

KARINE ANUSCA MARTINS

**PERFIL DE CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES TABAGISTAS
EM TRATAMENTO, NA CIDADE DE GOIÂNIA, EM 2006**

GOIÂNIA, 2006

KARINE ANUSCA MARTINS

**PERFIL DE CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES TABAGISTAS
EM TRATAMENTO, NA CIDADE DE GOIÂNIA, EM 2006**

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

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

GOIÂNIA, 2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Martins, Karine Anusca.

M386p Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006 / Karine Anusca Martins. – Goiânia, 2006. xii,126f. : il., figs., qds., tabs.

Orientadora : Nélide A. Schmid Fornés.

Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro - Oeste – UFG - UnB-UFMS, 2006.

Bibliografia: f. 117-126.

Inclui listas de figuras, quadros, tabelas, abreviaturas e siglas.

Apêndices e anexos.

1. Fumo – Vício - Tratamento – Goiânia (GO) 2. Tabagismo – Alimentos - Consumo 3. Tabagismo –Comportamento alimentar 4. Tabagismo – Inquéritos nutricionais I. Fornés, Nélide A. Schmid II. Universidade Federal de Goiás. III. Universidade de Brasília IV. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul V. Título.

CDU:613.84(817.3)

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): KARINE ANUSCA MARTINS

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

Membros:

1. Prof(a) Dr(a) MARIA ALVES BARBOSA

2. Prof(a) Dr(a) MARIA CLARET COSTA MONTEIRO HADLER

3. Prof(a) Dr(a) IDA HELENA CARVALHO F. MENEZES

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

Data: 15/12/2006.

"O temor ao Senhor é o começo da sabedoria;
sábios são aqueles que o adoram.
Sua glória subsiste eternamente".
Salmos 110, 10.

Ao nosso **Deus que é Pai, Filho e Espírito Santo**
que me concedeu a oportunidade de finalizar mais
uma etapa em minha vida profissional, o meu:
MUITO OBRIGADA!!

A **Maria Santíssima** minha mãe maior
pela intercessão e benção, o meu
sincero agradecimento!!

Dedico esse trabalho a todos aqueles
(familiares e amigos)
que de uma forma ou outra
participaram do meu crescimento
e amadurecimento profissional e pessoal...

... em especial...

... à minha mãe Analice Maria Pereira

Mulher de fibra, garra e determinação (a quem tanto amo)
que tem me ensinado que tudo é possível
para aquele que “vai atrás”
e batalha em prol do sucesso,
pela paciência, amor e dedicação

... ao meu pai Wilmar , à mana Karla
e meus amores (Léo, E. Filho e Rapha)

Que mesmo de longe creio que torcem por mim a todo o momento

... ao mano Júnior , à cunhada Deila e
aos amados Nicole e Pedro Lucas

Enfim,

toda minha família
(avô e avó, tios e tias, padrinhos e madrinhas,
primos e primas, afilhados e afilhadas, padastro,
algumas amigas que já fazem parte da família)
que tanto amo e
que sempre tem me
apoiado em tudo que precisei...

...e é claro, minha amiga e companheira
de mestrado (Angelita),
ao seu marido (Marcelo)
pelas valiosas sugestões
e minhas “sobrinhas de coração”
(Mel e Lalá) pela dedicação e carinho!!

Tudo por Jesus, Nada sem Maria!!!

“Se alguém de vós necessita de sabedoria, peça-a da Deus –
Que a todos dá liberalmente, com simplicidade e sem recriminação
– e ser-lhe-á dada”.

Tiago 1, 5

“A **sabedoria** mostra a nobreza de sua origem
em conviver com Deus”...

“Se alguém ama a justiça,
seus trabalhos são virtudes;
ela ensina a temperança e a prudência,
a justiça e a força;
não há ninguém que seja mais útil aos homens na vida”.

“Se alguém deseja uma vasta ciência,
ela sabe o passado e conjetura o futuro;
conhece as sutilezas oratórias e revolve os enigmas;
prevê os sinais e prodígios,
e o que tem que acontecer no decurso das idades e dos tempos”.

“Meditando comigo mesmo em meus pensamentos,
e considerando em meu coração
que a imortalidade se encontra na aliança com a sabedoria,
a alegria perfeita na sua amizade,
contínua riqueza na sua atividade,
Inteligência nas lições de seus entretenimentos familiares,
e glória na comunicação de suas sentenças,
saí à sua procura a fim de possuí-la em mim”...

Sabedoria 8, 3-18

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a. Nélida A. Schmid Fornés pela orientação, compreensão e oportunidade de realização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho da Divisão de Doenças Crônicas, do Distrito Sanitário Meia Ponte, de toda a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e a todos os pacientes dos grupos de controle do tabagismo que muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

À nutricionista Layana Vieira Cunha a quem faço “menção honrosa” por tanto apoio, dedicação, cuidado, auxílio desde a coleta e entrada de dados, bem como em todos os momentos que necessitei antes e durante a realização deste trabalho.

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

Às amigas (“nutri” e irmãs de coração): Carla Cristina, Claudimar de Jesus, Fernanda Beraldo, Ivana Chaves, Lucilene Maria, Marinez Ferreira, Rejane Martins e Veruska Prado que sempre que precisei de algum apoio técnico como localização de algumas referências bibliográficas, livros para pesquisa, além de outros materiais, a revisão de ortografia (Carla) e a revisão do inglês (Mariana, irmã da Ivana), bem como o apoio moral necessário, elas estavam à disposição. “Brigadim”!!!

À amiga e colega de trabalho Janice Rodrigues que “segurou as pontas” nos momentos de minha ausência na reta final do mestrado.

À amiga e irmã de coração Valéria Guedes que tem torcido muito pela minha “vitória” em mais essa etapa da vida.

Ao amigo nutricionista Leandro Araújo por me avisar da oportunidade de seleção do mestrado nessa tão renomada instituição.

Às professoras Maria Alves (em especial), Adélia, Adenícia com quem tanto aprendi, durante e após as aulas, sobre o processo do cuidar, do ensino e da aprendizagem, da bioética, dos novos paradigmas, nas disciplinas oferecidas no mestrado da Faculdade de Enfermagem.

Aos professores das disciplinas de pós-graduação: Celmo, Marco Túlio, Joaquim Tomé, Marise Amaral, Maria Márcia Bachion, Luciane, Paulo César, Ana Luiza, Marcelo Medeiros, entre outros, pelas dicas, sugestões e todo o conhecimento que proporcionaram durante o curso.

Às professoras da Faculdade de Nutrição Maria Claret e Ida Helena por aceitarem fazer parte da banca examinadora e por me apoiar nesse momento tão especial em minha vida (em especial pelo apoio nas análises estatísticas). À professora Márcia Sacchi (Marcinha) pelo incentivo. À professora Mara Reis que me auxiliou com sugestões valiosas e empréstimo de materiais científicos.

À amiga e colega de trabalho e do mestrado Angelita Evaristo pela paciência, amizade, compreensão, apoio, força, dedicação e companhia.

RESUMO

MARTINS, K. A. **Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Goiânia, em 2006.** [Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, convênio Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS)].

As alterações que o consumo de cigarros pode provocar na ingestão de alimentos têm sido alvo de inúmeros questionamentos, visto que alguns estudos experimentais mostram que a nicotina e a exposição à fumaça do cigarro podem levar a diminuição do consumo alimentar e à perda de peso. O objetivo do presente estudo foi identificar o consumo alimentar dos participantes da “Abordagem Intensiva aos Fumantes” do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em 2006. Estudo transversal, de caráter descritivo, realizado com 140 pacientes adultos tabagistas (fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes). Realizou-se um levantamento com informações referentes às características socioeconômica e demográfica (sexo, idade, estado civil ou situação conjugal, procedência, escolaridade, renda), do hábito tabagístico (tempo de uso do tabaco; o tipo de cigarro; o grau de dependência à nicotina; o número de cigarros/dia e de tentativas para deixar de fumar; os fatores causadores da vontade de fumar; o método utilizado para cessação do hábito; recaída ou lapso e utilização de medicamentos) e antecedentes pessoais e familiares. Utilizou-se o método de frequência retrospectiva (dos últimos seis meses) de consumo de alimentos, mediante um questionário de frequência de consumo alimentar validado, para a coleta de informações sobre o hábito alimentar. A tabulação e análise de dados foram realizadas em programa Excel 2003 e SPSS 8,0, respectivamente. Utilizou-se na análise dos dados o Teste Exato de Fisher, Teste “t” e o coeficiente de correlação de Pearson. A amostra utilizada foi representativa (68,3%) em relação ao número total de pacientes participantes do PMCT. Mais de 85% da população estudada fumava a mais de 20 anos, confirmando o início precoce do hábito tabagístico, entre 7 e 14 anos de idade; 42% apresentou grau de dependência a nicotina elevado e/ou muito elevado; 15% dos pacientes já haviam parado de fumar e a maioria, dentre aqueles que ainda não conseguiram, apresentou redução do número de cigarros fumados/dia. Os alimentos consumidos com maior frequência em cada um dos grupos estudados foram: óleo vegetal, sal, arroz, café, feijão, açúcar, tomate, pão francês, leite integral líquido, limão, refresco de fruta com açúcar, bife bovino e cerveja (entre as bebidas alcoólicas), os quais definiram o padrão alimentar. Os participantes atenderam a recomendação de glicídios e proteínas/dia e excederam os valores para os lipídios, revelando ser a dieta consumida levemente hiperlipídica; 84,8% (homens) e 79,4% (mulheres) apresentaram um consumo adequado de gorduras saturadas em relação ao valor calórico total ingerido; 54,5% dos homens apresentaram consumo maior que a recomendação de colesterol/dia; 60,7% das mulheres apresentaram um consumo diário de colesterol adequado; 97,0% (homens) e 90,7% (mulheres) excederam a quantidade recomendada de sódio/dia. Verifica-se a necessidade de novos estudos que relacionem o consumo alimentar e o tabagismo para nos auxiliar no controle desse mal que tanto prejudica a sociedade, bem como para planejarmos estratégias e propostas de solução para os problemas detectados.

Palavras-chave: tabagismo, fumo, consumo de alimentos, inquéritos nutricionais, comportamento alimentar

ABSTRACT

MARTINS, K. A. **Profile of food consumption of smoker patients under treatment in Goiânia, Brazil, in 2006.** [Master Thesis in Health Sciences, covenant Rede Centro-Oeste (UnB – University of Brasília, UFG – Federal University of Goiás, UFMS – Federal University of Mato Grosso do Sul)].

The changes that cigarettes smoking may cause in food intake have been the focus of great questionings, since some experimental studies show that nicotine and the exposure to the smoke of cigarettes may reduce the consumption of food and increase the loss of weight. The objective of this study was to identify the food consumption of the participants of the “Intensive Approach of Smokers” in the Municipal Program of Control of the Smoking Habit (PMCT) of the health department of Goiânia, in 2006. It was a cross-section descriptive study within 140 adult patients (smokers, abstain smokers and ex-smokers). Information was collected concerning socioeconomic and demographic characteristics such (sex, age, as marital status, origin, educational level, income), smoking habit (length of use of tobacco; the type of cigarette; the degree of addiction to the nicotine; the number of cigarettes/ a day and attempts to quit smoking, factors that increase the desire of smoking; the method used to try quitting it; number of relapses fallen again and use of medications) and personal and familiar background. The frequency retrospective (of last the six months) of food consumption method was applied, by means of a valid questionnaire of frequency of food consumption, for the collection of information on practical intake. The analysis of data was carried out in Excel program 2003 and SPSS 8,0. The Accurate Test of Fisher was used in the analysis of the data; “t” test and the coefficient of correlation of Pearson. The used sample was representative (68.3%) in relation to the total number of participant patients on the PMCT. More than 85% of the studied population smoked for more than 20 years, confirming the early beginning of the smoking habit, between the age of 7 and 14; 42% of the had a high or really high degree of nicotine dependency; 15% of the patients had already stopped smoking and the greater number, among the ones who had not, obtained reduction of the smoked cigarette number/day. The food consumed in each one of the studied groups were: vegetal oil, salt, rice, coffee, beans, sugar, tomato, white bread, whole milk, lemon, refreshment of fruit with sugar, steak of beef and beer (among alcoholic beverages) more frequently, which defined the food pattern. The participants had taken care of to the recommendation of complex sugars and proteins/day and exceeded the values of fat, show a lightly high fat diet consumption; 84.8% of the men and of the 79.4% women had an adequate consumption of saturated fat in relation to total caloric intake; 54.5% of the men had higher intake of cholesterol when compared to the daily recommendation; 60.7% of the women had a daily adequate cholesterol consumption; 97.0% (men) and 90.7% (women) exceeded the recommended amount of sodium/day. We could verify the need of new studies that relate the food consumption to the smoking habit to help control this harmful habit in our society, and also to plan strategies and proposals of solution for the detected problems.

Word-keys: smoking, tobacco, food consumption, nutrition surveys, feeding behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão do município de Goiânia por distritos sanitários de saúde.....	22
Figura 2. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de leite e derivados, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	64
Figura 3. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de leguminosas / oleaginosas, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	65
Figura 4. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de carnes e ovos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	65
Figura 5. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de cereais e derivados, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	67
Figura 6. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de massas e salgadinhos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	67
Figura 7. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de açúcares e doces, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	68
Figura 8. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das frutas, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	69
Figura 9. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das hortaliças, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	70
Figura 10. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das gorduras, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	71
Figura 11. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de temperos e condimentos, por sexo, do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia, no ano de 2006.....	71
Figura 12. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário do grupo de bebidas alcoólicas, por sexo, do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia, no ano de 2006.....	72

Figura 13. Distribuição percentual da população estudada segundo o consumo diário de etanol, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	75
Figura 14. Distribuição percentual da população estudada segundo a frequência de consumo diário do grupo de bebidas não-alcoólicas e infusos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	75
Figura 15. Distribuição percentual da população estudada segundo a frequência de consumo diário de água e café, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	77
Figura 16. Distribuição percentual da população estudada segundo os alimentos (por grupo) mais consumidos diariamente. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	78
Figura 17. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Gordura saturada em proporção de contribuição do valor energético, de acordo com a recomendação, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	86
Figura 18. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Colesterol total (mg) de acordo com a recomendação, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	87
Figura 19. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Sódio (mg) de acordo com a recomendação, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	87
Figura 20. Diagrama de dispersão da correlação existente entre o número de cigarros fumados por dia e o consumo diário de café (mL) segundo sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Cronograma das sessões estruturadas do PMCT de Goiânia - GO.....	28
Quadro 2. Intervalos de Distribuição Aceitável dos Macronutrientes em Adultos (AMDRs).....	40
Quadro 3. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo participação por unidades de saúde (UABS) e distritos sanitários. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	48
Quadro 4. Relação dos alimentos que fazem parte dos grupos de alimentos do questionário de frequência alimentar (incluídos os alimentos referidos ao longo da entrevista que não constavam no questionário padrão).....	63
Quadro 5. Relação da quantidade média ingerida de etanol/dia (em gramas) pelos participantes do estudo que ingeriam bebidas alcoólicas segundo sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo características socioeconômicas e demográficas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	50
Tabela 2. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo idade de início do hábito tabagístico por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	52
Tabela 3. Caracterização dos pacientes “fumantes” da população estudada por sexo, segundo hábito tabagístico. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	56
Tabela 4. Caracterização dos pacientes “fumantes abstinidos e ex-fumantes” da população estudada por sexo, segundo hábito tabagístico. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	57
Tabela 5. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo antecedentes familiares por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	58
Tabela 6. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo morbidade referida. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	58
Tabela 7. Distribuição da população estudada quanto ao percentual de freqüências de consumo por grupo de alimentos (nunca/raro = não consome, mensal, semanal, diário), segundo sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	59
Tabela 8. Distribuição da freqüência de consumo de bebidas alcoólicas por sexo da população estudada. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	73
Tabela 9. Distribuição percentual da população estudada por sexo, segundo volume diário ingerido (mL) de bebidas alcoólicas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	74
Tabela 10. Medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas de consumo alimentar diário por grupos de alimentos na população estudada por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	80
Tabela 11. Distribuição da população estudada segundo consumo percentual (%) dos macronutrientes por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	82

Tabela 12. Medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas de consumo alimentar diário por macro e micronutrientes na população estudada por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	83
Tabela 13. Medidas de tendência central e de dispersão da quantidade de energia (kcal) fornecida pelo consumo de bebidas alcoólicas (gramas de etanol) no consumo alimentar da população estudada por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	85
Tabela 14. Média, desvio padrão das quantidades ingeridas/dia dos macro e micronutrientes estudados, segundo o número de cigarros fumados/dia pelos pacientes “fumantes” do estudo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALT: Ambientes Livres do Tabaco

AMDRs (Acceptable Macronutrient Distribution Range): Intervalos de distribuição aceitáveis dos macronutrientes

ANOVA: Análise de variância

CAIS: Centro de Assistência Integral à Saúde

CDC: Center for Disease Control

CIAMS: Centro Integrado de Assistência Médico-Sanitária

COEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CS: Centro de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DDCD: Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas

DP: Desvio Padrão

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DQI (Diet Quality Index): Índice de Qualidade da Dieta

ENDEF: Estudo Nacional de Despesa Familiar

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

g: gramas

IDR's: Ingestão Diária Recomendada

INCA: Instituto Nacional do Câncer

Kcal: calorias (energia)

mg: miligramas

mL: mililitro

MS: Ministério da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PMCT: Programa Municipal de Controle do Tabagismo

PNCT: Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

POFs: Pesquisas de Orçamento Familiar

PSF: Programa de Saúde da Família

QFA: Questionário de Frequência Alimentar

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBH: Sociedade Brasileira de Hipertensão

SM: Salário Mínimo

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SPSS (Statistical Package for Social Sciences)

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UABS: Unidade de Atenção Básica à Saúde

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

\bar{X} : Média

SUMÁRIO

	Agradecimentos.....	vii
	Resumo.....	viii
	Abstract	ix
	Lista de figuras.....	x
	Lista de quadros.....	xi
	Lista de tabelas.....	xii
	Lista de abreviaturas e siglas.....	xiii
1	INTRODUÇÃO.....	01
1.1	JUSTIFICATIVA.....	02
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
2.1	CONSUMO ALIMENTAR.....	05
2.1.1	Transição alimentar e nutricional.....	06
2.1.2	Inquérito alimentar.....	09
2.2	TABAGISMO.....	11
2.3	CONSUMO ALIMENTAR E TABAGISMO.....	16
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4	METODOLOGIA.....	20
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	20
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
4.3	ÁREA DO ESTUDO.....	21
4.4	AMOSTRA.....	23
4.4.1	Critérios de inclusão.....	24
4.4.2	Critérios de exclusão.....	25
4.5	PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PMCT).....	25
4.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	30
4.6.1	Questionário de caracterização sócio-econômica e demográfica, do hábito tabagístico e antecedentes pessoais e familiares.....	30
4.6.2	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA).....	31
4.7	COLETA DE DADOS.....	33
4.8	VARIÁVEIS DE ESTUDO E TÉCNICAS DE COLETA.....	36
4.8.1	Variáveis sócio-econômicas e demográficas.....	36
4.8.2	Variáveis do hábito tabagístico e presença de enfermidades.....	38
4.8.3	Variáveis do consumo alimentar.....	39
4.9	BANCO E ANÁLISE DE DADOS.....	41
4.9.1	Elaboração do banco de dados.....	41
4.9.2	Análise de dados.....	42
4.9.3	Softwares utilizados.....	43
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.10.1	Análise crítica de riscos e benefícios.....	44
4.10.2	Explicitação das responsabilidades do pesquisador e instituição.....	44
4.11	VIABILIDADE DE EXECUÇÃO DA PESQUISA.....	45

5	RESULTADOS.....	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	47
5.2	CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E PRESENÇA DE ENFERMIDADES.....	51
5.3	CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR.....	59
6	DISCUSSÃO.....	91
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	92
6.2	CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E PRESENÇA DE ENFERMIDADES.....	95
6.3	CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR.....	99
7	CONCLUSÕES.....	111
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
8.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	113
8.2	CONTRIBUIÇÕES.....	114
8.3	PRODUTOS.....	114
8.4	RECOMENDAÇÕES.....	116
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
	APÊNDICES E ANEXOS	
	APÊNDICE A – Lista das UABS capacitadas para acompanhamento dos tabagistas na “Abordagem Intensiva aos Fumantes” e Lista das UABS onde foram realizadas as entrevistas – coleta de dados.....	127
	APÊNDICE B – Planilha de levantamento dos dados.....	128
	APÊNDICE C – Questionário de caracterização sócio-econômica e demográfica, do hábito tabagístico e antecedentes pessoais e familiares.....	129
	APÊNDICE D – Carta informativa.....	130
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	131
	APÊNDICE F – Manual do Entrevistador; Programação do treinamento; Apresentação do treinamento.....	132
	APÊNDICE G – Fotos dos utensílios e do registro fotográfico para a coleta de dados.....	133
	APÊNDICE H – Declaração de que as informações serão tornadas públicas.....	134
	APÊNDICE I – Dados dos grupos de Abordagem Intensiva.....	135
	APÊNDICE J – Gráficos da distribuição da curva normal dos grupos de alimentos.....	136
	APÊNDICE K – Gráficos da distribuição da curva normal dos nutrientes.....	137
	ANEXO A – Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA.....	138
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP.....	139
	ANEXO C – Autorização do secretário municipal de saúde.....	140
	ANEXO D – Declaração da Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas (DDCD) da Secretaria Municipal de Saúde (Abordagem Mínima ao Fumante).....	141
	ANEXO E – Certificado da DDCD da Secretaria Municipal de Saúde (Abordagem Intensiva ao Fumante).....	142
	ANEXO F – Resumo e certificado de apresentação no III Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão - CONPEEX.....	143

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença complexa, responsável por causar inúmeros malefícios à saúde tanto dos fumantes quanto dos não-fumantes (HAGGSTRÅM *et al.*, 2001), os quais são amplamente conhecidos (BRITTON, 1997), e tem sido considerada, neste século, a principal causa de morte evitável do mundo e de incapacidades prematuras (MENEZES *et al.*, 2001; OMS, 2003, SUTHERLAND *et al.*, 2003). Menezes *et al.*, (2004) descrevem que não há outro fator de risco, como o tabagismo, capaz de causar direta ou indiretamente taxas tão elevadas de morbimortalidade. Observa-se uma frequência aumentada de tabagismo em países em desenvolvimento, e um leve declínio em países desenvolvidos (WHO, 2003).

O tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, o sedentarismo, o abuso de bebidas alcoólicas, as práticas sexuais de alto-risco e o estresse social descontrolado são considerados fatores de risco modificáveis determinantes do estilo de vida e do comportamento, portanto, podendo prevenir, iniciar ou agravar os problemas e as complicações decorrentes das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) (OMS, 2003).

A alimentação pode constituir-se em importante fator de risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, à medida que contribui para a etiologia das dislipidemias, obesidade, hipertensão, diabetes (ADLER *et al.*, 1999; WHO, 2002a). O ganho de peso é uma das conseqüências marcantes decorrentes da interrupção do hábito de fumar, considerando que ocorre um aumento da ingestão alimentar, principalmente nos primeiros 60 dias de abstinência do cigarro (MOFFATT; OWENS,

1991 *apud* LEMOS-SANTOS *et al.*, 2000), bem como uma substituição do cigarro por alimentos mais calóricos (observada na prática clínica).

No tratamento do tabagista torna-se interessante a utilização de uma prática integrada de atuação, com perspectiva de abordagem inter-relacionada com o social, o psicológico e o biológico (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005). No sentido de tentar diminuir, em médio prazo, a mortalidade relacionada ao tabagismo, propõem-se estratégias de intervenção nos grupos de fumantes ativos (WORLD BANK, 1999).

Desta forma, a identificação de hábitos alimentares em pacientes tabagistas torna-se de primordial importância, na medida em que a dieta interfere na etiologia da maioria das enfermidades crônicas não-transmissíveis.

