade entre aqueles com 65 anos ou mais, sendo o valor observado na Estrutural maior que aquele visto no Brasil; ressalta-se também a maior prevalência de DM na Estrutural, em todos os grupos etários, com exceção daqueles entre 45 a 54 anos (Gráfico 14).



\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Distrito Federal e Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 13. Percentual de homens e mulheres (≥18 anos) diabéticos na população da Estrutural\*, DF e Brasil\*\***



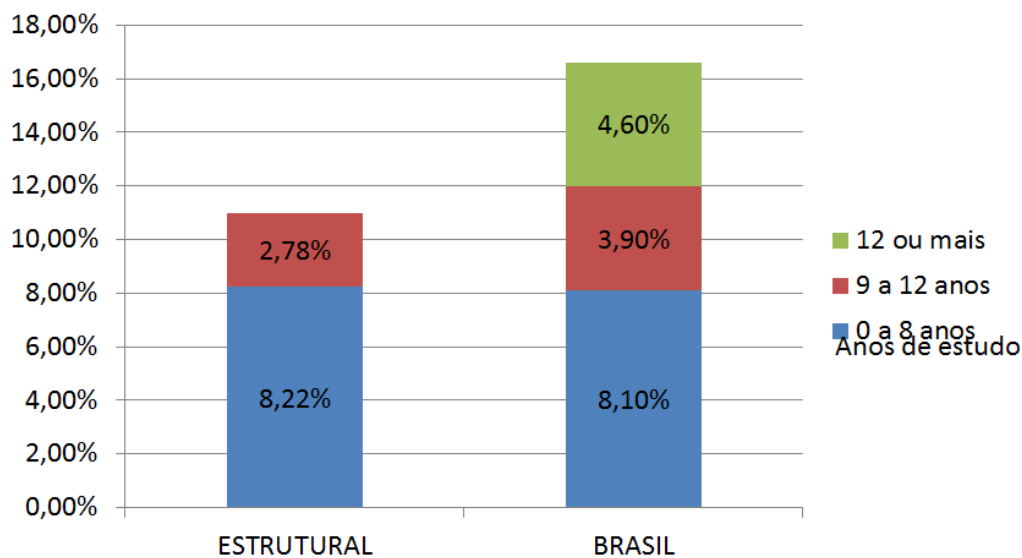
\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 14. Percentual de diabéticos (≥ 18 anos) por faixa etária na população da Estrutural\* e do Brasil\*\***

Comportamento semelhante ao visto para HAS é observado para DM, onde a prevalência daqueles que referem o diagnóstico é semelhante aos valores brasileiros para aqueles com menor

escolaridade (0 a 8 anos), diminuindo substancialmente, na população da Estrutural, quando comparados os grupos com maior nível de instrução (Gráfico 15).



\*Os dados referentes à população da Estrutural foram obtidos pelo presente estudo.

\*\* Os dados referentes à população do Brasil foram obtidos pelo VIGITEL 2010.

**GRÁFICO 15. Percentual de diabéticos (≥18 anos) segundo o nível de escolaridade na população da Estrutural\* e no Brasil\*\***

## Discussão

Pesquisas populacionais são importantes fontes de informações para as condições de saúde, em seus mais variados desenhos metodológicos (entrevistas domiciliares, por telefone, questionários auto aplicados), e por isso, a crescente necessidade de conhecer e explorar tais ferramentas.<sup>8,9</sup> Há quem diga que a entrevista pessoal é o melhor método, e há quem discorde, e talvez por isso, a comparação e o somatório de metodologias seja a melhor opção.

A estratégia de utilizar um questionário de risco referido possui limitações, mas já foi validada em estudos, que demonstraram sua sensibilidade representativa para pesquisa de variáveis em saúde. Bittencourt et al demonstraram a sensibilidade de 80,9% na utilização de inquérito de risco referido para a avaliação de doença arterial coronariana em pesquisa

realizada em Juiz de Fora – estado de Minas Gerais.<sup>6</sup> Chrestani et al, em estudo efetuado em Pelotas – estado do Rio Grande do Sul, detectou sensibilidade de 84,3% e especificidade de 87,5% para a prevalência de HAS auto-referida.<sup>5</sup>

A comparação com outros estudos disponíveis na literatura foi possível por suas metodologias semelhantes, embora objetivos, anos e características amostrais diferentes representem vieses.<sup>8</sup> Contudo, guardadas as devidas particularidades, a análise e interpretação de vários determinantes possibilita a obtenção da situação de saúde, de modo a permitir a estruturação de ações e políticas de saúde melhor embasadas e eficazes para o cenário em questão.