1.1 JUSTIFICATIVA

A realização de trabalhos diagnósticos precede a elaboração de políticas de intervenção mais específicas e apropriadas para a realidade encontrada, no sentido de auxiliar e garantir o resgate de melhores condições de vida e saúde a todos que necessitarem, principalmente os dependentes química ou emocionalmente do hábito de fumar. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia desenvolve o Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) na Divisão de Doenças Crônico-degenerativas (DDCD), iniciado em 1998, com a elaboração do projeto e da pesquisa sobre o Perfil de Mortalidade por Doenças Tabaco-Relacionadas em Goiânia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005). Segue a partir de então as diretrizes e bases estabelecidas pelo Instituto Nacional do Câncer do Ministério da

Saúde (INCA/MS), órgão responsável pelo fornecimento dos materiais educativos e medicamentos necessários para alcançar os objetivos do programa. O desenvolvimento de serviços de apoio ao fumante (abordagem multiprofissional) mostra-se importante e necessário, uma vez que os serviços de saúde são diretamente responsáveis pela implantação e implementação do PMCT, prestando assistência integral à população. A abordagem para fumantes é uma proposta nova, porém, com alta relação custo-benefício. Para que se alcance a expressão epidemiológica desejada é necessário que este processo seja simples, ágil, dinâmico e aplicado em massa.

A implantação / implementação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) em Goiânia tem como objetivos principais tornar as unidades de saúde em “Ambientes Livres do Tabaco” e apoiar as pessoas que desejam deixar de fumar, utilizando-se a “Abordagem Intensiva ao Fumante” (acompanhamento dos fumantes em grupos, nas unidades de saúde), especificada na metodologia deste trabalho e a “Abordagem Mínima ao Fumante” (abordagem de duração de 3 a 5 minutos feita pelo profissional de saúde durante o atendimento de rotina). Para tanto, conta-se com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários que integram a terapia cognitivo-comportamental. Equipes multiprofissionais / interdisciplinares estão trabalhando e os grupos criados para o desenvolvimento deste Programa nas Unidades de Atenção Básicas de Saúde (UABS) do Município.

Nessa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar no tratamento do tabagista, a atuação do nutricionista é de fundamental importância, pois dentre suas inúmeras funções está a avaliação da pessoa, do ponto de vista nutricional, e a

partir daí tomar as condutas adequadas e fornecer as orientações técnicas para uma seleção de alimentos que proporcione uma alimentação equilibrada, a fim de evitar, principalmente o sobrepeso, dentre outras situações indesejadas. É por isso que a relação “tabagismo-nutrição” torna-se imprescindível, neste momento em que se tenta ganhar pontos no controle do tabagismo.

Apesar da existência de várias pesquisas sobre o tabagismo, ainda são escassos os estudos que demonstram o consumo alimentar em pacientes tabagistas. É importante conhecer melhor a interação entre DCNT, tabagismo e nutrição, bem como as repercussões do tabagismo nos aspectos nutricionais dos indivíduos. Assim sendo, observou-se a necessidade de uma investigação mais específica sobre o tema, com a finalidade de direcionar melhor a conduta dos profissionais da saúde, para um acompanhamento mais especializado na atenção dos fumantes, visto que o assunto ainda é objeto de polêmica.

Sendo assim, o presente trabalho pretende conhecer o perfil de consumo alimentar dos pacientes tabagistas em tratamento na “Abordagem Intensiva ao Fumante”, do Programa Municipal de Controle de Tabagismo, do município de Goiânia, visto que não existem trabalhos nessa área com esse grupo específico. Por ser um trabalho inédito torna-se importante, pois pode contribuir na identificação dos fatores que influenciam na formação do padrão alimentar, bem como auxiliar no desenvolvimento de ações que visam melhorar as condições de saúde e nutrição da população estudada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSUMO ALIMENTAR

Segundo Casotti *et al.* (1998), o consumo alimentar e suas características nutricionais têm despertado interesses crescentes dos consumidores, dos proprietários de indústrias alimentícias, dos organizadores de políticas governamentais, dos pesquisadores e, sobretudo, da mídia.

Para manter-se saudável, o organismo adquire a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções, mediante dieta controlada em quantidade, qualidade, harmonia e adequação. O consumo de alimentos de forma excessiva ou insuficiente pode acarretar prejuízos à saúde (NEUMANN, 2000).

A atuação do profissional na área de alimentação e nutrição no Brasil torna-se bastante complexa, por ser um país com características epidemiológicas e regionais muito heterogêneas. Observa-se tanto a existência de problemas de sociedades em desenvolvimento, como a desnutrição, quanto àqueles inerentes a países desenvolvidos, como as doenças crônicas não transmissíveis, em que as questões alimentares apresentam grande relevância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

2.1.1 Transição alimentar e nutricional

A transição alimentar no Brasil tem sido favorável do ponto de vista dos problemas associados à subnutrição, e desfavorável no que se refere à obesidade e às demais DCNT (BARRETO, 2005). A avaliação da tendência da evolução dos padrões da dieta tem sido baseada, de um modo geral, em dados sobre disponibilidade de alimentos (MONDINI; MONTEIRO, 2000). Segundo Barreto (2005), estimativas da disponibilidade de alimentos para o consumo humano no país no período 1965-1997 apontavam que a quantidade média de alimentos disponíveis excedia os requerimentos médios de energia em mais de 10%. Em 1997, essa margem passou para 25%. As principais modificações na composição da disponibilidade alimentar foram a redução de cereais e leguminosas, e o aumento na quantidade disponível de açúcar, carnes, óleos vegetais, leite e ovos.

Modificações no padrão alimentar no Brasil têm sido constatadas ao longo dos anos, porém são escassos os estudos que avaliam o consumo alimentar da população. Dentre as fontes disponíveis sobre o consumo alimentar nacional podem ser citadas o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) em 1974-75, e as Pesquisas de Orçamento Familiar (POFs), nos anos 1961-63; 1987-88; 1995-96; 2002-03 (FIBGE, 1977; 1991; 1997; IBGE, 2004).

Estes inquéritos contribuíram para indicar as tendências do padrão alimentar da população urbana do Brasil. Ao longo da realização destes estudos, Mondini e Monteiro (1995) e Monteiro (2000) observaram e descreveram as principais mudanças detectadas no padrão alimentar dos brasileiros. Dentre elas destacam-se

a intensificação e o aumento contínuo do consumo de carnes, leite e derivados (exceto manteiga) e o declínio no consumo de ovos; o aumento ainda maior no consumo de açúcares refinados, incluindo os refrigerantes; a redução do consumo de leguminosas, raízes e tubérculos, diminuindo por sua vez, os carboidratos complexos na dieta; e, a substituição da banha, toucinho e manteiga por óleos vegetais e margarina.

Monteiro (2000) também observa em seus estudos epidemiológicos, que essa situação é comum em vários países e regiões do mundo e vem sendo denominada de “dieta ocidental” (rica em gordura animal, açúcar simples, alimentos refinados e, reduzida em carboidratos complexos e fibras). A consequência deste padrão alimentar associada à progressiva redução da atividade física dos indivíduos é a alteração na composição corporal e aumento da obesidade.

A transição nutricional diz respeito a toda essa mudança nos padrões nutricionais que ocorrem em consequência das modificações na estrutura da dieta dos indivíduos, que se correlacionam com mudanças socioeconômicas e demográficas, e com a saúde (POPKIN *et al.*, 1993).

Diante dessa situação, Monteiro (2000) sugere que haja uma reestruturação da agenda de saúde pública do Brasil, no sentido de organizar ações para a prevenção e controle das DCNT, destacando principalmente, as ações de educação alimentar e nutricional atingindo todas as classes sociais.

Dentro desta perspectiva a Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a) reforça em suas diretrizes que o perfil da dieta e a relação entre as enfermidades crônicas não-transmissíveis são objetos de estudos que devem ser ampliados. A relação entre o consumo alimentar e o valor calórico da dieta deve ser direcionada como linha de investigação prioritária para ampliar a análise da situação alimentar e nutricional do país, uma vez que os dados disponíveis referem-se apenas a algumas áreas metropolitanas. Ressalta-se ainda que deve haver um resgate dos hábitos e práticas alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e valor nutritivo aumentado.

A modificação de hábitos alimentares associada à prática de atividade física são mudanças de estilo de vida que podem melhorar de maneira significativa os fatores de risco das doenças cardiovasculares, e quando comparadas com outras intervenções como medicamentosas e/ou de altas tecnologias, tornam-se medidas de custo baixo, e mais acessíveis à população (RIQUE *et al.*, 2002).

Oliveira e Thébaud-Mony (1997) afirmam que para compreender melhor a situação alimentar faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar, que enfatize o caráter dinâmico e diversificado dos modelos de consumo e a forma como estes são construídos ao longo dos anos.

Garcia (2004) destaca que como as práticas alimentares estão envolvidas desde o âmbito cultural até às experiências pessoais, ou seja, imergidas nas dimensões simbólicas da vida em sociedade, conhecer a ingestão alimentar de indivíduos, ou mesmo de grupos, torna-se atividade complexa dada a subjetividade

das respostas de alguns métodos de investigação sobre consumo alimentar, como por exemplo, os inquéritos dietéticos.

O comportamento alimentar é um dos mais complexos componentes de estilo de vida, visto que abrange não apenas a escolha dos alimentos em si, mas tudo o que cerca a alimentação em nosso cotidiano, desde local, número e horários das refeições, até o contexto familiar ou social dessa refeição, dentre outros fatores (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1997). Esse comportamento oscila em função dos valores associados às representações sobre as práticas alimentares para cada um, as quais são elaboradas por valores aleatórios ou mesmo pela preocupação com a saúde. Essa situação nos permite refletir sobre a segurança das informações sobre a ingestão de alimentos resultantes da realização de inquéritos dietéticos (GARCIA, 2004).

2.1.2 Inquérito alimentar

Fisberg *et al.* (2005) apontam que o método de investigação e avaliação da ingestão alimentar por meio do Questionário de Freqüência de Consumo Alimentar (QFCA) é prático e informativo e de fundamental importância em estudos epidemiológicos, pois permite relacionar a dieta e a ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis.

Armstrong *et al.* (1995) e Gibson (1990; 2005) explicam que o propósito do QFCA é resgatar informações sobre o padrão alimentar e a ingestão de alimentos ou nutrientes específicos, de maneira qualitativa, semi-quantitativa ou quantitativa. O

método utilizado permite medir a exposição e relacionar com o tempo, ou seja, possibilita caracterizar como começa, quando termina e qual sua distribuição no período de intervenção.

O QFCA foi elaborado para obter informação qualitativa e quantitativa sobre o padrão alimentar e a ingestão de alimentos ou nutrientes específicos, sendo seu objetivo principal conhecer o consumo alimentar de determinado grupo populacional (CAVALCANTE; PRIORE, FRANCESCHINI, 2004).

Entre as desvantagens do QFCA, Fisberg *et al.* (2005) citam a dependência da memória dos hábitos alimentares passados; o desenho do instrumento requer esforço e tempo; limitações em analfabetos e idosos; a informação passada “viés” pela informação atual; a validade deve ser testada a cada novo questionário; dificuldades para o entrevistador conforme o número e a complexidade da lista de alimentos; a quantificação pouco exata.

Dentre as vantagens para utilização desse método ressaltam-se a facilidade de utilização do QFCA em estudos epidemiológicos; a administração rápida e simples; a estimativa da ingestão habitual dos indivíduos; a não alteração do padrão de consumo; o baixo custo de processamento; a classificação dos indivíduos em categorias de consumo; a possibilidade de minimizar a variação intrapessoal ao longo dos dias (FISBERG *et al.*, 2005).

Desta forma, o QFCA pode ser um instrumento útil nos estudos epidemiológicos sempre e quando o desenvolvimento do método precede o planejamento criterioso e cuidadoso, promovendo maior confiabilidade e precisão dos dados posterior.

2.2 TABAGISMO

Em conceitos mais recentes, entende-se por tabagismo o hábito de fumar cigarros, charutos ou similares, tendo equivalente importância na determinação de agravos à saúde o tabagismo passivo ou o consumo de cigarros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Fumante é aquele indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços, durante a sua vida e está fumando atualmente, de acordo com conceituação da OPAS (1995). Já o dependente da nicotina é aquele que apresenta algumas sintomatologias específicas, tais como compulsão, dificuldade de controlar o uso, reações físicas conseqüentes à abstinência, tolerância à substância caracterizada pela necessidade de doses crescentes, abandono progressivo de outros prazeres, uso persistente apesar do conhecimento dos problemas que serão acarretados em detrimento do uso. Vale ressaltar que para ser considerado dependente da nicotina, o indivíduo deve apresentar três ou mais sintomas descritos acima (WHO, 1992).

O fumo está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplasias. Em estudo clássico, Borhani (1977) demonstra que a mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não-fumantes, constituindo por sua vez, um dos maiores fatores de risco para doença coronariana.

Muitas destas doenças crônicas são associadas ao tabagismo, merecendo destaque os distúrbios cardiovasculares e os tumores do trato gastrointestinal, principalmente boca, esôfago e pâncreas, os de vias aéreas (laringe, pulmão) com grande incidência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), bem como os tumores de bexiga, rins e útero (LEMOS-SANTOS; GONÇALVES-SILVA; BOTELHO, 2000). O tabagismo pode levar a uma obstrução leve nas vias aéreas e crescimento retardado da função pulmonar em adolescentes (GOLD *et al.*, 1996 *apud* PELLANDA *et al.*, 2002), bem como baixos níveis plasmáticos de HDL colesterol, fazendo associação direta com uma disfunção endotelial dose-dependente significativa (CELERMAJER *et al.*, 1996; MCGILL JR *et al.*, 1997 *apud* PELLANDA *et al.*, 2002).

Estudos têm demonstrado que o tabagismo constitui um problema de saúde pública (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2005) e que necessita de programas voltados para sua redução. Atualmente, as possibilidades para auxiliar os tabagistas a deixarem o hábito de fumar aumentaram diante das novas modalidades terapêuticas existentes, bem como das recentes descobertas sobre o tabagismo (HAGGSTRÅM *et al.*, 2001). A abordagem para uma doença complexa como o tabagismo requer a integração de diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta desta complexidade. Não há dúvida de que medidas psicossociais, não-medicamentosas, são essenciais no tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológico em termos de impacto e importância (SUTHERLAND *et al.*, 2003).

Para os próximos 30 a 40 anos, a epidemia do tabaco, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 1999), será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003), totalizando 82% dos fumantes oriundos de países de baixa e média renda. Segundo Roemer (1995), em estudos realizados nessa época, por causa do tabaco a cada ano morriam cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo. No momento, o tabagismo é responsável por aproximadamente quatro milhões de óbitos por ano no mundo (OMS, 2003).

O Brasil é o primeiro maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo. Isto gera anualmente uma grande arrecadação de impostos o que não supera as perdas econômicas causadas pelo prejuízo do cigarro na saúde da população (CAVALCANTE, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Aproximadamente um quinto da população mundial é composta de fumantes, apesar das inúmeras evidências científicas que apontam para os malefícios do tabagismo (KANNEL *et al.*, 1984). No Brasil, estima-se que seja responsável por cerca de 100 mil mortes/ano (CIORLIA; GODOY, 2005).

Esse cenário nos permite afirmar que é incontestável a magnitude e a complexidade do problema da expansão do consumo do tabaco, pois envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica. Essa realidade conseqüente à globalização e operacionalização de estratégias que visam a estimulação do aumento da utilização do tabaco em escala planetária levou a OMS considerar o tabagismo como uma doença transmissível pela publicidade (WHO, 2001).

Segundo Cavalcante (2005), toda e qualquer atividade voltada ao controle do tabagismo deve envolver variáveis sociais, políticas e econômicas, considerando o indivíduo como um todo para contribuir na cessação do hábito de fumar, bem como manter abstêmios àqueles que já abandonaram e/ou conseguiram vencer a dependência. A intervenção sobre o tabagismo como objetivo de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares permite importante redução de morbimortalidade, determinando melhor e maior sobrevida nos indivíduos que param de fumar, em ambos os sexos e em qualquer faixa etária (MULCAHY *et al.*, 1975; SALONEN, 1980; HERMANSON *et al.*, 1988).

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA) assumiu o papel organizador do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em 1989, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes no Brasil, bem como a morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Entre as várias estratégias encontram-se a adoção de ações educativas, a mobilização de políticas públicas, além de iniciativas legislativas e econômicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

O desenvolvimento de ações de estímulo à cessação do uso do cigarro é medida eficaz no controle do tabagismo. A prevenção e o controle do tabagismo na comunidade em geral são necessários e tem como apoio as leis de restrição do uso do cigarro. A Portaria 1035/04 consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e amplia o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

O controle do tabagismo no Brasil vem sendo descentralizado por meio da organização e articulação dessa rede nacional de gerenciamento regional do PNCT, e atualmente fazem parte desta rede os 27 estados e 3900 municípios. O objetivo das ações do PNCT é promover a cessação do hábito de fumar e modificar paradigmas para tornar ambientes livres do tabaco. A estratégia do PNCT pauta-se em ações educativas para disseminar informações na comunidade e em ações econômicas e legislativas que criem um ambiente favorável à diminuição do consumo do tabaco (CAVALCANTE, 2005).

A atenção ao tabagista ocorre de forma hierarquizada na rede nacional de saúde pública do Brasil. Segundo o modelo preconizado pelo PNCT do Ministério da Saúde, todas as Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) poderão atender ao fumante e oferecer a abordagem cognitivo-comportamental como tratamento, desde que seus profissionais estejam capacitados segundo a padronização do programa. Quando houver indicação, pode-se oferecer o tratamento medicamentoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Sendo a motivação fator fundamental para uma alteração de comportamento tão importante como a de parar de fumar, a tarefa dos profissionais de saúde é, principalmente, auxiliar os fumantes a se tornarem altamente motivados para a etapa da ação e, depois, ajudá-los se manterem abstinidos.

Assim como o tabagismo, a dieta habitual está entre um dos principais elementos de análise dos determinantes de maior tendência ao desenvolvimento de aterosclerose e doenças isquêmicas do coração, principalmente associada ao uso

abusivo de álcool. Do mesmo modo, para exercer influência no vínculo dieta-doença, não se pode abrir mão de informações sobre a alimentação, à medida que o comportamento alimentar deverá admitir mudanças casuais tanto para a prevenção quanto para o controle das morbidades em questão (WHO, 2002a).

2.3 CONSUMO ALIMENTAR E TABAGISMO

As alterações que o consumo de cigarros pode provocar na ingestão de alimentos têm sido alvo de inúmeros questionamentos, visto que alguns estudos experimentais mostram que a nicotina e a exposição à fumaça do cigarro podem levar à perda de peso e a diminuição do consumo alimentar (LEMOS-SANTOS; GONÇALVES-SILVA; BOTELHO, 2000).

Estudos relacionados com humanos reforçam as situações observadas nos estudos com animais. As modificações nos níveis de substâncias reguladoras afetam o consumo alimentar e a parada de fumar engendra nos abstêmios a necessidade de uma compensação psicológica, ocasionando o aumento da ingestão de alimentos e, conseqüentemente, um ganho de peso corpóreo (LEMOS-SANTOS; GONÇALVES-SILVA; BOTELHO, 2000).

A ingestão de macro e micronutrientes associa-se a fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Quanto às relações de proteção, dentre outras, podemos citar a ingestão de fibras alimentares que promovem efeitos benéficos para a saúde do homem. No caso das fibras solúveis elas estão envolvidas no metabolismo da glicose e de lipídios (GREGÓRIO; AREAS;

REYES, 2001). Alguns estudos (BAKX, 2000; FORNÉS *et al.*, 2000; WALKER *et al.*, 2000) têm demonstrado estreita relação entre o consumo qualitativo e quantitativo de gorduras e colesterol com essas morbidades.

Outros nutrientes apresentam uma relação de risco. A relação entre ingestão lipídica e obesidade (AUSTRUP, 1999; LISSNER, 1999; SEIDELL, 1999), entre o consumo de gorduras e doenças cardiovasculares (SBC, 1999a), em especial às saturadas (LICHTENSTEIN *et al.*, 1998), e a relação com o Diabetes tipo 2 são clássicas. Os níveis séricos elevados de colesterol aumentam a taxa de mortalidade (GREGÓRIO; AREAS; REYES, 2001) e, segundo Castelli *et al.* (1992), a razão Colesterol Total/HDL é o melhor indicador de risco cardiovascular.

Fornés (1998) após testar as relações entre o consumo alimentar e o perfil lipídico da população estudada, atesta que os níveis de colesterol total e LDL-colesterol correlacionam-se positivamente com os alimentos de origem animal e negativamente com o consumo de frutas e hortaliças.

Lemos-Santos *et al.* (2000) observaram que não houve variação no consumo de determinados grupos de alimentos com diferenças quantitativas no padrão dietético de fumantes e de não-fumantes, contradizendo estudos anteriores. Com relação à ingestão e utilização dos macronutrientes, estes autores demonstram que o tabagismo parece influenciar a síntese de proteínas e o metabolismo de glicídios e lipídios. A ingestão de proteínas nos dois grupos fumantes e não-fumantes foi maior do que a recomendação das Ingestões Diárias Recomendadas (IDR's) para esse nutriente.

O tabagismo, a alimentação inadequada, o consumo de álcool e a inatividade física, dentre outros, são considerados como fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis, não acarretando apenas doenças e sofrimento pessoal, mas representando também, um custo econômico significativo tanto para os indivíduos como para a sociedade, em vistas das seqüelas causadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o consumo alimentar dos participantes da “Abordagem Intensiva aos Fumantes” do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no ano de 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas da população estudada participante do PMCT.
- Caracterizar os participantes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) em Goiânia, segundo seu hábito tabagístico.
- Descrever as freqüências de consumo dos alimentos e bebidas ingeridos pela população estudada.
- Verificar a adequação da dieta dos indivíduos estudados em relação aos intervalos de distribuição aceitável, em percentual, dos macronutrientes.
- Caracterizar a qualidade da dieta dos indivíduos estudados em relação ao consumo de gorduras saturadas, colesterol e sódio.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa corresponde a um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado na cidade de Goiânia, no período de fevereiro a novembro de 2006.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Participaram do presente estudo os pacientes com idade superior a 18 anos, cadastrados no Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) desenvolvido pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, previamente capacitados para a implantação da Abordagem Intensiva ao Fumante na(s) Unidade(s) de Atenção Básica à Saúde (UABS).

Foram considerados os cadastros dos tabagistas que estavam participando no momento das entrevistas (fumantes e fumantes abstêmios), no período de julho a setembro de 2006, e os que já participaram (fumantes abstêmios e ex-fumantes) dos grupos em qualquer uma das unidades de saúde dos distritos sanitários Meia Ponte, Mendanha, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul/Sudeste.

O município de Goiânia possui, atualmente, 21 UABS capacitadas para acompanhamento dos tabagistas, na “Abordagem Intensiva ao Fumante” do PMCT (APÊNDICE A). Destas, 13 UABS implantaram o programa, em seis distritos sanitários, no ano de 2006, visto que nem todas as unidades capacitadas

conseguiram montar, por vários motivos, os grupos de acompanhamento de tabagistas. No APÊNDICE A estão apresentadas as unidades de saúde (UABS) distribuídas por distritos sanitários onde foram realizadas as entrevistas, bem como o número de grupos montados em cada uma delas (UABS capacitadas e UABS entrevistadas).

4.3 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa realizou-se na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, na região Centro-Oeste do país. Fundada em 24 de outubro de 1933, Goiânia após um rápido crescimento que superou o planejamento inicial de uma população total de 50 mil habitantes, atualmente é um eixo de aglomerado urbano com aproximadamente 1,2 milhões de habitantes com forte adensamento demográfico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

Embora jovem quando comparada às centenárias capitais brasileiras, Goiânia, em sua realidade, possui problemas semelhantes à de todas as grandes cidades brasileiras como a urbanização acelerada, mudanças na estrutura etária com predominância de idosos, desemprego, insegurança e aumento da desigualdade social (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004).

As características da cidade de Goiânia e o perfil de como as pessoas adoecem e morrem mostram uma realidade complexa e com muitos desafios. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o objetivo de proporcionar melhor abastecimento das unidades de saúde desenvolve uma política de planejamento e

gestão de suprimentos que divide o município de Goiânia em nove distritos sanitários de saúde, possibilitando uma coordenação mais adequada das atividades e serviços que integram a rede básica de saúde, cujo compromisso é a construção e qualificação do SUS (Sistema Único de Saúde).

O campo de estudo eleito para atingir os objetivos propostos constituiu-se de seis dos nove distritos sanitários de saúde (Figura 1), uma vez que três distritos (Noroeste, Leste e Central) não conseguiram formar, no ano de 2006, os grupos de acompanhamento dos tabagistas em suas UABS.

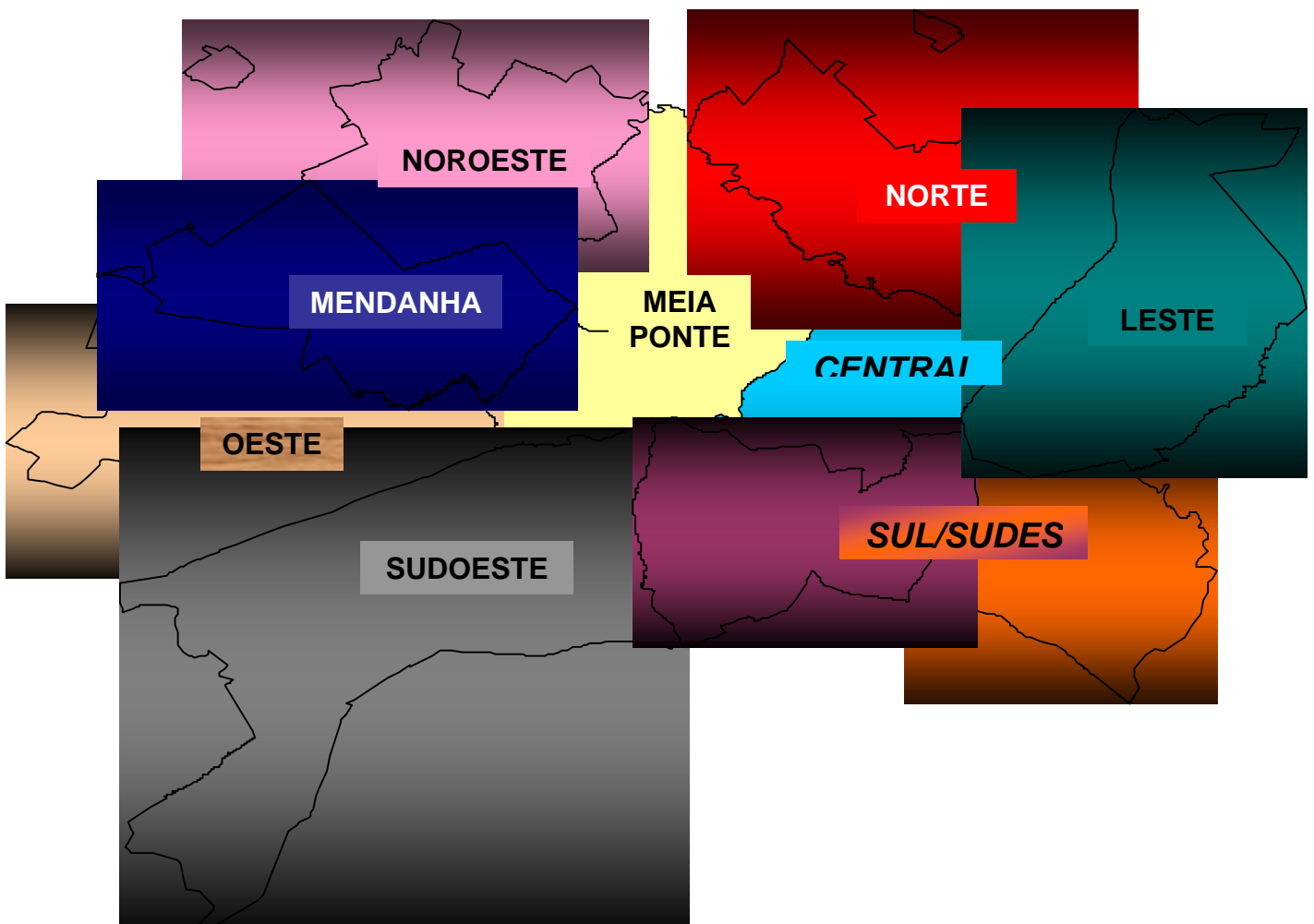


Figura 01. Divisão do Município de Goiânia por distritos sanitários de saúde. Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

4.4 AMOSTRA

Realizou-se um levantamento prévio das UABS que foram capacitadas e credenciadas na Abordagem Intensiva ao Fumante (APÊNDICE A), segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle de Tabagismo/Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde (PNCT/INCA/MS), na formação de grupos para a implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT). A partir do levantamento das unidades foram realizadas visitas de avaliação da situação geral dos grupos, com coleta das informações conforme Planilha de Levantamento de Dados (APÊNDICE B). Com as informações coletadas verificou-se um número médio de 140 a 150 participantes regulares do PMCT, os quais foram categorizados de acordo com o hábito de fumar e/ou fase motivacional, conforme descrito no Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), detalhado a seguir:

- *Fumante**: é aquele indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços, durante a sua vida e está fumando atualmente, de acordo com conceituação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1995).

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

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

- *Fumante abstêmio*: aqueles indivíduos que passaram pela Abordagem Intensiva ao Fumante do PMCT, e pararam de fumar com ou sem medicamento em um período menor que 1 ano, e no momento estão sendo acompanhados nos grupos.

- *Ex-fumante*: aqueles indivíduos que pararam de fumar, com ou sem medicamento, após a Abordagem Intensiva do PMCT de qualquer grupo das UABS, em período maior de 1 ano.

*O importante para esse trabalho, independente do grau de dependência, é se o indivíduo é fumante, se está ou não abandonando o hábito de fumar ou se já abandonou.

4.4.1 Critérios de inclusão

Selecionou-se pacientes fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes que aceitaram participar da pesquisa. Entre os fumantes, elegeu-se aqueles que estavam regularmente participando das reuniões do grupo, conforme controle de frequência, recebendo ou não medicamento, nas unidades de saúde a qual pertence seu cadastro. Entre os ex-fumantes e fumantes abstêmios, escolheu-se aqueles que participaram da Abordagem Intensiva ao Fumante, do PMCT, no último ano, em 2005, ou mesmo nesse ano de 2006, que abandonaram o hábito de fumar com ou sem medicamento, com dados registrados na UABS, na qual participou do grupo.

Entrevistou-se pacientes fumantes, fumantes abstêmios e ex-fumantes de 16 grupos de reuniões em 13 UABS, dos distritos sanitários de saúde de Goiânia, conforme apresentado anteriormente. A amostra obtida foi proporcional segundo os participantes de acordo com o sexo, o que justifica uma quantidade maior de mulheres entrevistadas.

4.4.2 Critérios de exclusão

Não participaram do estudo indivíduos com idade inferior a 18 anos, gestantes, pacientes com problemas psiquiátricos e pacientes hospitalizados, considerados grupos especiais, conforme consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

4.5 Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT)

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) segue a preconização do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA/MS) e possui três ações básicas: Ambientes Livres do Tabaco (ALT), Atividades Educativas de Sensibilização e Conscientização e Abordagens Mínima e Intensiva ao Fumante (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

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

A eficácia dos métodos comportamentais através de abordagens individuais ou em grupos aumenta a taxa de abstinência à medida que o tempo total da abordagem (duração: frequência da abordagem x o tempo gasto em cada contato) for maior com um valor máximo de 9 minutos (FIORE *et al.*, 2000).

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

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

A estruturação da Abordagem Intensiva ao Fumante do PMCT, no Município de Goiânia, possui as características abaixo relacionadas, conforme Protocolo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005):

- Assistência estruturada;
- Profissionais especificamente envolvidos e capacitados;
- Seletiva;
- Resultados: 20 - 30% de cessação em 1 ano;

- Dia, local, horário: livre escolha da Unidade de Saúde;
- Equipe mínima: 3 profissionais de nível superior capacitados (comissão executiva);
- Coordenadores: profissionais capacitados na metodologia do INCA/MS;
- Nº de pessoas participantes nos grupos terapêuticos: 15 a 20.

A Abordagem Intensiva ao Fumante do PMCT é uma proposta de assistência estruturada, seletiva, que visa tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento. O Programa usa a interação do grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem estimular a dependência.

Características do tratamento em grupo:

- Tempo de existência do grupo pré-estabelecida;
- Grupo temático e de reflexão;
- Conduzido, de preferência, por 2 ou 3 profissionais da área de saúde capacitados;
- Participação ativa do paciente e do profissional de saúde, orientando-o em metas que visam resolução do problema;
- Ajuda o paciente a identificar, avaliar e reestruturar seus pensamentos, comportamentos e sentimentos.

Quadro 1. Cronograma das sessões estruturadas do PMCT de Goiânia-GO

CRONOGRAMA		
1º e 2º MÊS	3º e 4º MÊS	5º ao 12º MÊS
<ul style="list-style-type: none"> - Sessões semanais: - Grupo fechado de 15 a 20 pessoas. - Sentadas em círculo. - Duração de uma hora e meia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sessões quinzenais: - Grupo fechado de 15 a 20 pessoas. - Duração de cerca de uma hora e meia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sessões mensais de manutenção: - Grupo aberto. - Uma hora de duração.

Os pacientes inscritos para o tratamento participam das sessões em grupo conforme cronograma descrito acima podendo ser acompanhados pelo período de 1 ano ou mais conforme necessidades individuais. Durante este período as pessoas que deixaram de fumar (fumantes abstêmios) sem medicação podem continuar participando das reuniões como apoio.

Porém, se o paciente não parar de fumar após 6 meses de participação nestes grupos terapêuticos com a abordagem comportamental, preconiza-se a utilização de medicamento aos pacientes com alto nível de dependência (segundo critérios do *Teste de Fagerström*, com resultado igual ou superior a 5). Recomenda-se também aos pacientes que fumam 20 ou mais cigarros/dia, aos que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar, com consumo mínimo de 10 cigarros/dia, e aos pacientes que não conseguiram parar de fumar durante a abordagem, com sintomas de abstinência insuportáveis, não havendo contra-indicações.

O *Teste de Fagerström* é utilizado para classificar o grau de dependência à nicotina, variando de 0 (muito baixo) a 10 (muito elevado). Esse teste foi aplicado durante a coleta de dados do fumante para auxiliar na classificação do seu hábito tabagístico, com registro no questionário próprio da entrevista (APÊNDICE C).

É importante enfatizar que os pacientes não devem fumar paralelamente ao tratamento medicamentoso de 12 semanas. O acompanhamento neste período deverá ser semanal nas 2 primeiras semanas e quinzenal até a 12ª semana. Segundo o MS, só serão considerados ex-fumantes os pacientes que se mantiverem abstinidos por 1 ano.

Para maiores esclarecimentos serão descritas a seguir algumas terminologias que serão utilizadas ao longo do trabalho.

Alguns mitos contribuem para que o fumante sinta medo no momento de deixar de fumar. Por isso, é importante oferecer orientações consistentes para lidar com essas questões. No caso do medo dos sintomas de abstinência e da “fissura”, importa orientar que a duração máxima desses sintomas é de 1 a 2 semanas e que nem todos fumantes os apresentam.

- Sintomas de abstinência: dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, alteração no sono ou no ritmo intestinal, entre outros. Estes sintomas têm graus variáveis de intensidade e são favorecidos também pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos e situações conflitantes).

- A fissura (momentos de desejo intenso de fumar), é uma manifestação bastante comum e que com o tempo tende a tornar-se esparsa. Em média, cada episódio não dura mais que 5 minutos, e depois desaparece.

Os métodos de parada podem ser: abrupta ou gradual (por redução e por adiamento). As paradas graduais por redução ou por adiamento devem ser planejadas de forma que não leve mais do que duas semanas, para o fumante fumar seu último cigarro.

- Parada abrupta: deixa de fumar de um dia para o outro.
- Parada gradual por redução: fuma um número menor de cigarros a cada dia, até chegar o dia em que não fumará mais nenhum cigarro.
- Parada gradual por adiamento: adia a primeira hora em que fuma o primeiro cigarro, progressivamente, até o dia em que não fuma mais nenhum.

Todas as informações sobre o PMCT seguem padronizações do Consenso sobre a Abordagem e Tratamento do Fumante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) e do Protocolo do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.6.1 Questionário de caracterização socioeconômica e demográfica, do hábito tabagístico e antecedentes pessoais e familiares

Os dados foram coletados em um questionário aplicado através de entrevista (APÊNDICE C) adaptado da Ficha de Avaliação Clínica do fumante, do Programa Nacional de Controle do Tabagismo - PNCT (Abordagem e Tratamento do Tabagismo) do Instituto Nacional do Câncer / Ministério da Saúde (INCA/MS), com

breve caracterização sócio-econômica e demográfica, a classificação do hábito tabagístico e os antecedentes pessoais e familiares.

4.6.2 Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA)

A informação sobre frequência de consumo de alimentos foi obtida por meio de coleta direta utilizando-se um questionário validado (FORNÉS, STRINGHINI, ELIAS, 2003; FORNÉS, STRINGHINI, 2005) para verificação da ingestão habitual dos indivíduos (ANEXO A). O inquérito foi retrospectivo, aos últimos seis meses, baseado na história alimentar dos indivíduos. A partir da lista original de 127 alimentos do questionário validado utilizado, também foram incluídos no inquérito, aqueles alimentos mencionados pelo (a) entrevistado (a) e ausentes na lista original, obtendo uma lista de 214 alimentos, incluindo as bebidas, divididos por grupos.

Os alimentos identificados foram classificados em uma das 9 categorias de frequência de consumo, de acordo com a divisão previamente estabelecida no questionário utilizado (ANEXO A) . Para que essa forma de medida pudesse ser tratada como variável quantitativa, para cada categoria de frequência de consumo (f_i), decidiu-se dar peso (S_i), baseado na frequência de consumo nos últimos seis meses de acordo com o peso outorgado para cada categoria conforme descrito a seguir (FORNÉS *et al.*, 2000; FORNÉS *et al.*, 2002):

f_1 – alimentos consumidos nunca ou menos de 1 vez por mês;

f_2 – alimentos consumidos 1 vez por mês;

f_3 – alimentos consumidos 2 a 4 vezes por mês;

f_4 – alimentos consumidos 2 a 4 vezes por semana;

f_5 – alimentos consumidos de 5 a 6 vezes por semana;

f_6 – alimentos consumidos 1 vez por dia;

f_7 – alimentos consumidos 2 a 3 vezes por dia;

f_8 – alimentos consumidos 4 a 5 vezes por dia;

f_9 – alimentos consumidos 6 vezes por dia;

Os pesos outorgados foram considerados de acordo com a frequência de consumo:

$$S_1 = 0$$

$$S_2 = 0,016$$

$$S_3 = 0,099$$

$$S_4 = 0,43$$

$$S_5 = 0,79$$

$$S_6 = 1$$

$$S_7 = 2,5$$

$$S_8 = 4,5$$

$$S_9 = 6$$

Os pesos foram obtidos de acordo com a fórmula descrita abaixo. Sendo assim, para um alimento consumido entre **a** e **b** ocorrências nos últimos seis meses conta-se o número de dias (frequência de consumo) que represente 1 semestre e aplica a fórmula. Foi definido como valor médio, $S_6 = 1$, para os alimentos consumidos diariamente, conforme proposto por Fornés *et al.*, (2002):

$$S_n = (1/180)[(a + b)/2]$$

Para esclarecer como foi obtido o valor de cada freqüência utilizada no questionário (ANEXO A) observe o exemplo a seguir: para um alimento consumido na freqüência de 2 a 4 vezes por semana (f_4), contando em dias têm-se um consumo médio semestral de 156 dias, aplicando a fórmula $[(0.0055555)*(52+104)/2]$, o resultado do peso para esta freqüência é de 0,43 (S_4).

Com isso, o consumo mensal pode ser representado pelas freqüências de 1vez/mês, de 2 a 4 vezes/mês ou o somatório delas. Da mesma maneira para o consumo semanal podem ser utilizadas as freqüências de 2 a 4 vezes/semana ou de 5 a 6 vezes/semana ou o somatório delas. Assim como para o consumo diário, onde o alimento pode ser consumido 1vez/dia, de 2 a 3 vezes/dia, de 4 a 5 vezes/dia ou até 6 vezes/dia dependendo da porcentagem da freqüência de consumo, que mais se destacar, de acordo com cada alimento consumido em seus respectivos grupos.

4.7 COLETA DE DADOS

Inicialmente os coordenadores dos grupos das UABS registradas no PMCT receberam cartas informativas (APÊNDICE D) sobre a realização da pesquisa, esclarecimento dos objetivos e solicitação de apoio. Com isso, estabeleceu-se contato por telefone com os coordenadores dos grupos para discussão e solução de eventuais dúvidas. Agendou-se datas específicas das reuniões de cada UABS com os tabagistas, para elaboração do cronograma e organização das visitas de campo para a coleta de dados.

A partir daí iniciou-se a coleta de dados onde foi feita a entrevista, logo após o término da reunião, programada segundo cronograma da UABS, não comprometendo a rotina das atividades planejadas pelos coordenadores, desde que o tabagista concordasse em participar da pesquisa e, por sua vez, em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

Para os demais participantes do estudo (fumantes abstêmios e ex-fumantes) foi feito o levantamento dos dados por meio das planilhas de registro e controle dos pacientes que participaram dos grupos no 1º semestre de 2005, para localização dos mesmos, e posteriormente, agendada uma reunião na UABS (somente para aqueles pacientes que ainda mantinham algum vínculo com os grupos). Encontrou-se poucos pacientes desse grupo. Os materiais para tal levantamento encontram-se disponíveis em cada UABS e também, na Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia.

Realizou-se visitas nos grupos em quantidade suficiente para entrevistar todos os interessados em participar da pesquisa, visto que os pacientes retornavam ao grupo na reunião subsequente, de acordo com a proposta de intervenção do PMCT.

Essa pesquisa originou-se de um projeto inicial maior: “Estado nutricional, nível de atividade física, consumo de álcool e perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Goiânia”. Sendo assim, realizou-se uma coleta de dados comum para os dois projetos, este em questão e o outro

intitulado: “Estado nutricional e nível de atividade física de pacientes tabagistas em tratamento na cidade de Goiânia, em 2006”.

A coleta foi realizada diretamente por nutricionistas, neste caso, duas eram as autoras do projeto atuando como coordenadoras, e a outra nutricionista era voluntária e atuava como supervisora, além de acadêmicas da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás, previamente treinadas. Para assegurar a qualidade da coleta, foi ministrado treinamento teórico, conforme programação e apresentação com aplicação do *Manual do Entrevistador* (APÊNDICE F), com informações gerais sobre a coleta de dados e a importância da padronização das atividades realizadas durante a aplicação dos questionários. Realizou-se também atividade prática, com aplicação dos questionários entre os entrevistadores e com alguns servidores voluntários da Faculdade de Nutrição (FANUT/UFG). Em seguida foram sistematizadas as informações a partir da solução das dúvidas e correção dos erros que surgiram.

Durante a aplicação do QFCA o nutricionista utilizou meios que ajudavam o participante, no momento da resposta sobre o consumo de alimentos, para que fosse mais detalhado possível, o tamanho e o volume da porção consumida, tais como: álbuns fotográficos e utensílios que expressassem as medidas caseiras (APÊNDICE G).

Ao término da realização da coleta quando verificada a necessidade de uma intervenção educativa do ponto de vista nutricional, o paciente foi orientado a procurar um nutricionista da rede, ligado à sua área de abrangência, pois se tem

disponibilidade deste profissional em todos os nove distritos sanitários de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

4.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO E TÉCNICAS DE COLETA

4.8.1 Variáveis sócio-demográficas:

- *Sexo e Idade:* obtidos por meio da entrevista individual. Calculou-se a idade a partir da data de nascimento até a data da entrevista, em anos completos, e a idade foi categorizada em décadas. Os indivíduos selecionados foram adultos com idade acima de 18 anos.

- *Estado civil ou situação conjugal:* obtido na entrevista individual e classificado de acordo com as categorias descritas abaixo, conforme material elaborado pelo Ministério da Saúde (2005c). É importante ressaltar que o interesse da pesquisa foi conhecer qual a situação conjugal da pessoa entrevistada no dia da pesquisa que pode ou não ser a mesma que o estado civil, ou seja, pode ser solteiro em seu estado civil, mas atualmente vive junto com outra pessoa, conforme apresentado no Manual do Entrevistador (APÊNDICE F).

As categorias utilizadas na caracterização do estado civil ou situação conjugal foram: casado(a)/união consensual ou divorciado/desquitado/separado(a) ou solteiro(a) ou viúvo(a).

- *Procedência*: obtida nos dados cadastrais do paciente do PMCT, utilizando a codificação padronizada por bairro, conforme descrito na Tabela de Bairros, do governo da cidade de Goiânia do Sistema Municipal de Saúde COMDATA – 2003, para identificar qual distrito sanitário em que o paciente está vinculado para tratamento e acompanhamento (Figura 1).

- *Escolaridade*: obtida através da entrevista, onde se utilizou a classificação conforme descrita no material do Ministério da Saúde (2005c), disponível no *Manual do Entrevistador* desta pesquisa (APÊNDICE F), sendo que para facilitar a análise dos dados, as categorias foram reorganizadas conforme descrito em: analfabeto; Ensino fundamental 1ª fase (1ª a 4ª série / primário); Ensino Fundamental 2ª fase (5ª a 8ª série / 1º grau); Ensino Médio Incompleto (2º grau incompleto); Ensino Médio Completo (2º grau completo); Superior Incompleto e Superior Completo.

- *Renda*: levantou-se informações sobre a renda familiar e *per capita* para auxiliar na caracterização socioeconômica e demográfica dos indivíduos entrevistados. Utilizou-se a classificação descrita no material segundo o Ministério da Saúde (2005c), também disponível do *Manual do Entrevistador* desta pesquisa (APÊNDICE F). Para preenchimento deste quesito além de salários, foram considerados rendimentos provenientes de aposentadoria, pensão, previdência oficial ou privada, aluguel, pensão alimentícia, e outros.

As categorias utilizadas para a classificação da renda familiar e *per capita* em salários mínimos (SM) foram: < 1 SM; de 1 a 2 SM; de 2 a 3 SM; de 3 a 5 SM; de 5 a 10 SM e de 10 a 20 SM.

4.8.2 Variáveis do hábito tabagístico e presença de enfermidades:

- *Classificação do hábito tabagístico:* descreveu-se as características dos fumantes, segundo as variáveis selecionadas, conforme algumas questões adaptadas do material elaborado pelo Ministério da Saúde (2004c), e do Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (Ministério da Saúde, 2001).

As categorias utilizadas para classificar o hábito tabagístico foram obtidas através de entrevista direta por meio do questionário mencionado anteriormente. Levantou-se informações sobre o tempo de uso do tabaco em anos; o tipo de cigarro fumado; o grau de dependência à nicotina utilizando-se o resultado do *Teste de Fagerström*; o número de cigarros/dia; o número de tentativas para deixar de fumar; os fatores causadores da vontade de fumar; e ainda para os fumantes abstêmios, questões como o tempo de abstinência em meses; o método utilizado para cessação do hábito; recaída ou lapso e utilização de medicamentos.

- *Antecedentes familiares:* questionou-se sobre a presença das enfermidades em familiares de 1º grau: dislipidemia, diabetes, obesidade, hipertensão, cardiopatias, câncer, doenças congênitas e outros.

- *Antecedentes pessoais:* a obtenção dessas informações foi através de uma lista de doenças referidas, conforme resposta proveniente da pergunta de número 22 do questionário (APÊNDICE C): “Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve alguma dessas doenças? “, dentre elas: Dislipidemia, Diabetes, Obesidade, Hipertensão, Doença da coluna, Artrite/Reumatismo, Tendinite/LER, Infarto, Coronariopatias, Insuficiência Cardíaca, AVC, Depressão, Enfisema Pulmonar,

Bronquite Crônica, Asma, IRC, Cirrose Hepática, Hepatite, Tuberculose, Malária, Hanseníase, AIDS/SIDA, Câncer , adaptada do material elaborado pelo Ministério da Saúde (2004c).