Nesse contexto, destaca-se o VIGITEL (sistema de Vigilância de Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico) do Ministério da Saúde, estudo

que possui metodologia semelhante e dados atualizados, o que possibilita alcançar o objetivo do presente estudo. Trata-se de uma iniciativa surgida em 2006, implantada em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, que em conjunto com outros programas e iniciativas, permite ampliação do conhecimento a cerca das doenças crônicas.<sup>7</sup>

Francisco PMSB et al demonstrou em estudo comparativo entre inquéritos baseados em auto referência aplicados em domicílio e por telefone, em Campinas – SP, que apesar de certas limitações para a perfeita comparação metodológica, ambas as ferramentas apresentam resultados similares.<sup>8</sup>

Desse modo, verificou-se na Estrutural uma maior prevalência de comportamentos de risco, representados pela maior parcela de tabagistas e sedentários na população. Entre os entrevistados, 20% responderam afirmativamente ao questionamento sobre tabagismo, número consideravelmente superior aos verificados no Distrito Federal e no Brasil. No Gráfico 1, são apresentados os valores encontrados na Estrutural e no VIGITEL para o Distrito Federal e Brasil. Analisando-se por gênero, 22,34% dos homens e 19,15% das mulheres são tabagistas, ambos superando bastante os valores encontrados tanto no Distrito Federal como no Brasil. A tendência de maior consumo de cigarros pelo sexo masculino, no entanto, foi mantida (Gráfico 2). Observou-se menor prevalência da prática de atividade física em comparação com a população do Distrito Federal (Tabela 2).

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis analisadas, HAS e DM, os valores encontrados foram próximos àqueles obtidos em estudos de traçado semelhante, com prevalências até menores, em algumas situações.

As variáveis sócio-demográficas e sua relação com os comportamentos de risco e

doenças crônicas não transmissíveis também traduzem muito a cerca da dinâmica da população estudada. Ressalta-se o papel da educação no processo de “empoderamento” e promoção de saúde, fato evidenciado pelo maior acometimento daqueles com menor nível de escolaridade.

Faz-se necessários inúmeros questionamentos em relação aos dados obtidos, especialmente ao se considerar os problemas sociais, econômicos e de acesso à saúde, existentes na região. Esbarra-se aqui, no fato de que a referência dos problemas em saúde está intimamente relacionada à percepção de sinais e sintomas, acesso a serviços de saúde e exames diagnósticos, bem como à qualidade das informações cedidas pelos profissionais de saúde.<sup>8</sup>

Desse modo, esse estudo faz-se importante pela necessidade de caracterizar e divulgar à população da Estrutural suas reais condições de saúde, o que para a comunidade em tela é fundamental para o seu “empoderamento”. Para Barros MBA et al, pesquisas como essa são importantes para validar instrumentos, e a metodologia deve ser escolhida segundo a intenção do estudo, e dessa forma, o inquérito domiciliar atendeu às expectativas de não apenas obter dados, mas também estabelecer vínculo com a comunidade.<sup>10</sup>

## Conclusão

Concluiu-se que há precariedade da saúde da Estrutural, representada por maior prevalência de comportamentos de risco nesta população. A metodologia utilizada ainda evidencia a importância do nível educacional no “empoderamento” de uma população, outro fator precário na amostra estudada. O trabalho servirá de base para possíveis planejamentos e projetos na área de prevenção e promoção da saúde, para a melhoria das condições da Estrutural.

## Referências

1. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. *Rev. Saúde Pública.* 1997; 31(2):209-213.
2. Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Coletiva.* 2009; 19(3): 679-694.
3. Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev. Panam. Saúde Pública.* 2002; 12(6):375-383.
4. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira, ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C, et al. Fatores de Risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil) . Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública.* 1990; 24(1):277-285.
5. Chrestani AMD, Santos IS, Matijasevich A. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(11): 2395- 2406.
6. Bittencourt RJ, Chaves SR, Amado RC, Mendonça VF, Oliveira FJF, Antunes CMF. Validação de inquérito de risco referido para a vigilância em saúde de fatores de risco de doença arterial coronariana em servidores públicos estaduais de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3): 761-770.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* [acesso em 16 jun 2012]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf)
8. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Cesar CLG, Malta DC. Comparação de estimativas para o autorrelato de condições crônicas entre inquérito domiciliar e telefônico- Campinas (SP) , Brasil. *Ver. Brasileira de Epidemiologia.* 2011; 14(3):5-15.
9. Nelson DE, Powell-Griner E, Town M, Kovar MG. A comparison of national estimates from the National Health Interview Survey and the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Public Health.* 2003; 93(8):1335-41.
10. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(2): 27-37.