4.8.3 Variáveis do consumo alimentar

- *Perfil de consumo alimentar*: aplicou-se o método frequência retrospectiva (dos últimos seis meses anteriores à data da entrevista) de consumo de alimentos, mediante um questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) reproduzido e validado (FORNÉS; STRINGHINI; ELIAS, 2003; FORNÉS; STRINGHINI, 2005).
- O *consumo de energia total* foi calculado em calorias (kcal), utilizando um programa de análise de dieta elaborado em Microsoft Office Excel 2003 e foram utilizadas tabelas de composição de alimentos conhecidas nacionalmente para registro da composição nutricional dos alimentos (IBGE, 1999; FRANCO, 1999; PINHEIRO *et al.*, 2000; PHILIPPI, 2002; TACO, 2004).
- *Macronutrientes energéticos*: realizou-se a análise dos glicídios, lipídios e proteínas levando em consideração às quantidades encontradas nas dietas e a percentagem de contribuição de calorias fornecidas por esses nutrientes, em relação ao valor calórico total da dieta.

Os intervalos de distribuição aceitáveis dos macronutrientes (Acceptable Macronutrient Distribution Range – AMDRs) – de glicídios, gorduras e proteínas dos indivíduos foram estabelecidos em função de estudos de intervenção

epidemiológicos com vistas à prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis e em quantidades suficientes para suprir a ingestão de nutrientes essenciais (FISBERG *et al.*, 2005; GIBSON, 2005).

As AMDRs para lipídios e glicídios foram estimadas em 20 a 35% e 45 a 65% como percentual de energia para adultos, respectivamente. Para as proteínas foi estabelecida para complementar os 100% em relação aos valores de AMDR de lipídios e glicídios definidos anteriormente (Quadro 2). Ressalta-se, pois, que os valores máximos de proteínas são elevados quando comparados ao intervalo de referência preconizado em outros estudos anteriores; entretanto, para o planejamento de dietas para indivíduos ou grupos devemos utilizar quantidades maiores de glicídios, em especial os complexos, ou ao menos o ponto médio do intervalo, 55%, no mínimo 20% de gorduras e posteriormente, ajustar o percentual de proteína para completar o valor energético total a ser atingido (FISBERG *et al.*, 2005; GIBSON, 2005).

Quadro 2. Intervalos de distribuição aceitável dos macronutrientes* em adultos

Macronutrientes	Percentual de energia (%)
Gorduras totais	20-35
Carboidratos	45-65
Proteínas	10-35

Fonte: Barr *et al.*, 2003 *apud* Gibson, 2005.

* Acceptable Macronutrient Distribution Ranges (AMDR) for adults

▪ *Gordura saturada, colesterol dietético e sódio*: calculou-se utilizando o programa mencionado. Para avaliar a ingestão da gordura saturada utilizou-se o Índice de Qualidade da Dieta (Diet Quality Index – DQI), segundo uma das oito recomendações de dieta e saúde, onde é recomendado reduzir a ingestão de gordura saturada para um valor menor que 10% da quantidade de energia ingerida (PATTERSON *et al.*, 1994 *apud* GIBSON, 2005). A avaliação da ingestão de colesterol foi estimada comparando-se o total de colesterol fornecido pela dieta com a recomendação de < 300mg/dia, segundo III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias (SBC, 2001b). A avaliação da ingestão de sódio (Na) foi estimada comparando-se o total de sódio ingerido com a recomendação de < 2400mg/dia, segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial/98 (SBC, 1998) e/ou ingestão de até 6g de sal/dia, segundo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial/04 (SBC, 2004).

4.9 BANCO E ANÁLISE DE DADOS

4.9.1 Elaboração do banco de dados

Elaborou-se 03 bancos de dados em programa Microsoft Office Excel 2003 para a entrada de dados referentes às variáveis de interesse para o estudo proposto:

01 para as variáveis não alimentares;

01 para as variáveis de frequência de consumo de alimentos;

01 para as variáveis de ingestão de nutrientes em gramas (g), miligramas (mg) e calorias (kcal) a partir dos cálculos realizados em programa de análise de

dieta elaborado também em programa Microsoft Office Excel 2003, onde foram calculadas 140 dietas, correspondentes aos 140 entrevistados, sendo montado um banco de dados com a dieta calculada para cada paciente. Os arquivos em Excel foram transcritos para o programa SPSS 8,0 (1997) – Statistical Package for Social Sciences, para a análise dos dados.

4.9.2 Análise de dados

Realizou-se a análise dos dados em programa de informática específico com o pacote estatístico SPSS 8,0 – Statistical Package for Social Sciences, 1997. Fez-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição das variáveis contínuas, tais como idade, consumo de nutrientes (g/mg/mL) e consumo dos grupos de alimentos, dentre outras, considerando-se distribuição normal quando $p > 0,05$ no One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test.

As variáveis em estudo foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência, médias e medianas, desvio padrão, e valores de mínimo e máximo. Também se calculou o consumo mediano de ingestão e não somente o consumo médio, uma vez que o desvio-padrão apresenta grande variabilidade, comum em estudos dietéticos. O que se verifica de fato, é que a ingestão de nutrientes raramente apresenta distribuição normal (Castro *et al.*, 2005).

Utilizou-se o Teste Exato de Fisher ou a Prova Exata de Fisher ao invés do teste qui-quadrado (χ^2) para verificar se havia diferença quanto ao hábito de fumar entre os sexos; já que mais de 20% das células da tabela (2x2) tinham uma

frequência esperada menor que 5 indivíduos. O Teste “t” para médias independentes foi utilizado para comparar as médias das variáveis quantitativas entre os sexos, para um nível de significância $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$). Utilizou-se a correlação para medir a existência e o grau (Coeficiente de correlação de Pearson) da relação entre as variáveis de natureza quantitativa, neste caso considerando o número de cigarros fumados e o consumo de café (mL), entre os indivíduos fumantes do estudo.

4.9.3 Softwares utilizados

- **Excel** (2003): na elaboração do banco de dados todas as variáveis utilizadas no estudo e no cálculo das dietas dos entrevistados; na elaboração de gráficos.
- **Word for Windows** (2003, versão XP): como processador de textos e realização de tabelas.
- **SPSS** (versão 8.0): na análise estatística descritiva.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto intitulado “Perfil de Consumo Alimentar de Pacientes Tabagistas em Tratamento, na cidade de Goiânia, no ano de 2006” foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP), em 03 de julho de 2006, número 036/06 (ANEXO B).

Os indivíduos foram informados no momento da entrevista, pelo pesquisador dos objetivos da pesquisa, sendo-lhe apresentado um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (APÊNDICE E) quando decidiram ou não participar do estudo.

Para a realização deste trabalho seguiram-se as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, previstas na Resolução 196 (10/10/96), do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

4.10.1 Análise crítica de riscos e benefícios

O presente estudo não ofereceu risco à saúde dos pacientes visto que não foi realizado nenhum tipo de avaliação que comprometesse a integridade física, biológica e psicológica dos participantes. O projeto se propôs realizar a avaliação do padrão de consumo alimentar dos participantes com métodos não-invasivos, com posterior encaminhamento dos pacientes aos profissionais nutricionistas da rede municipal de saúde, quando verificada a necessidade para intervenção mais apropriada e específica para condição clínica atual.

4.10.2 Explicitação das responsabilidades do pesquisador e instituição

Dentre as responsabilidades do pesquisador destacaram-se:

- Orientar e traçar diretrizes para evolução do trabalho.
- Participar em todas as etapas do projeto.
- Acompanhar o desenvolvimento de acordo com o projeto.
- Orientar os participantes para não existirem possibilidades de dúvidas diante dos instrumentos utilizados para avaliação nutricional e coleta de dados.

A instituição se responsabilizou em garantir que segundo as responsabilidades do pesquisador o projeto fosse realizado dentro dos parâmetros da ética em pesquisa científica. A pesquisa teve uma duração de 5 meses, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A declaração constando as informações de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não e declaração sobre o uso e destino do material e/ou dados coletados está em anexo (APÊNDICE H).

4.11 VIABILIDADE DE EXECUÇÃO DA PESQUISA

A autorização do Secretário de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia (ANEXO C) para realização da coleta de dados nas Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS); a disponibilidade na Faculdade de Nutrição (FANUT/UFG) para o uso de softwares específicos e de programas de análises estatísticas, a liberação de alguns materiais didáticos (lápiz, canetas, borrachas, papel chamex para xerocar os questionários de entrevistas) e o empréstimo das papeletas a serem utilizados durante a coleta de dados, bem como a liberdade para pesquisa em bibliotecas e salas de estudo, foram fatores que contribuíram para a execução da pesquisa.

Foram utilizados métodos simples, não-invasivos, pouco dispendiosos, visto que não houve custo para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), já que o material de apoio utilizado na pesquisa foi de responsabilidade do pesquisador e alguns cedidos pela FANUT/UFG; bem como a análise de dados das fichas cadastrais dos pacientes no programa.

É importante ressaltar que todo e qualquer tipo de contato com os participantes da pesquisa não modificou a rotina das atividades do grupo, e, que a recusa da participação na pesquisa não prejudicou o tratamento programado, conforme critérios da Abordagem Intensiva aos Fumantes. Nesse trabalho houve apenas uma recusa de participação onde a paciente referiu estar com problemas familiares e por isso não estava em condições de ser submetida a uma entrevista individual.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A Abordagem Intensiva ao Fumante do PMCT foi implantada para a população de Goiânia, no ano de 2005 com participação de 12 grupos em 12 UABS, onde 143 pacientes iniciaram o tratamento e 75 (52,4%) finalizaram. No ano de 2006, foram iniciados 15 grupos em 12 UABS dos 09 Distritos Sanitários de Saúde do município, onde 236 pacientes foram inscritos, e até o momento da realização da pesquisa, 130 (55,1%) pacientes continuavam sendo acompanhados nos grupos. Verificou-se que do total de 379 (143+236) pacientes, dos grupos de 2005 e 2006, que iniciaram o tratamento na Abordagem Intensiva ao Fumante, 54,1% (n=205) permaneceram até o final das reuniões, e 45,9% desistiram (n=174). Dos pacientes que finalizaram o tratamento, pararam de fumar sem medicamento 11,2% (n=23); e, 55,6% (n=114) receberam medicamento, após os 6 meses de abordagem cognitivo-comportamental (APÊNDICE I).

A distribuição numérica e percentual da população estudada segundo características socioeconômicas e demográficas é apresentada na Tabela 1. Os pacientes estudados (n=140) representam 68,3% dos 205 pacientes cadastrados que finalizaram o tratamento no PMCT, na Abordagem Intensiva ao Fumante, das sessões de grupo das 13 Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) de Goiânia, nos anos de 2005 e 2006. Das 13 UABS onde foram realizadas as entrevistas, em 12 delas foram montados grupos em 2006 e em 01 (Centro de Saúde Canaã) era um grupo de 2005 que só finalizou, com a distribuição dos medicamentos, em 2006.

Quanto à distribuição dos pacientes por unidades de saúde de acordo com os seus distritos sanitários correspondentes (Quadro 3) verificou-se que a maior porcentagem (25%) dos entrevistados foi da região do Distrito Sanitário Norte, seguido dos distritos Sul/Sudeste (24,3%); Oeste (20%); Mendanha (14,3%); Meia Ponte (9,3%) e a menor porcentagem de entrevistados foi da região do Distrito Sudoeste (7,1%).

Quadro 3. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo participação por Unidades de Atenção Básica à Saúde (UABS) e distritos sanitários. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Distrito Sanitário	Unidade de Saúde	n	%
Meia Ponte	CS Canaã	4	2,9
	CAIS Campinas	3	2,1
	CS Rodoviário	6	4,3
Mendanha	CAIS Cândida de Moraes	8	5,7
	CIAMS Urias Magalhães	12	8,6
Norte	PSF Cachoeira Dourada	10	7,1
	CS Jd Guanabara ^a	19	13,6
	CS Itatiaia	6	4,3
Oeste	PSF Bairro Goiá ^b	28	20,0
Sudoeste	CAIS Novo Horizonte	10	7,1
Sul/Sudeste	CS Parque Amazônia	7	5,0
	CIAMS Pedro Ludovico ^c	21	15,0
	CIAMS Jardim América	6	4,3
Total		140	100,0

^a Nessa unidade o grupo estava no início das atividades em 2006

^b Nessa unidade foram montados três grupos em 2006

^c Nessa unidade foram montados dois grupos em 2006

Dos 140 entrevistados 76,4% (n=107) eram do sexo feminino e 23,6% (n=33) do sexo masculino. Quanto à distribuição da faixa etária por sexo, predominou aquela compreendida entre 50 a 60 anos. Apenas 2,9% dos indivíduos tinham idade superior a 70 anos, e 2,1%, inferior a 30 anos (Tabela 1).

Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes, 74 (52,8%) possuía o ensino fundamental (1ª e 2ª fases); 45 (32,1%) o ensino médio (incompleto e completo) e 18 (12,8%) o ensino superior (incompleto e completo) e apenas 2,1% eram analfabetos, em ambos os sexos. Verificou-se que, proporcionalmente, havia mais homens do que mulheres com nível de instrução elevada, sendo que para o ensino médio 12 (36,3%) eram homens e 33 (30,8%) mulheres e para o ensino superior, 06 (18,2%) eram homens e 12 (11,2%) mulheres (Tabela 1).

No que se diz respeito à situação conjugal e o tipo de trabalho (ocupação), observou-se que 81 (57,9%) moravam com um (a) companheiro (a), e que 93 (66,4%) possuíam uma atividade rentável, 26,4% cuidavam da casa e apenas 7,1% não trabalhavam (aposentados) (Tabela 1).

Quanto ao nível de renda *per capita* (em salário mínimo - SM) houve predomínio da renda inferior a 1,0 SM (54,3%) da população, seguido de 32,1% com renda per capita entre 1,0 – 2,0 SM (Tabela 1). O salário mínimo vigente no momento da pesquisa era o equivalente à R\$ 350,00.

Ressalta-se aqui que não houve perdas na coleta de dados do presente estudo, de acordo com o número de participantes proposto na seleção da amostra que estava entre 140 a 150 pacientes, onde foram entrevistados 140.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo características sócio-econômicas e demográficas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
No de participantes	33	23,6	107	76,4	140	100
Faixa etária (anos)						
20 — 30	01	3,0	02	1,9	03	2,1
30 — 40	08	24,2	14	13,1	22	15,7
40 — 50	08	24,2	35	32,7	43	30,7
50 — 60	11	33,4	42	39,2	53	37,9
60 —70	03	9,1	12	11,2	15	10,7
> 70	02	6,1	02	1,9	04	2,9
Escolaridade						
Analfabeto	00	0,0	03	2,8	03	2,1
Fundamental 1ª Fase	06	18,2	37	34,6	43	30,7
Fundamental 2ª Fase	09	27,3	22	20,6	31	22,1
Ensino Médio incompleto	04	12,1	10	9,3	14	10,0
Ensino Médio completo	08	24,2	23	21,5	31	22,1
Superior incompleto	04	12,1	04	3,7	08	5,7
Superior completo	02	6,1	08	7,5	10	7,1
Estado civil						
Casado (a)	23	69,6	58	54,2	81	57,9
Divorciado (a)	02	6,1	20	18,7	22	15,7
Solteiro (a)	06	18,2	15	14,0	21	15,0
Viúvo (a)	02	6,1	14	13,1	16	11,4
Ocupação						
Empregador (a)	04	12,1	05	4,7	09	6,4
Empregado (a)	09	27,3	38	35,5	47	33,6
Autônomo (a)	14	42,4	23	21,5	37	26,4
Dono (a) de casa	02	6,1	35	32,7	37	26,4
Não trabalha	04	12,1	06	5,6	10	7,1
Renda per capita (SM)						
< 1	16	48,4	60	56,1	76	54,3
1 — 2	13	39,4	32	29,9	45	32,1
2 — 3	02	6,1	07	6,5	09	6,4
3 — 5	02	6,1	07	6,5	09	6,4
5 —10	00	0,0	01	1,0	01	0,7

5.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E PRESENÇA DE DOENÇAS

Do total de pacientes estudados 85% (n=119) eram fumantes e 15% (n=21), considerados fumantes abstêmios (n=20) e ex-fumante (n=01). Essas duas últimas categorias foram associadas em uma única, de fumantes abstêmios, devido ao número reduzido de ex-fumantes (Tabela 2).

Quando observada a idade de início do hábito tabagístico de todos os pacientes estudados verificou-se que 47,9% iniciaram este hábito entre 7 e 14 anos de idade, 40,7%, entre os 15 e 20 anos e 11,4% com mais de 20 anos, ou seja, 88,6% iniciaram o hábito tabagístico até os 20 anos. A média de idade de início do hábito tabagístico para o sexo masculino é de 15,2 anos ($DP \pm 3,78$) e para o sexo feminino de 15,7 anos ($DP \pm 6,08$), não existindo diferença significativa quando se utiliza o teste “t” ($p = 0,596$), para um $\alpha = 5\%$, entre os sexos (Tabela 2).

Dos 119 fumantes (Tabela 3), 80,7% eram mulheres e 19,3% eram homens. Dos indivíduos do sexo feminino, a grande maioria era fumante (89,7%) quando comparadas às mulheres fumantes abstêmias (10,3%). Essa mesma relação acontece com os homens, onde 69,7% (n=23) eram fumantes e 30,3% (n=10) eram abstêmios. Quando se compara o hábito de fumar entre os sexos, observou-se que as mulheres fumavam mais que os homens com diferença estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher $p=0,01$).

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo caracterização do hábito tabagístico por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

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

* \bar{X} de idade do início do hábito tabagístico: sexo masculino ($15,2 \pm 3,78$) e sexo feminino ($15,7 \pm 6,08$)

As características dos pacientes fumantes e fumantes abstêmios por sexo, segundo o hábito tabagístico encontram-se nas Tabelas 3 e 4, respectivamente.

Em relação à duração do hábito tabagístico em anos, observou-se que 86,5% (n=103) e 90,5% (n=19) dos pacientes fumantes e fumantes abstêmios (incluindo ex-fumante), respectivamente, fumam ou fumavam a mais de 21 anos, confirmando o início precoce do hábito (Tabelas 3 e 4). A média de tempo de uso do tabaco (anos) para o sexo masculino é de 32,8 (DP \pm 11,7) e para o sexo feminino é de 33,9 (DP \pm 10,8), e para o total de participantes é de 33,7 (DP \pm 10,9) variando de 12 a 58 anos (homens) e de 5 a 62 anos (mulheres). Não se observou diferença significativa entre os sexos quanto ao tempo de uso do tabaco em anos, em fumantes e fumantes abstêmios (p=0,601).

No que se refere ao número de cigarros fumados ao dia, foi verificado que 14,3% (n=03) dos fumantes abstêmios e ex-fumante fumavam menos que 10

cigarros/dia e 38,1% (n=08) fumavam mais de 21 (Tabela 4). Já entre os indivíduos fumantes (Tabela 3), 33,6% (n=40) fumavam menos que 10 cigarros/dia e 17,6% (n=21) mais de 21; ou seja, do total dos entrevistados 30,7% fumavam menos de 10 cigarros/dia; 48,6% de 10 a 20, e 20,7% acima de 21 cigarros/dia (fumantes pesados). O número médio de cigarros fumados pelos indivíduos fumantes do sexo masculino é de 18,3 (DP ± 10,1) e do sexo feminino é de 16,0 (DP ± 8,9), e para a população total de fumantes a média foi de 16,4 (DP ± 9,2), com variação de 1 a 40 e de 3 a 40 cigarros fumados por dia para homens e mulheres, respectivamente. Não existe diferença significativa entre os sexos (Teste "t": p=0,275) quanto ao número médio de cigarros fumados por dia.

Observou-se, durante a realização das entrevistas, que a grande maioria dos indivíduos fumantes (daqueles que já estavam há mais de 2 meses em acompanhamento nos grupos de controle do tabagismo) relatou que já estava reduzindo o número de cigarros fumados/dia. Isso pode explicar a maior proporção de pacientes (desse grupo) fumando menos de 10 cigarros/dia.

Segundo os resultados obtidos a partir da realização do *Teste de Fagerström* (teste utilizado para classificar o grau de dependência à nicotina), nos pacientes fumantes verificou-se que 25,2% (n=30) e 16,8% (n=20) apresentaram grau de dependência à nicotina, elevado e muito elevado, respectivamente (Tabela 3).

Quanto ao número de tentativas para deixar de fumar o número médio de tentativas foi de 3,24 (DP ± 1,78) para os fumantes (Tabela 3); 2,70 (DP ± 1,98) para os fumantes abstinidos e 3,0 para o ex-fumante (n=1) (Tabela 4). Entre os fumantes

e fumantes abstinêncios (incluindo o ex-fumante) 22,4% (n=24) e 19,0% (n=04) apresentaram mais de 6 tentativas para deixar de fumar, respectivamente (Tabelas 3 e 4). Entre os sexos (fumantes e fumantes abstinêncios) houve diferença significativa ($p = 0,001$), visto que a média de número de tentativas para deixar de fumar foi de 2,33 (DP \pm 1,42) para os homens e de 3,41 (DP \pm 1,85) para as mulheres.

Dentre os fatores causadores da vontade de fumar, destaca-se que 87,9% dos pacientes referiram os estados emocionais negativos (depressão, tristeza, angústia, inquietação, desesperança entre outros), seguido do uso do café (63,6%); comer ou substituição a alimentos (condicionamentos relacionados à alimentação) 54,3% e convívio social (40,0%), para fumantes, fumantes abstinêncios e ex-fumantes (Tabelas 3 e 4). Em relação ao tipo de cigarro utilizado 89,1% dos fumantes (n=119) referiram usar o cigarro com filtro, 4,2% o cigarro sem filtro e 6,7% fumavam cigarros com filtro e cigarros sem filtro ao mesmo tempo (Tabela 3).

Já o que se refere ao tempo de abstinência em meses dos pacientes abstinêncios (Tabela 4), 66,7% abandonaram o hábito de fumar há menos de 3 meses e 28,6% entre 3 e 12 meses. Desse grupo, 57,1% utilizaram o método abrupto para cessação do hábito de fumar; e 42,9% tiveram recaída (quando o fumante parou de fumar, e voltou a fumar) ou lapso (quando o fumante parou de fumar, fuma um cigarro uma vez, e não volta a fumar mais). Dentre os principais motivos para recaída ou lapso destacam-se em primeiro lugar com 66,7% a fissura; seguida da depressão com 55,5%; a falta de apoio em casa/trabalho (33,3%); 22,2% para os sintomas da síndrome de abstinência e 11,1% referiram o medo do ganho de peso (do sexo feminino). Quanto à utilização de medicamentos para os pacientes

fumantes abstinidos e ex-fumantes (n=21), 42,8% das mulheres e, 28,6% dos homens utilizaram algum tipo de medicamento para auxiliar a manutenção da abstinência do tabagismo (Tabela 4).

As características da população em estudo quanto aos antecedentes familiares segundo sexo, estão apresentadas na Tabela 5. Observou-se que dentre as enfermidades mais citadas como antecedentes familiares destacam-se a hipertensão (em primeiro lugar), seguida de cardiopatias, câncer, dislipidemias e diabetes, onde as mulheres referiram ter mais dessas enfermidades em suas famílias que os homens, respectivamente, como 75,7% e 54,5% (hipertensão); 55,0% e 42,4% (cardiopatias); 57,0% e 33,3% (câncer). A maioria dos entrevistados apresentava uma ou mais doenças associadas em seus familiares (parentesco de 1º grau).

As características da população estudada segundo a morbidade referida, ou seja, aquela enfermidade referida pelo entrevistado que já foi anteriormente diagnosticada por algum médico, estão apresentadas na Tabela 6. Dentre as morbidades mencionadas, 50% (n=70) dos pacientes referiram ter Doença da coluna, 44,3% (n=62) Depressão, 39,3% (n=55) Dislipidemia, 25% (n=35) Hipertensão e 24,3% (n=34) Artrite/Reumatismo; entre homens e mulheres; sendo que um paciente pode apresentar uma ou mais doenças associadas. Cabe destacar que cerca de 30,0% (n=42) dos fumantes, fumantes abstinidos e ex-fumantes já apresentaram Enfisema Pulmonar e/ou Bronquite Crônica e/ou Asma. Aproximadamente 20,0% (n=28) manifestaram ter tido Infarto e/ou Coronariopatias e/ou Insuficiência cardíaca e quase 3,0% (n=04) já tiveram câncer.

Tabela 3. Caracterização dos pacientes “fumantes” da população estudada por sexo, segundo hábito tabagístico. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Participantes	23	19,3	96	80,7	119	100
Tempo de uso do tabaco (anos)						
< 10	00	0,0	02	2,1	02	1,7
10 a 20	03	13,0	11	11,5	14	11,8
21 a 30	07	30,5	22	22,9	29	24,4
31 a 40	09	39,2	39	40,6	48	40,3
41 a 50	01	4,3	15	15,6	16	13,4
> 50	03	13,0	07	7,3	10	8,4
Tipo de cigarro						
Com filtro (somente)	20	87,0	86	89,6	106	89,1
Sem filtro (somente)	02	8,7	03	3,1	05	4,2
Com e sem filtro	01	4,3	07	7,3	08	6,7
Grau de dependência à Nicotina^a						
Muito baixo	04	17,4	19	19,8	23	19
Baixo	03	13,0	19	19,8	22	18,5
Médio	09	39,2	15	15,6	24	20,2
Elevado	04	17,4	26	27,1	30	25,2
Muito elevado	03	13,0	17	17,7	20	16,8
Nº de cigarros fumados/dia (unidades)						
< 10	05	21,7	35	36,5	40	33,6
10 a 20	12	52,3	46	47,9	58	48,7
21 a 30	05	21,7	10	10,4	15	12,6
> 30	01	4,3	05	5,2	06	5,0
Nº de pessoas que tentaram parar de fumar						
	20	0,9	87	90,6	107	89,9
Nº de tentativas para deixar de fumar^c						
1 a 2	12	60,0	33	38,0	45	42,1 ^b
3 a 5	07	35,0	31	35,6	38	35,5 ^b
6 ou mais	01	5,0	23	26,4	24	22,4 ^b
Total	20	100,0	87	100,0	107	100 ^b
Fatores causadores da vontade de fumar^d						
Comer ou substituição a alimentos	10	30,3	58	54,2	68	57,1
Uso de bebidas alcoólicas	16	48,5	22	20,6	38	31,9
Uso do café	17	51,5	63	58,9	80	67,2
Convívio Social	11	33,3	37	34,6	48	40,3
Estados emocionais negativos	22	66,7	84	78,5	106	89,1
Emoções positivas	04	12,1	34	31,8	38	31,9

^a Classificação realizada a partir da aplicação do Teste de Fargerström (Ministério da Saúde, 2001)

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

^c A \bar{X} de tentativas para deixar de fumar entre os fumantes foi de $3,24 \pm 1,78$.

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

Tabela 4. Caracterização dos pacientes “fumantes abstêmios e ex-fumantes” da população estudada por sexo, segundo hábito tabagístico. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Participantes	10	47,6	11	52,4	21	100
Tempo de uso do tabaco (anos)						
10 a 20	02	20,0	00	0,0	02	9,5
21 a 30	02	20,0	02	18,2	04	19,0
31 a 40	04	40,0	05	45,4	09	42,9
41 a 50	02	20,0	03	27,3	05	23,8
> 50	00	0,0	01	9,1	01	4,8
Tempo de abstinência (meses)						
< 3	07	70,0	07	63,6	14	66,7
3 a 6	02	20,0	01	9,1	03	14,3
7 a 12	00	0,0	03	27,3	03	14,3
> 12	01	10,0	00	0,0	01	4,7
Nº de cigarros fumados/dia^a						
< 10	01	10,0	02	18,2	03	14,3
10 a 20	04	40,0	06	54,5	10	47,6
21 a 30	02	20,0	01	9,1	03	14,3
> 30	03	30,0	02	18,2	05	23,8
Nº de tentativas para deixar de fumar*	* Fumante abstêmio (\bar{X} 2,70 \pm 1,98) e ex-fumante (\bar{X} 3,0)					
1 a 2	07	70,0	07	63,6	14	66,7
3 a 5	02	20,0	01	9,1	03	14,3
6 ou mais	01	10,0	03	27,3	04	19,0
Fatores causadores da vontade de fumar^b						
Comer ou substituição a alimentos	03	30,0	05	45,4	08	38,1
Uso de bebidas alcoólicas	05	50,0	03	27,3	08	38,1
Uso do café	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Convívio Social	05	50,0	03	27,3	08	38,1
Estados emocionais negativos	08	80,0	09	81,8	17	81,0
Emoções positivas	04	40,0	02	18,2	06	28,6
Método utilizado para cessação						
Abrupto	06	60,0	06	54,6	12	57,1
Gradual ^c	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Adiamento	01	25,0 ^c	00	0,0	01	11,1 ^c
Redução	03	75,0 ^c	05	100,0 ^c	08	88,9 ^c
Recaída ou lapso	04	40,0	05	45,4	09	42,9
Motivos para recaída ou lapso^b						
Síndrome de Abstinência	00	0,0	02	40,0 ^d	02	22,2 ^d
Fissura	04	100,0 ^d	02	40,0 ^d	06	66,7 ^d
Medo de Ganho de peso	00	0,0	01	20,0 ^d	01	11,1 ^d
Consumo de bebida alcoólica	00	0,0	00	0,0	00	00
Falta de apoio em casa/trabalho	01	25,0 ^d	02	40,0 ^d	03	33,3 ^d
Depressão	02	50,0 ^d	03	60,0 ^d	05	55,5 ^d
Utilização de medicamentos	06	60,0	09	81,8 ^d	15	71,4
Medicamentos utilizados^b						
Goma de mascar	02	33,3 ^e	00	0,0	02	13,3 ^e
Adesivo transdérmicos	03	50,0 ^e	09	100,0 ^e	12	80,0 ^e
Bupropiona	00	0,0	00	0,0	00	00
Outros medicamentos	02	33,3 ^e	02	22,2	04	26,7 ^e

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

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

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

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

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

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo antecedentes familiares por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

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

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

Tabela 6. Distribuição numérica e percentual da população estudada segundo morbidade referida. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

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

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

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR

A distribuição da população estudada quanto ao percentual de freqüências de consumo por grupo de alimentos está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da população estudada quanto ao percentual de freqüências* de consumo** por grupo de alimentos. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Alimentos e Grupos de alimentos	Não consumido (%)	1vez/mês (%)	2-4x/mês (%)	2-4x/semana (%)	5-6x/semana (%)	Diariamente (%)
Leite e derivados						
Queijo fresco	39,3	12,8	14,3	23,6	5,0	5,0
Leite integral líquido	50,0	2,1	6,4	4,3	4,3	32,9
Queijo mussarela	52,1	11,4	18,6	12,9	2,9	2,1
logurte de fruta	54,3	16,4	12,1	13,6	1,4	2,1
Leite tipo C	74,3	4,3	2,1	4,3	2,1	12,9
Leite desnatado	81,4	0,7	1,4	2,9	0,7	12,9
Leguminosas						
Feijão	2,1	-	2,9	5,7	2,1	87,2
Soja (leite, grão, farinha)	87,9	2,1	1,4	1,4	0,7	6,5
Ovos e carnes						
Bife bovino	13,6	2,1	17,9	54,3	8,6	3,6
Carne bovina ensopada	19,3	5,7	35,0	33,6	4,3	2,1
Carne bovina moída	27,9	10,0	30,7	28,6	2,1	0,7
Frango sem pele	29,3	5,7	23,6	37,9	2,9	0,7
Ovo cozido	30,0	22,1	28,6	15,0	3,6	0,7
Carne suína	32,1	22,9	32,1	10,7	2,1	-
Peixe (milanesa, cozido)	44,3	31,4	20,7	2,9	0,7	-
Cereais e derivados						
Arroz	0,7	-	-	2,9	2,1	94,3
Farinha de mandioca	29,3	10,7	19,3	23,6	4,3	12,8
Massas e salgadinhos						
Pão/biscoito de queijo	16,4	10,0	31,4	20,7	6,4	15,0
Macarrão	16,4	17,9	37,1	23,6	1,4	3,6
Pão francês	25,7	3,6	10,0	17,2	7,8	35,7
Pamonha	44,3	36,4	15,7	2,1	1,4	-
Bolo simples	47,1	16,4	21,4	13,6	-	1,4
Biscoito água/sal	51,4	10,7	5,7	15,7	7,9	8,5
Açúcares e doces						
Açúcar	12,1	1,4	1,4	0,7	-	84,4
Doce de leite	57,9	21,4	12,1	5,0	2,1	1,4
Sorvete	60,0	24,3	13,6	1,4	-	0,7
Bombom sortido	62,1	20,7	9,3	4,3	-	3,6
Rapadura	71,4	10,7	5,7	4,3	1,4	6,4
Mel	72,9	12,8	3,6	5,0	0,7	5,0

Tabela 7 (continua)

Tabela 7 (continua)

Alimentos e Grupos de alimentos	Não consumido (%)	1vez/mês (%)	2-4x/mês (%)	2-4x/semana (%)	5-6x/semana (%)	Diariamente (%)
Frutas						
Laranja	26,4	11,4	15,0	7,8	7,1	16,4
Maçã	32,9	8,6	17,1	20,7	6,4	14,2
Mamão	32,9	17,9	21,4	12,9	6,4	8,6
Melancia	37,1	22,9	27,1	10,7	-	2,1
Banana maçã	42,1	4,3	12,1	16,4	6,4	18,6
Abacaxi	44,3	14,3	30,0	9,3	1,4	0,7
Limão	50,7	3,6	5,7	8,6	5,7	25,7
Mexerica (tangerina)	50,7	17,1	10,7	12,8	2,1	6,4
Banana prata	60,0	3,6	7,9	10,7	5,7	12,2
Hortaliças						
Vegetal "A"						
Alface	5,7	1,4	16,4	30,0	18,6	27,9
Tomate	7,9	2,9	8,6	24,3	17,9	38,5
Couve	18,6	10,7	32,2	28,5	4,3	5,7
Repolho	22,1	7,9	25,7	32,1	7,1	5,0
Pepino	48,6	6,4	20,7	18,6	2,9	2,8
Vegetal "B"						
Abóbora	17,1	9,3	41,4	27,1	3,6	0,7
Cenoura	20,0	11,4	22,9	27,8	10,0	7,9
Beterraba	27,9	13,6	29,3	21,4	5,7	2,1
Abobrinha	27,9	5,0	36,4	28,6	2,1	-
Chuchu	28,6	12,9	25,0	27,1	4,3	2,1
Quiabo	34,3	14,3	29,3	18,6	3,6	-
Vagem	43,6	14,3	21,4	15,0	3,6	2,1
Vegetal "C"						
Batata inglesa	24,3	15,7	23,6	30,0	4,3	2,1
Mandioca	15,1	22,1	43,6	17,8	1,4	-
Milho verde	44,3	19,3	23,6	10,7	2,1	-
Cará	54,3	20,0	16,4	7,9	0,7	0,7
Gorduras						
Óleo vegetal	1,4	-	-	-	-	98,6
Margarina	38,6	5,0	4,3	16,4	7,9	27,9
Banha de porco	77,9	6,4	3,6	2,9	0,7	8,6
Manteiga de leite	79,3	8,6	1,4	4,3	0,7	5,7
Azeite de oliva	89,3	-	-	1,4	0,7	8,6
Maionese	60,7	25,0	9,3	3,6	0,7	0,7
Torresmo	66,4	22,1	7,9	2,9	-	0,7
Creme de leite	67,9	17,1	12,1	2,1	-	0,7
Temperos e condimentos						
Sal	-	-	-	-	1,4	98,6
Bebidas alcoólicas						
Cerveja	56,4	7,9	20,0	12,9	-	2,9
Vinho	87,1	5,0	5,0	1,4	-	1,4
Bebidas não alcoólicas e infusos						
Café	5,0	0,7	-	2,1	-	92,2
Refrigerante	34,3	15,7	21,4	13,6	5,0	10,0
Refresco de fruta c/ açúcar	37,1	9,3	17,1	18,6	3,6	14,3

* Para categorizar o consumo nessa tabela foram utilizados os alimentos que foram mais consumidos dentro de cada grupo.

** Para os consumos: Não consumido: utilizou-se o escore (0); 1vez/mês: escore (0,016); 2-4vezes/mês: escore (0,099); 2-4vezes/semana: escore (0,43); 5-6vezes/semana: escore (0,79); Diariamente: 1vez/dia (1) + 2-3vezes/dia (2,5) + 4-5vezes/dia (4,5) + 6vezes/dia (6)

Conforme apresentado na Tabela 7, para o grupo de leite e derivados destacou-se o consumo diário de leite integral líquido, seguido do leite tipo C e leite desnatado, semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) de queijo fresco e mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) de mussarela. Do grupo das leguminosas, o feijão é consumido por mais de 85% da população diariamente e essa mesma porcentagem de pessoas não consomem soja. No grupo das carnes destacou-se o consumo semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) da carne vermelha preparada como bife (62,9%), seguida do frango sem pele (40,8%) e da carne bovina ensopada (37,9%). Quanto ao consumo mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) destacou-se nesse grupo de alimentos a carne suína (55,0%), seguida do peixe (52,1%), dos ovos de galinha (50,7%) e da carne bovina moída (40,7%). No grupo dos cereais e derivados o arroz é mais consumido diariamente (94,3%) e a farinha de mandioca consumida em maior porcentagem de 2 a 4 vezes/semana (23,6%). No grupo das massas e salgadinhos destacou-se o consumo diário de pão francês (35,7%), semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) de pão/biscoito de queijo (27,1%) e mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) de macarrão (55,0%) e de pamonha (52,1%). No grupo dos açúcares e doces destacou-se o consumo de açúcar diariamente (84,4%), semanal de doce de leite (7,1%) e mensal de sorvete (37,9%). No grupo das frutas destacou-se o consumo diário de limão (25,7%), banana-maçã (18,6%) e laranja (16,4%), semanal de maçã (27,1%) e mensal de melancia (50,0%). No grupo das hortaliças “A” destacou-se o consumo diário de tomate (38,5%), semanal de alface (48,6%) e mensal de couve (42,9%). No grupo das hortaliças “B” destacou-se o consumo diário de cenoura (17,9%), semanal também de cenoura, chuchu, abóbora e abobrinha, e mensal também de abóbora, quiabo, beterraba, abobrinha e vagem.

No grupo das hortaliças “C” destacou-se o consumo semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) de batata inglesa (34,3%) e mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) de mandioca (65,7%) e milho verde (42,9%).

No grupo das gorduras destacou-se o consumo do óleo vegetal consumido diariamente por 98,6% da população estudada, seguido da margarina, da banha de porco (8,6%) e do azeite de oliva (8,6%); consumo semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) de margarina também e para o consumo mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) destacou-se a maionese (34,3%), o torresmo (30,0%), o creme de leite (29,2%) e, por último, a manteiga de leite (10,0%). Observou-se também que no grupo das bebidas não-alcoólicas e infusos destacou-se o consumo diário de café (92,2%), semanal (2 a 4 vezes e 5 a 6 vezes/semana) de refresco de fruta com açúcar (22,2%) e mensal (1 vez e 2 a 4 vezes/mês) de refrigerante (26,4%). No grupo das bebidas alcoólicas destacou-se o consumo mensal de cerveja (27,9%) seguido do vinho (10,0%) (Tabela 7).

Destaca-se a seguir somente a frequência **diária** (uma ou mais vezes ao dia) de consumo dos alimentos distribuídos nos doze grupos estudados, para possibilitar a definição do padrão de consumo alimentar. Os alimentos que compuseram os grupos estão apresentados no Quadro 4.

No grupo de **leite e derivados** observou-se que 32,9% dos entrevistados consomem diariamente leite integral, e as mulheres apresentam um consumo maior deste alimento. Já para o segundo mais citado nesse grupo, o leite tipo C, existe uma porcentagem maior entre os homens (18,2%) do que nas mulheres (11,2%) consumindo esse alimento (Figura 2).

Quadro 4. Relação dos alimentos que fazem parte dos grupos de alimentos do questionário de frequência alimentar (incluídos os alimentos referidos ao longo da entrevista que não constavam no questionário padrão):

1. LEITE E DERIVADOS
Coalhada/ logurte de fruta/ Leite desnatado /Leite em pó integral /Leite in natura (tipo C)/ Leite integral líquido /Queijo light /Queijo minas fresco /Queijo mussarela /Queijo parmesão /Queijo prato /Requeijão (cremoso, corte) /Requeijão catupiry /Requeijão light (Total: 14)
2. LEGUMINOSAS E OLEAGINOSA
Amendoim / Feijão / Leite de soja / Soja (farinha) / Soja (grão cozido) / Azeitona (Total: 06)
3. OVOS E CARNES
Almôndega / Bife bovino / Bife de fígado / Camarão / Carne bovina assada / Carne bovina moída / Carne ensopada / Carne seca / Carne suína / Costela de boi / Costela de porco / Empanado de frango / Filé de fígado frito / Frango com pele / Frango sem pele / Hambúrguer / Lingüiça / Lingüiça de frango / Miúdos / Mortadela / Ovo de galinha cozido / Ovo de galinha frito / Peixe à milanesa / Peixe cozido (molho, ensopado) / Peixe frito / Presunto / Presunto de frango / Rabada / Salsicha em lata / Sardinha em lata (Total: 30)
4. CEREAIS E DERIVADOS
Arroz / Aveia, flocos / Farinha de milho / Fubá de milho / Farinha de mandioca / Cuscuz de milho / Farinha láctea / Gérmen de trigo / Sustagem (Total: 09)
5. MASSAS E SALGADINHOS
Angu / Biscoito água/sal / Biscoito de polvilho / Biscoito doce / Bolacha integral / Bolacha recheada / Bolo de cenoura / Bolo simples / Broa de milho / Coxinha de frango / Empadão goiano / Empadinha / Enroladinho / Esfiha / Lasanha / Macarrão / Pamonha / Panqueca / Pão francês / Pão integral / (Pão/Biscoito queijo) / Pastel / Pipoca / Pizza / Quibe / Risole / Rosca doce / Sanduíche (X-Tudo) / Torta de frango (Total: 29)
6. AÇÚCARES E DOCES
Açúcar / Arroz doce / Bala/Chiclete / Bombom sortido / Brigadeiro / Chocolate diet / Doce de fruta (pasta) / Doce de leite / Doce fruta (compota) / Gelatina / Geléia de frutas / Geléia de mocotó / Mel / Pavê de chocolate / Pé-de-moleque / Picolé de fruta / Pudim / Queijada / Rapadura / Sonho de valsa / Sorvete / Tortas doces (Total: 22)
7. FRUTAS
Abacate / Abacaxi / Açaí / Acerola / Ameixa / Banana maçã / Banana nanica / Banana ouro / Banana prata / Banana terra / Caju / Caqui / Coco / Cupuaçu / Frutas secas / Goiaba / Jabuticaba / Kiwi / Laranja / Limão / Maçã / Mamão / Manga / Maracujá / Melancia / Melão / Morango / Pêra / Tamarindo / Tangerina / Uva (Total: 31)
8. HORTALIÇAS
Abóbora cozida / Abobrinha cozida / Acelga / (Agrião/Rúcula) / Alface / Almeirão / Batata doce cozida / Batata doce frita / Batata inglesa cozida / Batata inglesa frita / Berinjela ensopada / Berinjela frita / Beterraba cozida / Beterraba crua / Brócolis / Cará cozido / Cenoura cozida / Cenoura crua / Chicória / Chuchu cozido / Couve crua / Couve flor / Couve refogada / Ervilha em lata / Espinafre cozido / Guariroba / Jiló / Mandioca cozida / Mandioca frita / Mandioquinha salsa / Milho verde / Milho verde em lata / Mostarda cozida / Nabo cozido / Nabo cru / Palmito / Pepino / Pimentão / Purê de batata / Quiabo refogado / Rabanete / Repolho cru / Taioba / Tomate cru / Vagem refogada (Total: 45)
9. GORDURAS
Azeite de oliva / Banha / Creme de leite / Maionese / Manteiga / Margarina / Margarina light / Óleo vegetal / Torresmo / Toucinho (Total: 10)
10. TEMPEROS E CONDIMENTOS
Alho / Caldo de carne / Catchup / Cebola / Cebolinha / Sal (Total: 06)
11. BEBIDAS ALCOÓLICAS
Água ardente (pinga) / Cerveja / Vinho / Vodka (Total: 04)
12. BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS E INFUSOS
Água / Água de coco / Café / Chá mate (c/ açúcar) / Refresco de fruta com açúcar / Refresco de fruta industrializado / Refresco de laranja com açúcar / Refrigerante (Total: 08)
Totalizando 214 alimentos.

Os alimentos em negrito foram àqueles acrescentados que não constavam no questionário padrão

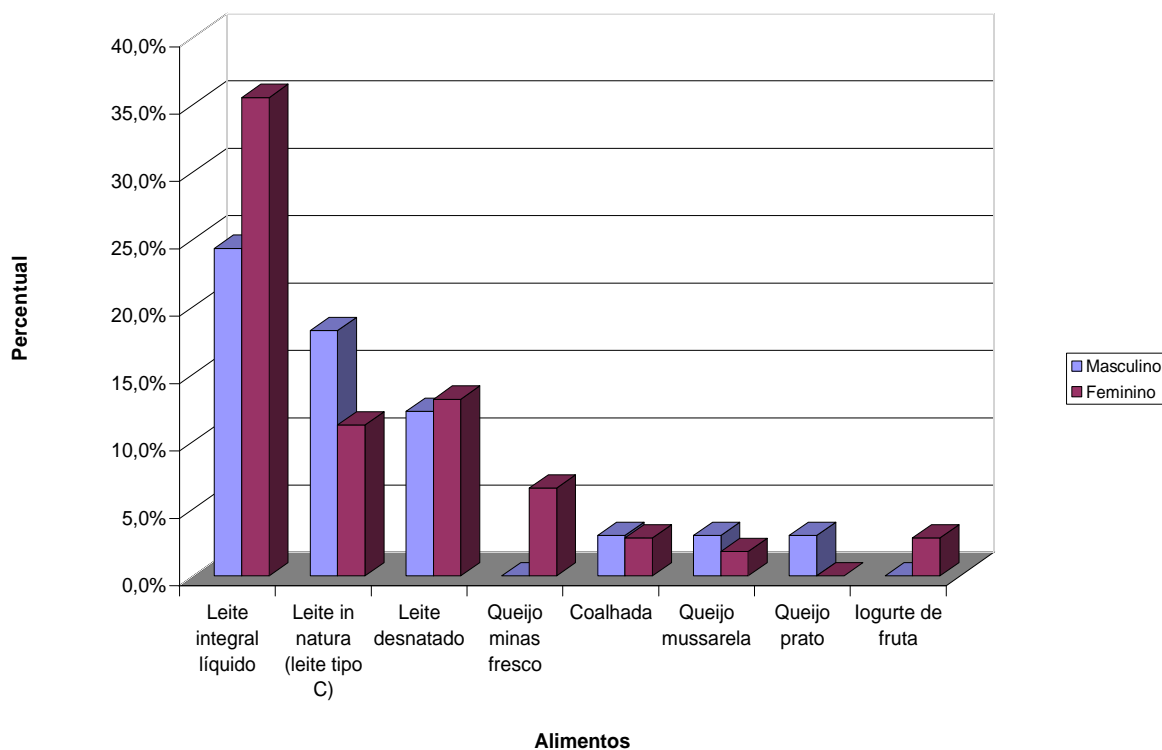


Figura 2. Distribuição percentual da população estudada segundo frequência de consumo diário dos alimentos do grupo de leite e derivados, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Em relação ao grupo das **leguminosas** destacou-se dentre os mais consumidos o feijão, sendo que 87,1% dos entrevistados o consomem diariamente; onde os homens proporcionalmente, consomem com maior frequência. Os demais alimentos como soja (em grão e farinha), leite de soja e amendoim foram consumidos diariamente somente pelas mulheres (Figura 3).

Quanto ao grupo das **carnes e ovos**, a carne vermelha (bife bovino, mais citado) destacou-se entre o consumo diário, tanto para homens quanto para mulheres, sendo que o consumo no sexo masculino (6,1%) é maior em termos percentuais que no sexo feminino (2,8%). Os demais alimentos desse grupo tais como: presunto, carne moída, carne ensopada, frango com e sem pele, ovos, somente as mulheres os consomem diariamente (Figura 4).

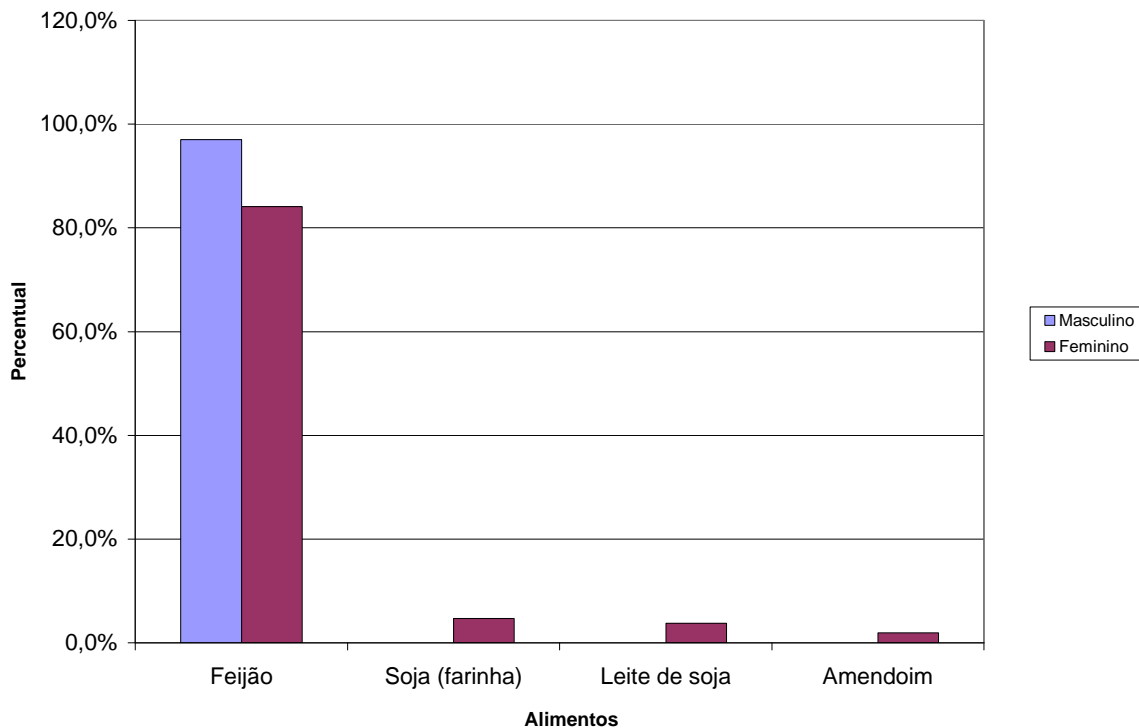


Figura 3. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de leguminosas / oleaginosas, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

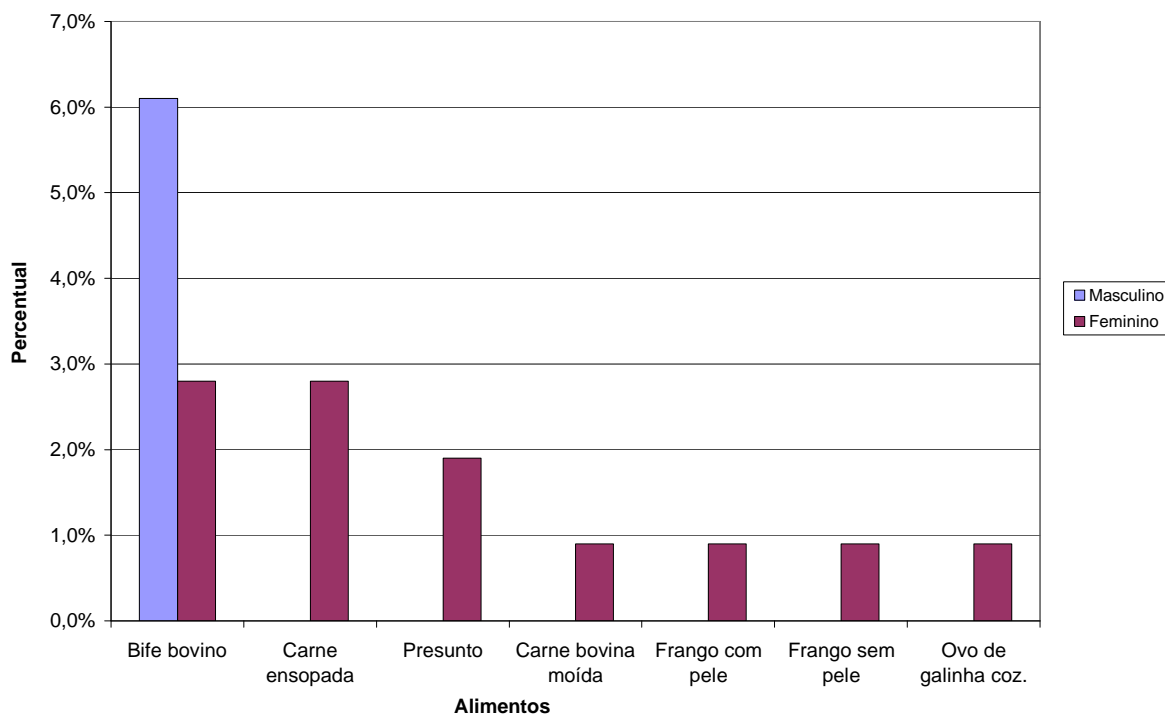


Figura 4. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de carnes e ovos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Em relação ao grupo de **cereais e derivados**, o arroz foi o alimento mais consumido diariamente entre homens e mulheres (94,3%), seguido da farinha de mandioca (12,9%) e da aveia (5,7%). Os homens apresentaram proporcionalmente uma maior frequência de consumo de arroz que as mulheres. Para a farinha de mandioca e para a aveia as mulheres consumiram em maior frequência esses alimentos diariamente do que os homens (Figura 5).

Quanto ao grupo das **massas e salgadinhos**, 35,7% dos entrevistados, entre homens e mulheres, consomem diariamente pão francês; 8,6% biscoito água e sal; 4,3% biscoito doce; 3,6% pão/biscoito de queijo; 3,6%; macarrão e 2,9% pão integral, em ambos os sexos; onde a maior frequência de consumo para os alimentos como o pão francês, pão/biscoito de queijo, biscoitos doce, água e sal e de polvilho é para o sexo masculino; e em relação à frequência de consumo de macarrão, pão integral e bolo simples esses alimentos são consumidos, com maior frequência, pelas mulheres (Figura 6).

No que se refere ao grupo dos **açúcares e doces**, observou-se que 84,3% da população estudada, em ambos os sexos, consomem açúcar diariamente, seguido da rapadura (6,4%), do mel (5,0%) e do bombom sortido (3,6%). Os alimentos tais como: doce de leite, bala/chiclete, doce de fruta em pasta, gelatina, geléia de frutas, sorvete, pavê de chocolate e pudim foram referidos seus consumos diários, somente pelas mulheres. Já o açúcar e a rapadura foram os alimentos do grupo dos açúcares e doces consumidos com maior frequência pelos homens (Figura 7).

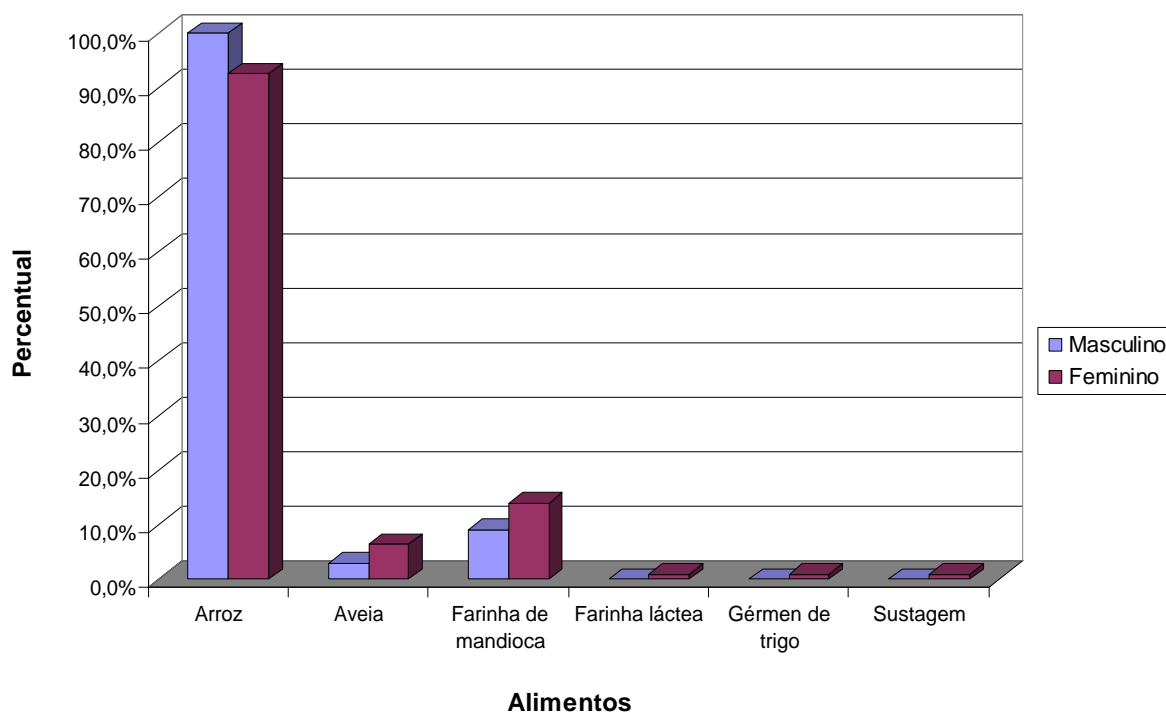


Figura 5. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de cereais e derivados, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

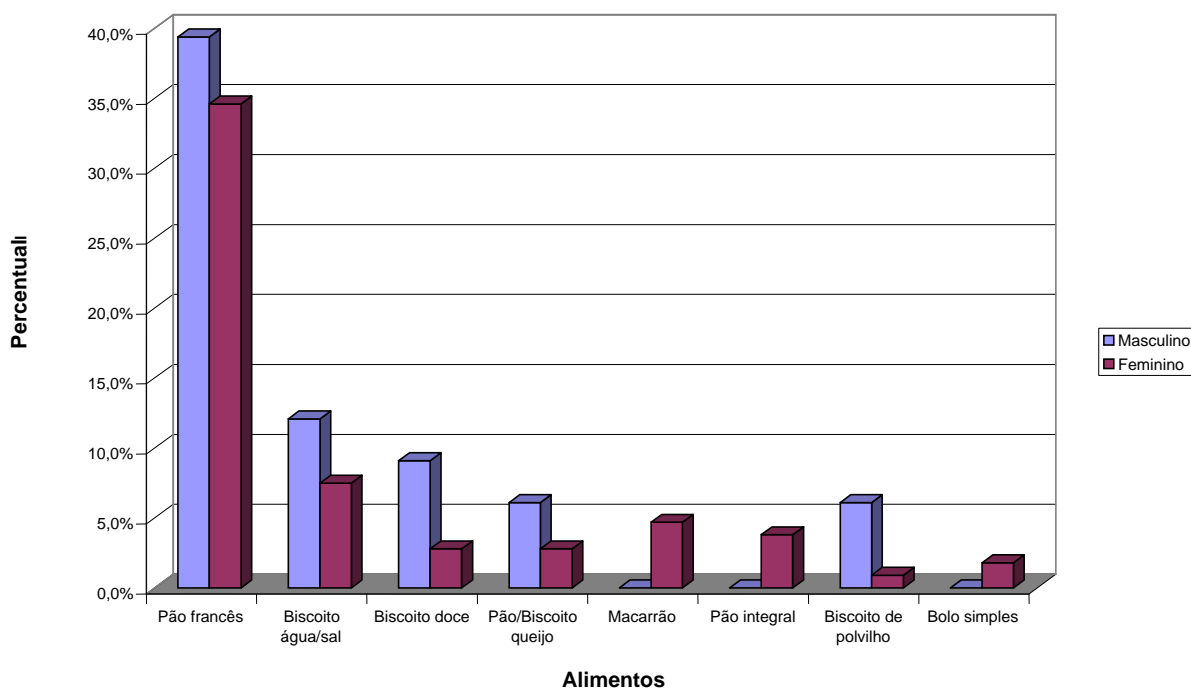


Figura 6. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de massas e salgadinhos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

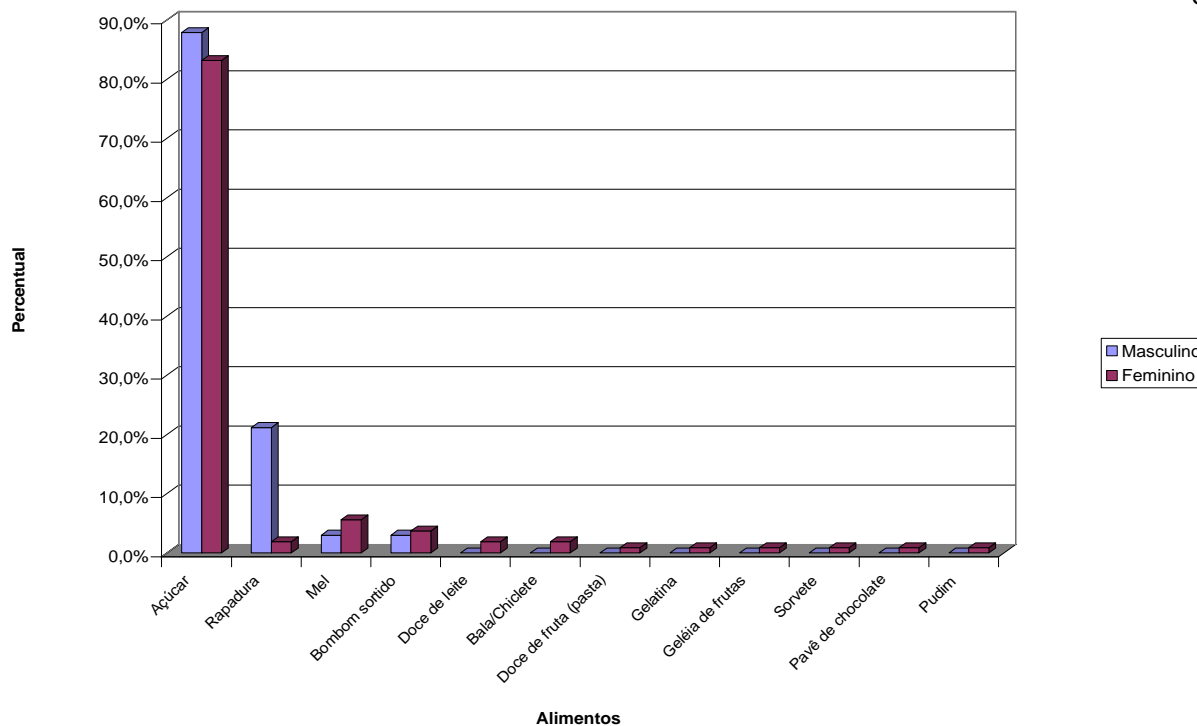


Figura 7. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de açúcares e doces, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

No grupo das **frutas** (Figura 8), o limão apresentou a maior freqüência de consumo diário entre homens e mulheres (25,7%), ressaltando que grande parte dos entrevistados o utiliza como forma de tempero de saladas e sucos. A banana maçã (18,6%), a laranja (16,4%), a maçã (14,3%) e a banana prata (12,1%) estão entre as cinco frutas com maior freqüência de consumo diário, para ambos os sexos.

Dentre as frutas mais consumidas diariamente, o limão e a laranja apresentam maior freqüência de consumo pelos homens, e as bananas maçã e prata e a maçã foram mais consumidas pelas mulheres. Frutas como banana prata, maracujá, abacaxi, ameixa, banana terra, morango e pêra só foram consumidas, diariamente, por mulheres. Para as demais frutas destacadas entre o maior consumo diário observou-se que os homens consomem com maior freqüência a tangerina, a melancia e o caqui, e as mulheres, o mamão (Figura 8).

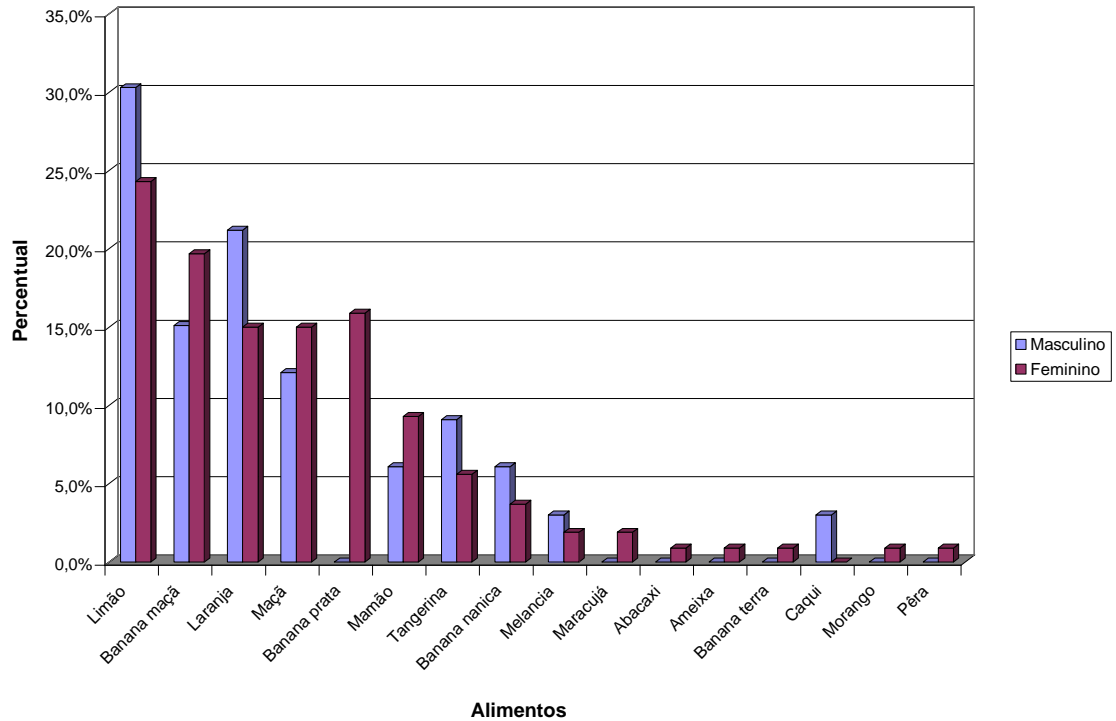


Figura 8. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das frutas, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Em relação ao grupo das **hortaliças** (Figura 9), destacam-se o consumo diário de tomate (38,6%), seguido da alface (27,9%), cenoura (7,0%), couve-flor (5,7%) e repolho (5,0%), para ambos os sexos. As hortaliças mais consumidas pelos homens em relação às mulheres foram: cenoura, couve-flor, pepino, batata inglesa, beterraba, vagem, berinjela e rabanete; e pelas mulheres as mais consumidas diariamente foram: tomate, alface, repolho, acelga, chuchu, abóbora, pimentão, cará, couve e jiló. Ressalta-se que das hortaliças que foram mais consumidas pelo sexo feminino, excetuando o tomate, a alface e o repolho, as demais não apresentaram consumo diário por homens. É importante mencionar que desse grupo de alimentos foram referidos ser consumidos diariamente 19 (dezenove) hortaliças.

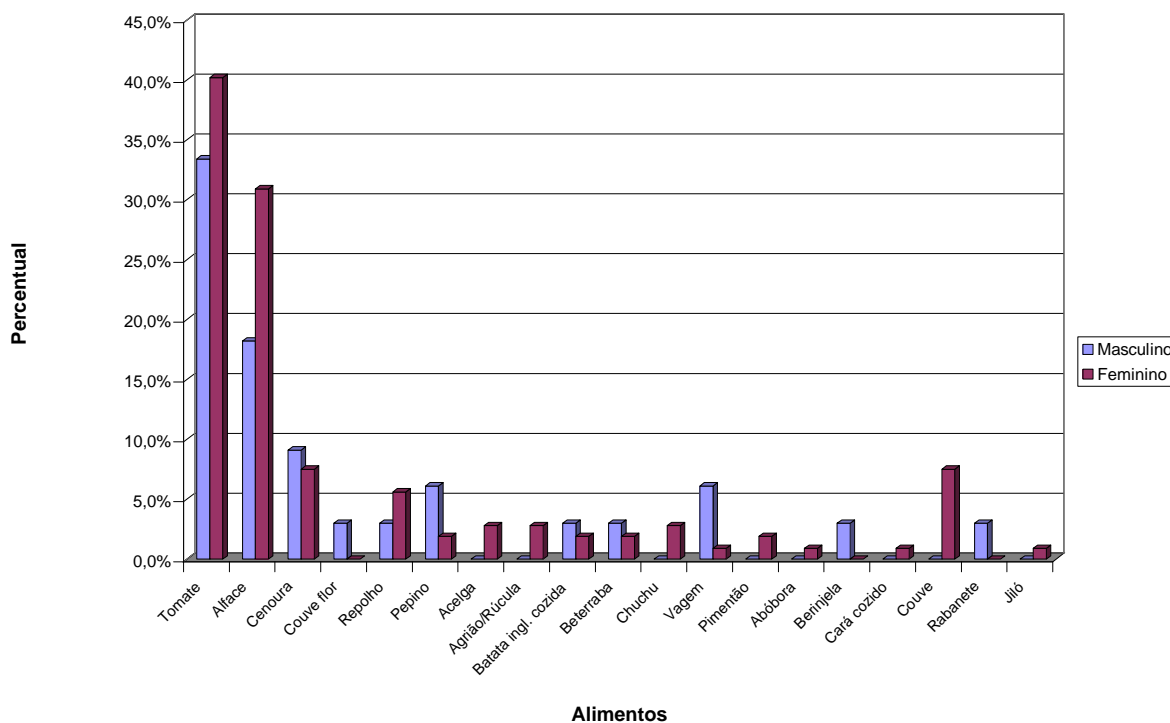


Figura 9. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das hortaliças, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Quanto ao grupo das **gorduras** (Figura 10), 98,6% da população estudada, entre homens e mulheres, consomem óleo vegetal diariamente, seguido da margarina (27,9%), da banha de porco (8,6%) e do azeite de oliva (8,6%) e da manteiga de leite (5,7%). Dentre as gorduras mais consumidas diariamente pelos homens em relação às mulheres estão o óleo vegetal (100%), o azeite de oliva e a manteiga de leite; e pelas mulheres foram referidas a margarina e a banha de porco, além do óleo vegetal. Alimentos como creme de leite, maionese e torresmo foram consumidos, diariamente, somente pelas mulheres.

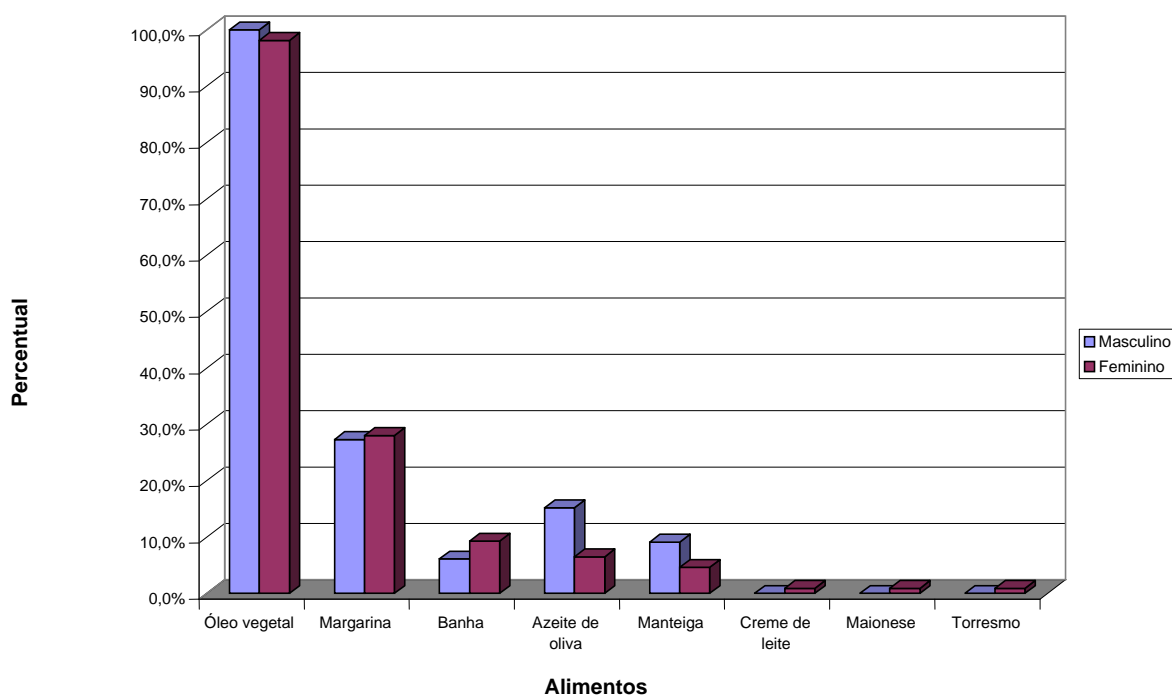


Figura 10. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo das gorduras, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

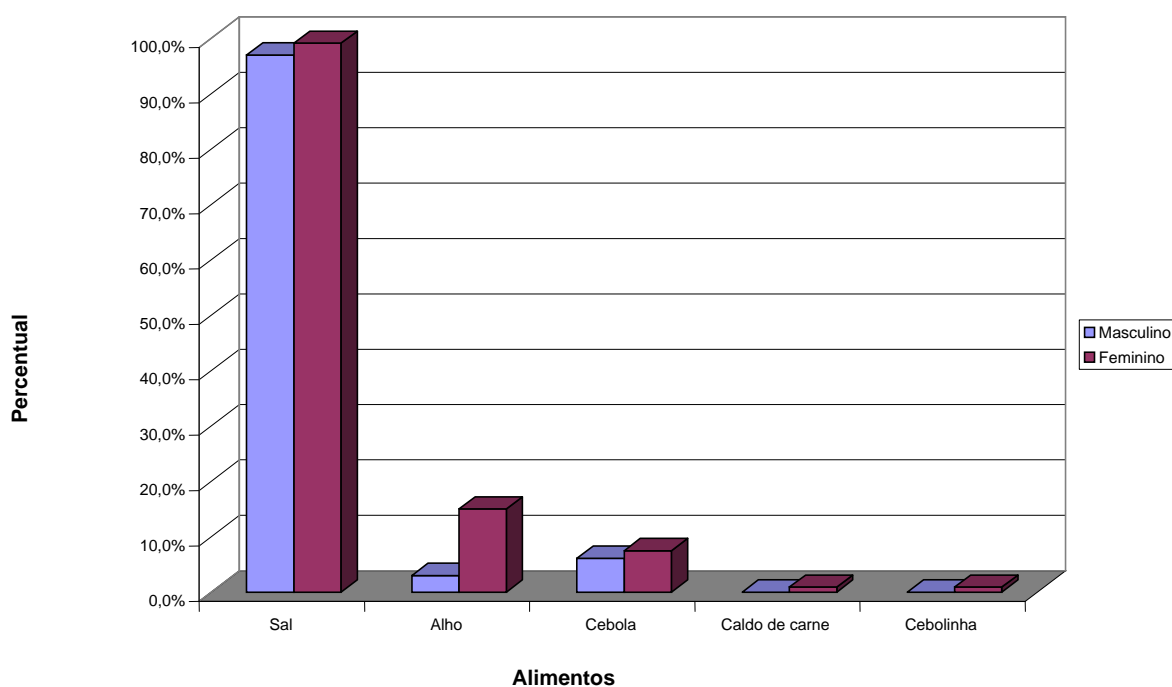


Figura 11. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário dos alimentos do grupo de temperos e condimentos, por sexo, do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia, no ano de 2006.

Na Figura 11 está apresentada a distribuição percentual do consumo diário de grupo dos temperos e condimentos, onde 98,6% da população estudada, em ambos os sexos, referem adicionar sal às refeições todos os dias. O alho (12,1%) e a cebola (7,1%) foram os temperos mais utilizados, diariamente. Temperos como o caldo de carne e a cebolinha foram consumidos todos os dias somente por mulheres, porém em baixa proporção.

Do grupo das bebidas alcoólicas (Figura 12), menos de 10,0% da população estudada ingere bebida alcoólica diariamente. Dentre as bebidas mais consumidas, em primeiro lugar está a cerveja, seguidos do vinho e da água ardente de cana (pinga), e por último a vodka. A vodka foi consumida diariamente apenas pelo sexo feminino (n=1) e a água ardente de cana (pinga) somente por um homem (n=1).

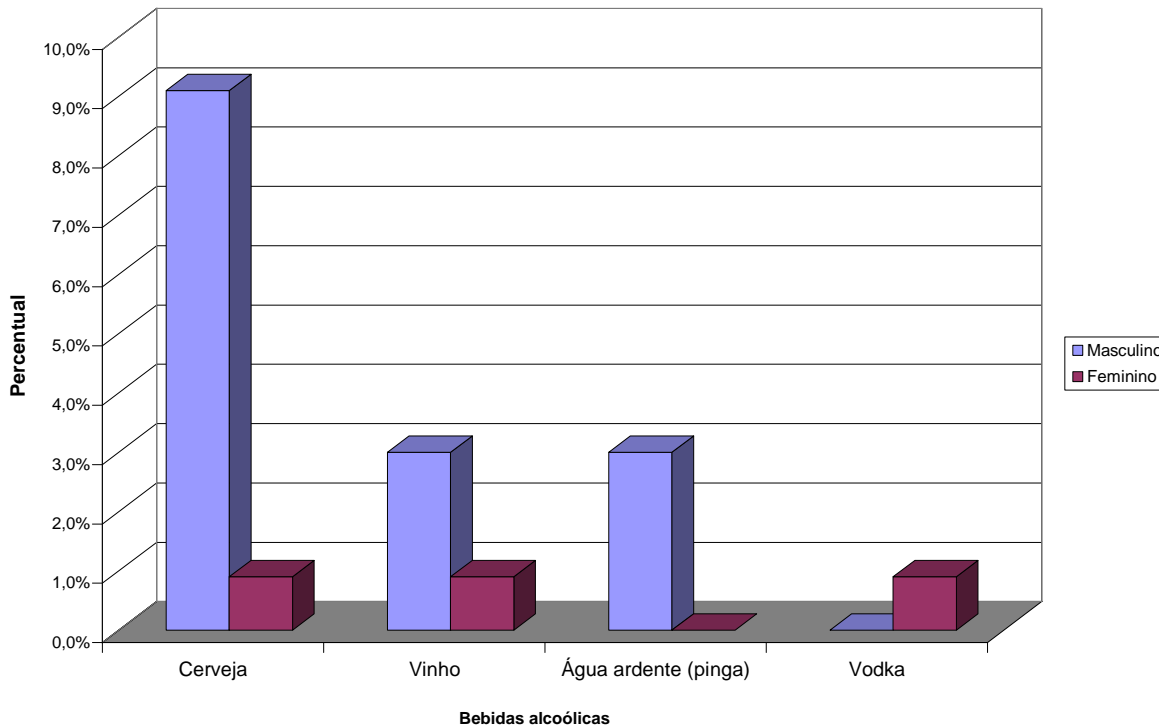


Figura 12. Distribuição percentual da população estudada segundo freqüência de consumo diário do grupo de bebidas alcoólicas, por sexo, do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia, no ano de 2006.

Em relação à frequência de consumo das bebidas alcoólicas em geral, mais de 80% dos entrevistados não consomem em qualquer frequência a maioria das bebidas alcoólicas, como a pinga, o vinho e a vodka, excetuando a cerveja (59,8%) para o sexo feminino e, (45,4%) para o sexo masculino (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da frequência de consumo de bebidas alcoólicas por sexo da população estudada. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Frequência de consumo	Masculino								Feminino							
	Pinga		Cerveja		Vinho		Vodka		Pinga		Cerveja		Vinho		Vodka	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não consome	28	84,8	15	45,4	29	87,9	33	100	106	99,1	64	59,8	93	86,9	105	98,2
1x/mês	00	00	01	3,0	01	3,0	00	00	00	00	10	9,3	06	5,6	00	00
2-4x/mês	04	12,1	09	27,3	02	6,1	00	00	00	00	19	17,8	05	4,7	01	0,9
2-4x/sem	00	00	05	15,2	00	00	00	00	01	0,9	13	12,2	02	1,9	00	00
1x/dia	01	3,1	03	9,1	01	3,0	00	00	00	00	01	0,9	00	00	01	0,9
2-3x/dia	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,9	00	00
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	107	100	107	100	107	100	107	100

Sobre o consumo diário das bebidas alcoólicas observou-se (Tabela 9) que 5,7% dos participantes do estudo consomem bebida destilada: 4,3% (pinga) e 1,4% (vodka), independente do volume ingerido, 43,5% (n=61) ingerem cerveja diariamente. Desse total quase 6% (n=08) consome um volume maior que 720mL/dia, volume máximo permitido para homens e o dobro da quantidade permitida para as mulheres, segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão, de 1998 (SBC, 1998), onde metade dessas pessoas que ingerem esse volume, diariamente, é do sexo feminino. Entre homens e mulheres, 12,9% (n=18) ingerem vinho diariamente.

Tabela 9. Distribuição percentual da população estudada por sexo, segundo volume diário ingerido (mL) de bebidas alcoólicas. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Quantidade consumida (mL)*	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
No de participantes	33	23,6	107	76,4	140	100
Pinga						
0 = Não consome	28	84,8	106	99,1	134	95,7
< 30mL	05	15,2	00	00	05	3,6
30 – 60mL	00	00	01	0,9	01	0,7
Cerveja						
0 = Não consome	15	45,5	64	59,8	79	56,4
< 360mL	11	33,3	33	30,6	44	31,4
360 – 720mL	03	9,1	06	5,6	09	6,4
> 720mL	04	12,1	04	3,7	08	5,7
Vinho						
0 = Não consome	29	87,9	93	86,9	122	87,1
< 120mL	04	12,1	14	13,1	18	12,9
Vodka						
0 = Não consome	33	100,0	105	98,1	138	98,6
< 30mL	00	00	01	0,9	01	0,7
> 60mL	00	00	01	0,9	01	0,7

* Quantidade (mL) referente aos pontos de corte por sexo do volume máximo permitido/dia

Já em relação à quantidade de etanol ingerida/dia pelos indivíduos participantes do estudo (Figura 13) verificou-se que 12,1% dos homens e 4,7% das mulheres consomem diariamente até 30g de etanol/dia; e 15,2% (sexo masculino) e 6,5% (sexo feminino), consomem mais que 30g de etanol/dia; sendo que quantidade de 24 a 30g é a quantidade máxima permitida de etanol/dia, para homens e metade desse valor para as mulheres, segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2004 (SBC, 2004); e o III Consenso Brasileiro de Hipertensão, 1998 (SBC, 1998).

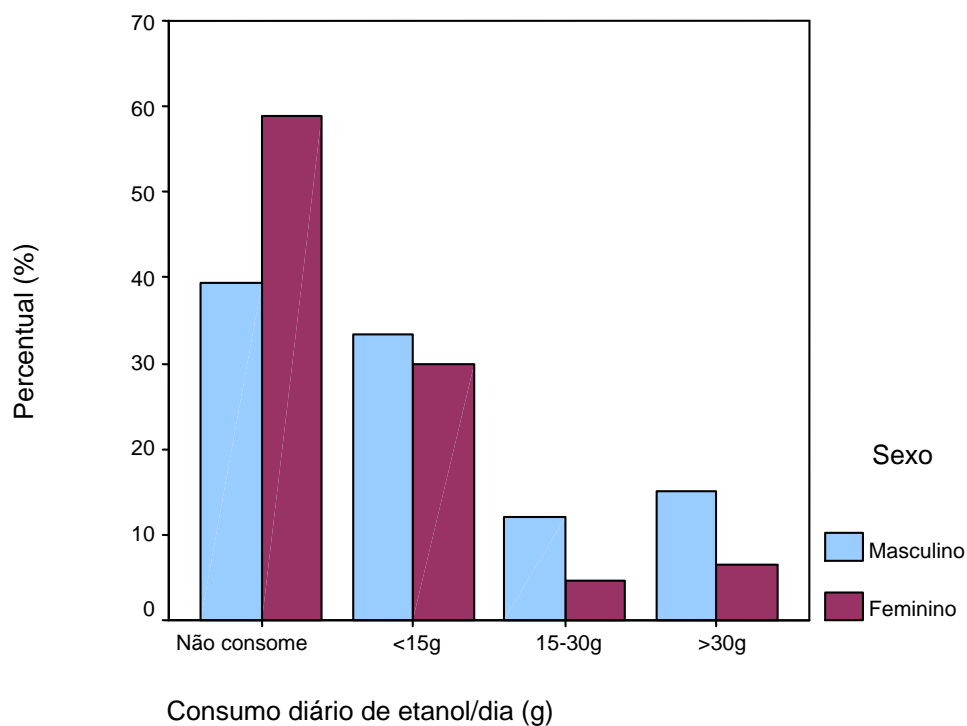


Figura 13. Distribuição percentual da população estudada segundo o consumo diário de etanol, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

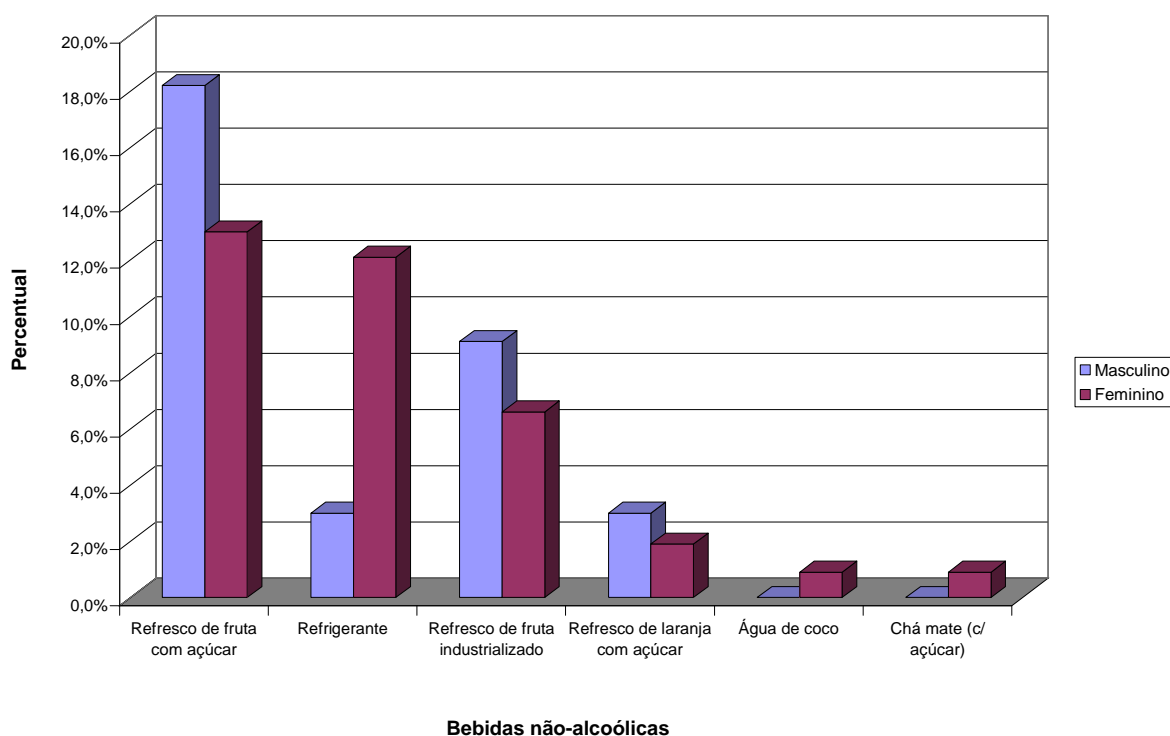


Figura 14. Distribuição percentual da população estudada segundo a frequência de consumo diário do grupo de bebidas não-alcoólicas e infusos, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Em relação à quantidade média ingerida de etanol/dia (em gramas), entre os participantes do estudo que ingeriam bebidas alcoólicas, observou-se que é de 23,27g (DP \pm 30,76) para os homens e de 15,01g (DP \pm 23,90) para as mulheres, com mediana (utilizada já que o desvio-padrão superou a média) de 8,72g (sexo masculino) e de 6,12g (sexo feminino) não havendo diferença significativa entre os sexos ($p = 0,249$) (Quadro 5).

Quadro 5. Relação da quantidade média ingerida de etanol/dia (em gramas) pelos participantes do estudo que ingeriam bebidas alcoólicas segundo sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Sexo	n	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Teste "t"
Masculino	20	23,27	30,76	8,72	0,31	103,20	p*
Feminino	44	14,69	23,70	5,44	0,11	132,67	
Total	64	17,37	26,18	6,33	0,11	132,67	0,227

*Não houve diferença significativa ($p < 0,05$)

Foram padronizadas as quantidades limites de ingestão de bebidas alcoólicas/dia, de acordo com a padronização realizada pelo consumo máximo permitido por dia segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial/98 (SBC, 1998), sendo de 720mL de cerveja, 240mL de vinho e 60mL de bebida destilada (para homens) e à metade dessas quantidades para as mulheres. Posteriormente, as quantidades foram convertidas para gramas de etanol por dia: cerveja (720mL) = 28,8g de etanol; vinho (240mL) = 28,8g de etanol e bebida destilada (60mL) = 24g de etanol (SBH, 2006).

É importante ressaltar que a proporção de etanol em bebidas como a cerveja e o vinho pode variar de acordo com a marca e local de produção, sendo que a

cerveja pode sofrer variações de 4 a 6% e o vinho de 9 a 12%, conforme verificados nos rótulos de vários desses produtos.

Para o grupo das **bebidas não alcoólicas e infusos**, 14,3% dos entrevistados referiram consumir refresco de frutas com açúcar todos os dias, seguido do refrigerante (10%) e do refresco de frutas industrializado com açúcar (7,1%). Os homens consomem com maior frequência que as mulheres, suco de frutas industrializado ou não, com açúcar; e as mulheres consomem mais refrigerantes, água de coco e chá mate com açúcar diariamente (Figura 14).

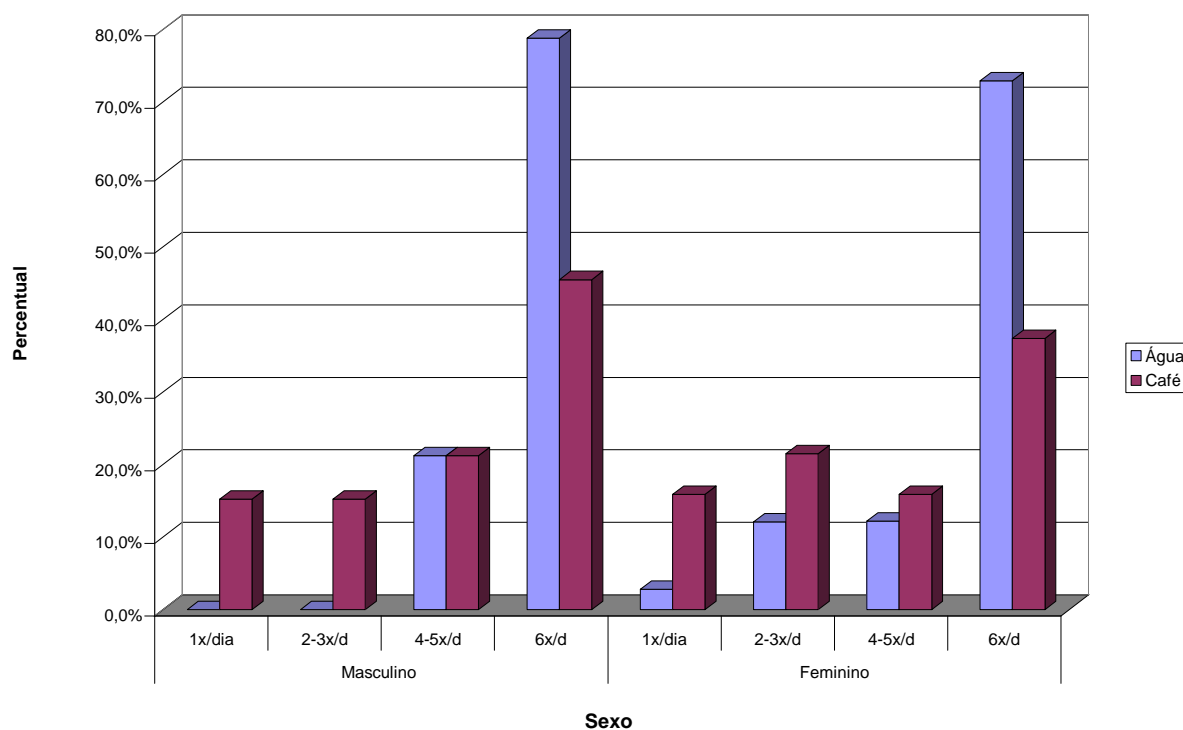


Figura 15. Distribuição percentual da população estudada segundo a frequência de consumo diário de água e café, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Quanto ao consumo diário de água e café, observou-se que 78,8% (sexo masculino) e 72,9% (sexo feminino) consomem água mais de 6x/dia; e que 45,5% dos homens e 37,4% das mulheres ingerem café mais de 6x/dia (Figura 15).

Os alimentos consumidos diariamente por mais de 80% da população estudada foram o óleo vegetal, sal, arroz, café, feijão, açúcar; entre 40 - 25% foram o tomate, pão francês, leite integral líquido e limão; e de 15 - 3% foram o refresco de fruta com açúcar, bife bovino e cerveja (entre as bebidas alcoólicas), representando esses alimentos, aquele consumido com maior frequência em cada um dos grupos de alimentos estudados, o que faz com que se defina um **padrão alimentar** (Figura 16).

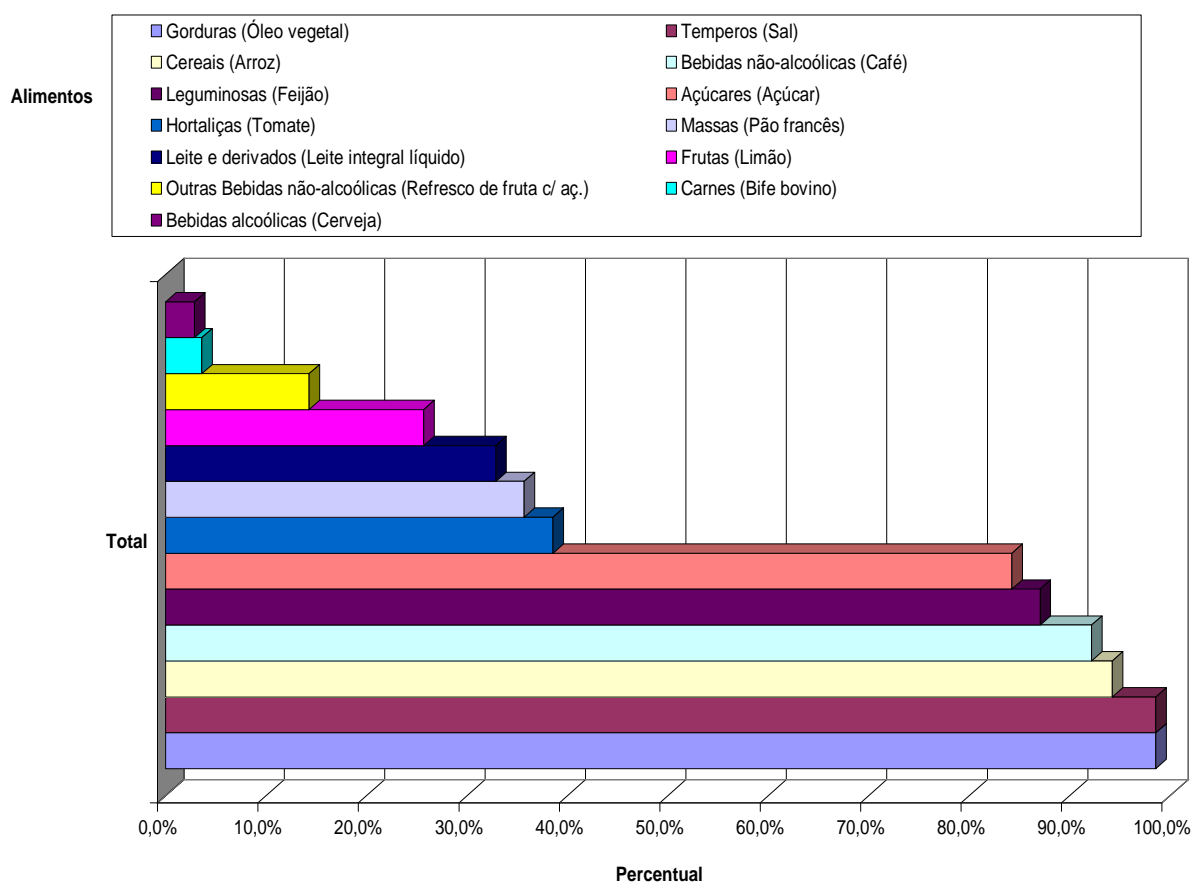


Figura 16. Distribuição percentual da população estudada segundo os alimentos (por grupo) mais consumidos diariamente. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Quanto às características distribuídas por sexo do consumo diário médio e mediano, sendo calculado este último visto que alguns alimentos dos grupos não apresentaram curva de distribuição normal, e em alguns casos o valor do desvio-padrão superou o valor da média (APÊNDICE J), verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre os sexos, para o consumo alimentar diário dos seguintes alimentos por grupo: leite tipo C, do grupo de leite e derivados, o limão dentre as frutas, e a manteiga de leite, dentre as gorduras animais. Observou-se também que houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,001$), entre os sexos, para o consumo alimentar diário de feijão do grupo das leguminosas e para o consumo de arroz do grupo dos cereais e derivados (Tabela 10).

Cabe aqui ressaltar que o consumo diário dos condimentos alho e cebola, bem como do azeite de oliva (gordura vegetal) pode estar subestimado visto que os mesmos não constavam no questionário padrão e somente eram acrescentados quando os entrevistados referiam o seu consumo.

Tabela 10. Medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas de consumo alimentar diário por grupos de alimentos na população estudada por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Variáveis de consumo alimentar	Masculino					Feminino				
	n	Média (g/mL)	DP	Mediana (g/mL)	Mín./Máx. (g/mL)	n	Média (g/mL)	DP	Mediana (g/mL)	Mín./Máx. (g/mL)
Leite e derivados										
Leite integral líquido	08	295,67	178,67	182,50	165,0 600,0	38	274,34	156,69	240,00	25,0 600,0
Leite tipo C*	06	191,25	84,29	165,00	82,5 330,0	12	380,31	177,99	330,00	165,0 600,0
Leite desnatado	04	335,63	211,37	288,75	165,0 600,0	14	299,11	228,02	165,00	82,5 825,0
Queijo fresco	-	-	-	-	-	07	91,43	64,82	62,5	25,0 225,0
Leguminosas										
Feijão**	32	368,84	251,34	350,00	62,5 1000	90	213,15	162,88	140,00	25,0 700,0
Ovos e carnes										
Bife bovino	02	100,00	0,0	-	100 100	03	126,67	64,29	100,00	80,0 200,0
Carne bovina ensopada	-	-	-	-	-	03	140,00	60,62	175,00	70,0 175,0
Presunto	-	-	-	-	-	02	15,0	0,00	-	15,0 15,0
Frango sem pele	-	-	-	-	-	01	120,00	-	-	120,0 120,0
Cereais e derivados										
Arroz**	33	323,98	204,92	250,00	45,0 750,0	99	211,31	137,60	200,0	25,0 700,0
Farinha de mandioca	03	40,0	31,22	30,0	15,0 75,0	15	35,50	18,90	37,50	15,0 75,0
Massas e salgadinhos										
Pão francês	13	88,46	33,25	100,00	50,0 125,0	37	77,36	52,03	50,00	25,0 250,0
Pão /biscoito de queijo	02	80,00	0,00	-	80,0 80,0	19	56,32	40,17	40,00	20,0 200,0
Biscoito água/sal	04	24,00	13,86	24,00	12,0 36,0	08	63,00	59,31	48,00	12,0 150,0
Açúcares e doces										
Açúcar	29	31,74	16,83	30,00	5,0 75,0	89	29,51	13,42	30,00	5,0 60,0
Rapadura	07	44,29	26,99	30,00	30,0 100,0	02	75,00	63,64	75,00	30,0 120,0
Mel	01	30,00	-	-	30,0 30,0	06	14,17	2,04	15,00	10,0 15,0
Bombom sortido	-	-	-	-	-	04	27,50	15,17	25,50	15,0 45,0
Frutas										
Limão*	10	66,25	44,12	50,00	25,00 150,0	26	36,54	14,22	25,00	18,75 62,50
Banana maçã	05	136,50	80,92	130,00	65,0 260,0	21	122,14	92,21	65,00	40,0 412,50
Laranja	07	334,29	263,49	180,00	180,0 900,0	16	315,00	135,50	360,00	180,0 540,0
Hortaliças										
Vegetal "A"										
Alface	06	48,75	29,06	53,75	5,0 75,0	33	67,50	61,88	45,0	10,0 250,0
Tomate	11	116,36	63,34	100,00	45,0 250,0	43	89,13	65,36	60,0	20,0 250,0

Tabela 10 (continua)

Tabela 10 (continua)

Variáveis de consumo alimentar	Masculino					Feminino				
	n	Média (g/mL)	DP	Mediana (g/mL)	Mín./Máx. (g/mL)	n	Média (g/mL)	DP	Mediana (g/mL)	Mín./Máx. (g/mL)
Vegetal "B"										
Cenoura	02	82,50	10,61	82,50	75,0 90,0	07	40,57	35,16	25,00	12,0 110,0
Beterraba	01	48,00	-	-	48,0 48,0	02	25,20	13,01	25,20	16,0 34,4
Vegetal "C"										
Batata inglesa	01	210,00	-	-	210,0 210,0	02	42,50	38,89	42,50	15,0 70,0
Gordura animal										
Banha de porco	02	15,50	0,71	15,50	15,0 16,0	10	19,00	11,71	18,00	2,0 40,0
Manteiga de leite*	03	18,33	2,08	19,00	16,0 20,0	05	8,80	6,57	8,00	4,0 20,0
Gordura vegetal										
Óleo vegetal	33	31,60	10,13	30,00	8,0 50,0	105	32,33	12,88	30,0	7,5 75,0
Margarina	09	13,56	10,85	10,00	4,0 40,0	30,0	10,60	8,60	8,0	4,0 40,0
Azeite de oliva	05	8,70	4,92	8,00	2,5 16,0	07	9,75	13,62	5,0	1,0 40,0
Temperos e condimentos										
Sal	32	6,50	2,02	6,35	2,0 10,0	106	6,48	2,40	5,55	2,0 12,5
Alho	01	33,75	-	-	33,75 33,75	16	13,67	11,75	10,12	1,0 45,0
Cebola	02	45,0	35,36	45,00	20,0 70,0	08	46,54	27,06	36,25	14,0 87,5
Bebida alcoólica										
Cerveja	3	1000,0	692,82	600,0	600,0 1800,0	01	330,0	-	-	330,0 330,0
Bebidas não alcoólicas e infusos										
Água	33	1834,6	807,48	1650,0	659,7 3600,0	107	1560,0	895,4	1440,0	33,3 4320,0
Café	32	282,70	220,53	237,50	25,0 999,60	97	255,14	227,7	165,00	25,0 1000,2
Refresco de fruta c/ açúcar	06	607,50	614,51	420,00	165,0 1800,0	14	374,65	255,6	240,00	82,5 1000,2
Refrigerante	01	330,00	-	-	330,0 330,0	13	508,50	477,6	412,50	165,0 1998,0
Refresco de fruta industrializado	03	360,00	207,85	240,00	240,0 600,0	07	431,79	385,0	240,00	82,5 1200,0

* Valores com diferença significativa (p < 0,05)

** Valores com diferença significativa (p < 0,001)

Na Tabela 11 estão apresentadas as proporções dos macronutrientes em percentagem (%). Constatou-se que a percentagem média de gorduras em relação ao valor calórico total da dieta da população estudada foi de aproximadamente 36%, de proteínas 15% e de glicídios 50%.

Segundo a distribuição aceitável dos macronutrientes (AMDRs), verificou-se pois, que os indivíduos atendem a recomendação de 45-65% de glicídios/dia, e para as proteínas (10-35%) e excedem os valores para os lipídios (20-35%), revelando ser a dieta consumida pela população estudada levemente hiperlipídica. Comparando os valores apresentados entre os sexos, a porcentagem de distribuição calórica das proteínas foi a única que apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição da população estudada segundo consumo percentual (%) dos macronutrientes por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Variáveis quantitativas (%)	Masculino	Feminino	Total	Teste "t"
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	p
Glicídios	51,64 ± 7,89	49,94 ± 7,87	50,34 ± 7,88	0,281
Proteínas	19,18 ± 6,63	14,12 ± 5,70	15,31 ± 6,29	0,000*
Lipídios	33,75 ± 7,18	36,20 ± 6,81	35,62 ± 6,95	0,076

\bar{X} = média

DP = desvio padrão da média

* Diferença significativa ($p < 0,001$)

As características do consumo diário médio e mediano de macronutrientes em gramas (g), micronutrientes em miligramas (mg) e energia (kcal) distribuídas por sexo estão apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12. Medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas de consumo alimentar diário por macro e micronutrientes na população estudada por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Variáveis (g/mg)	Sexo Masculino					Sexo Feminino					Total			
	Média (g/mg)	Desvio padrão	Mediana (g/mg)	Mínimo (g/mg)	Máximo (g/mg)	Média (g/mg)	Desvio padrão	Mediana (g/mg)	Mínimo (g/mg)	Máximo (g/mg)	Média (g/mg)	Desvio padrão	Mediana (g/mg)	p
Energia (Kcal)	3312,13	1103,24	3154,03	1556,71	5983,27	2562,75	932,82	2440,72	777,42	5489,58	2739,39	1022,58	2560,78	0,000*
Glicídios (g)	427,92	163,62	373,01	206,21	869,90	323,23	137,36	303,32	98,35	742,83	347,91	150,13	319,12	0,000*
Fibras totais (g)	25,50	15,20	22,06	9,42	83,49	20,52	10,65	18,20	3,56	49,73	21,70	12,01	19,50	0,037**
Proteínas (g)	119,86	41,46	113,51	60,50	234,50	88,74	36,08	86,89	23,05	192,48	96,07	39,55	94,84	0,000*
Lipídios (g)	124,56	53,56	107,92	54,43	315,78	101,65	38,94	99,57	29,55	258,20	107,05	43,73	101,70	0,008**
Gordura insaturada (g)	61,18	19,02	58,81	34,20	108,17	52,37	20,00	49,62	10,96	160,04	54,44	20,06	50,65	0,027**
Gordura saturada (g)	27,33	10,73	24,64	12,42	56,12	22,84	11,62	20,14	2,81	69,28	23,90	11,54	21,93	0,05**
Colesterol (mg)	392,26	225,97	327,26	131,55	1044,80	293,02	166,18	260,28	40,90	807,31	316,41	186,01	278,61	0,007**
Sódio (mg)***	4326,66	1188,29	4416,38	2310,08	7501,82	3984,42	1325,63	3881,30	1189,42	8516,47	4065,10	1298,62	3968,42	0,187

* Diferença significativa ($p < 0,001$) segundo teste "t"

** Diferença significativa ($p \leq 0,05$) segundo teste "t"

*** Consumo médio de sal (Cloreto de sódio) é de $6,44 \pm 2,33$ entre homens e mulheres.

Em relação ao consumo médio e mediano dos macro e micronutrientes (Tabela 12) verificou-se que, exceto o sódio (Na), houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p \leq 0,05$ e $p < 0,001$) no consumo diário para todos os demais nutrientes (g e mg). O consumo médio de fibras (21,70) do total da população ficou próximo às recomendações na literatura para esse nutriente. A quantidade média (g) ingerida por dia de gordura saturada (23,90g) foi menor que a da gordura insaturada (54,44g). A quantidade ingerida de colesterol variou entre o consumo mínimo de 131,55mg até o consumo máximo de 1044,08mg (sexo masculino) e entre 40,90mg até 807,31mg (sexo feminino).

O consumo médio (4065,10mg) do sódio entre homens e mulheres foi semelhante, superando os valores recomendados de até 2400mg/dia, segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial/98 (SBC, 1998) e de ingestão de até 6g de sal/dia, segundo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2004); apresentando um consumo médio de 6,44g (DP \pm 2,33) (Tabela 12).

Ressalta-se pois que para algumas análises utilizou-se o consumo médio e para outras o consumo mediano tendo em vista que alguns nutrientes como os glicídios e o colesterol total não apresentaram curva de distribuição normal, conforme demonstrado no APÊNDICE K, bem como o valor do desvio-padrão próximo da média.

Observou-se também que o consumo energético (Tabela 12) foi influenciado positivamente, em sua quantidade total fornecida diariamente, pelas calorias

fornecidas pelo etanol (Tabela 13), com consumo médio da população total aproximado de 2740 kcal/dia ($DP \pm 1022,58$).

Conforme mencionado, as freqüências de consumo das bebidas alcoólicas associadas ao volume ingerido de cada uma delas influenciaram no aumento do total de energia fornecida para os indivíduos entrevistados, sendo assim observou-se (Tabela 13) que houve uma grande variação na quantidade de energia fornecida pelo etanol, variando de 2,15 a 722,4Kcal/dia para os homens, e de 0,78 a 828,7Kcal/dia para as mulheres. Porém, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino e feminino para quantidade de energia proveniente do álcool.

Tabela 13. Medidas de tendência central e de dispersão da quantidade de energia (kcal) fornecida pelo consumo de bebidas alcoólicas (gramas de etanol) por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

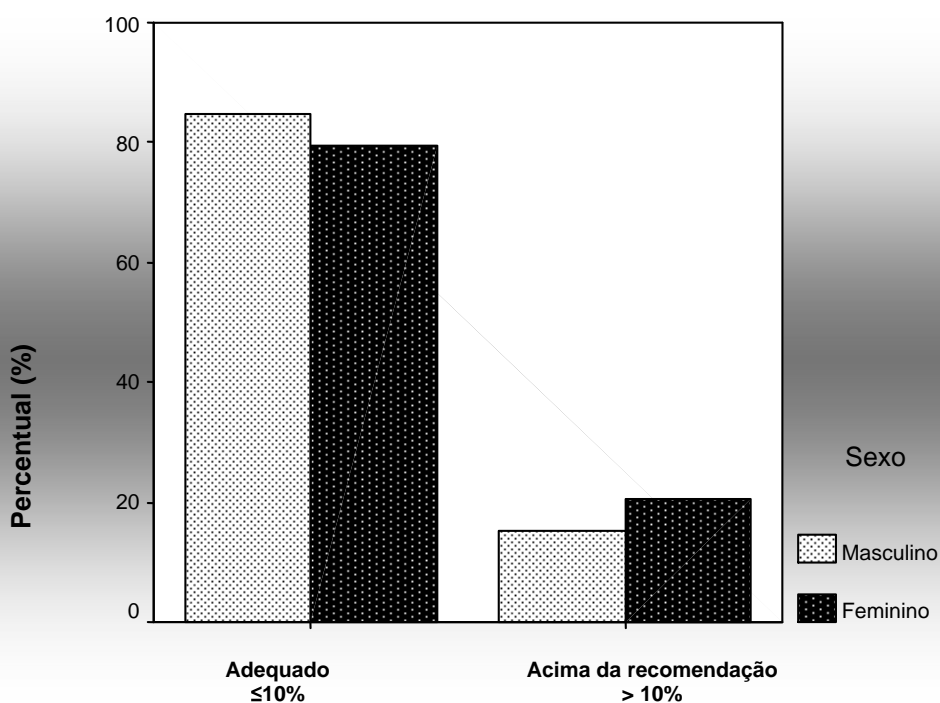
Sexo	n	Média (kcal)	Desvio padrão	Mínimo (kcal)	Máximo (kcal)	Mediana (kcal)	Teste “t”
Masculino	20	162,90	215,35	2,15	722,40	61,07	p 0,227
Feminino	44	102,85	166,00	0,78	828,70	38,05	
Total	64	121,62	183,25	0,78	928,70	44,28	

* Não houve diferença significativa ($p < 0,05$)

No que se trata da porcentagem de contribuição de energia total fornecida pelas gorduras saturadas observou-se (Figura 17) que a grande maioria dos entrevistados, 84,8% (homens) e 79,4% (mulheres), apresentou um consumo adequado, ou seja, dentro das recomendações de < 10% de gorduras saturadas em relação ao valor calórico total ingerido, segundo o Índice de Qualidade da Dieta (Diet Quality Index – DQI) (Patterson *et al.*, 1994 *apud* Gibson *et al.*, 2005).

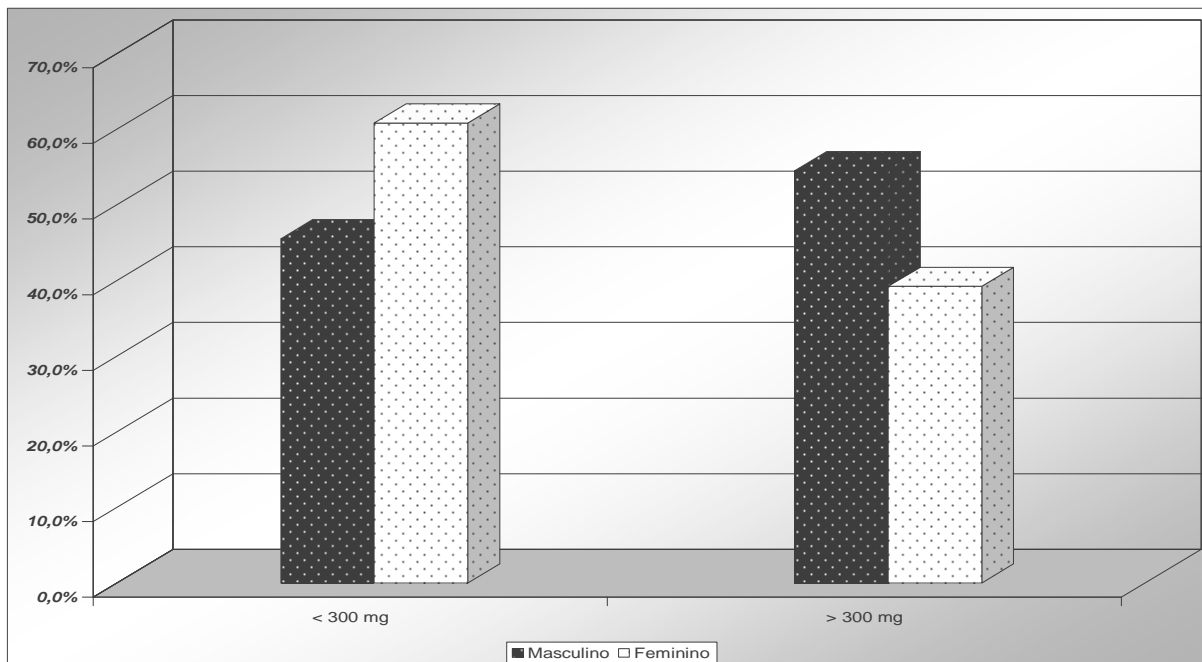
Quanto à ingestão de colesterol total em miligramas (Figura 18) verificou-se que a maioria dos homens (54,5%) apresentou consumo maior que a recomendação de > 300mg/dia, segundo III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias (SBC, 2001_b). Entretanto, 60,7% das mulheres apresentaram um consumo diário de colesterol adequado, abaixo do ponto de corte de 300mg de colesterol/dia, segundo esta recomendação.

Em relação ao consumo diário de sódio em miligramas (Figura 19) observou-se que a grande maioria dos participantes do estudo, entre homens (97,0%) e mulheres (90,7%), excedeu a quantidade recomendada de até 2400mg de sódio/dia.



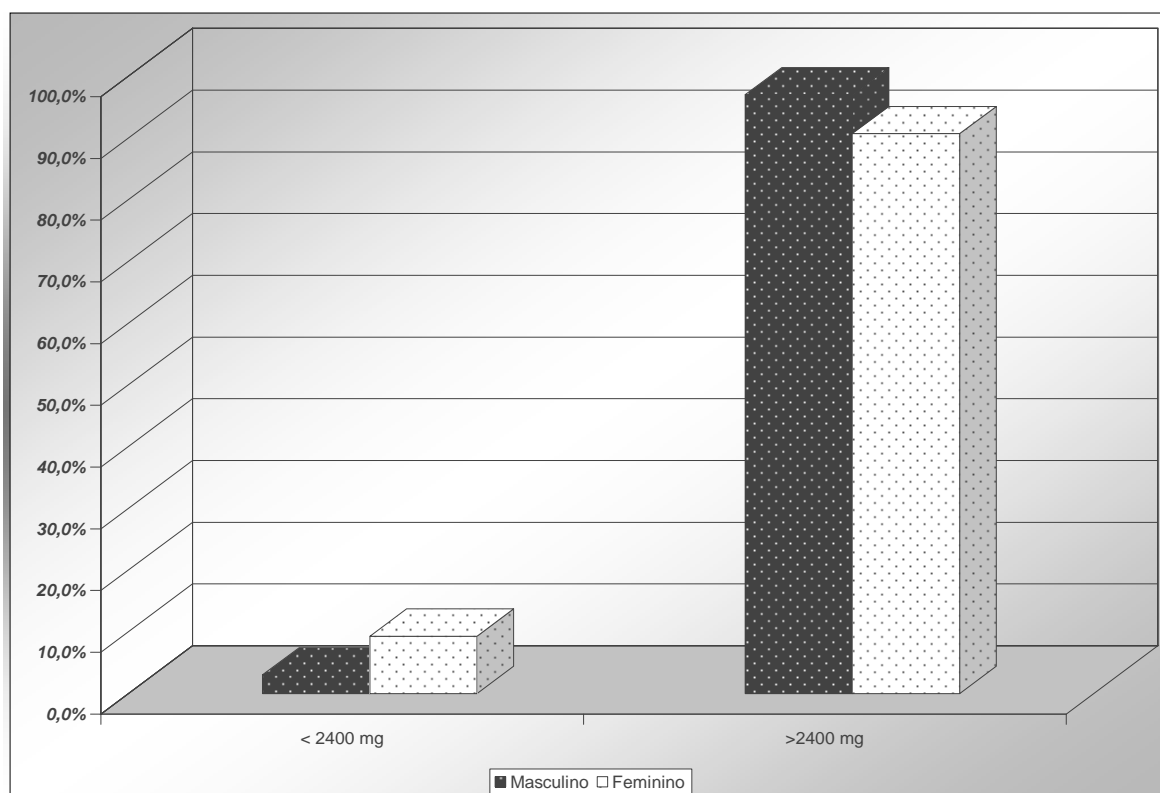
* Recomendação segundo DQI (Índice de Qualidade da Dieta: ≤10% adequado e >10% inadequado)
Fonte: Patterson *et al.* (1994) *apud* Gibson *et al.* (2005)

Figura 17. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Gordura saturada em proporção de contribuição do valor energético, de acordo com a recomendação*, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.



* Recomendação segundo III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2001_b)

Figura 18. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Colesterol total (mg) de acordo com a recomendação*, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.



* Recomendação ideal: < 2400mg de sódio/dia, segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (SBC, 1998) e/ou ingestão de até 6g de sal/dia, segundo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2004).

Figura 19. Distribuição percentual da população estudada segundo a quantidade ingerida de Sódio (mg) de acordo com a recomendação*, por sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Quando relacionada a quantidade de cigarros fumados por dia pelos indivíduos fumantes do estudo (n=119) e a quantidade de energia ingerida, bem como a quantidade dos macronutrientes (glicídios, proteínas e lipídios totais e gordura saturada) e dos micronutrientes (sódio e colesterol), observou-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para somente um micronutriente ingerido, o colesterol total ($p=0,024$) em relação ao número de cigarros fumados, para os demais nutrientes não houve diferença significativa (Tabela 14).

Tabela 14. Média, desvio padrão das quantidades ingeridas/dia dos macro e micronutrientes estudados, segundo o número de cigarros fumados/dia pelos pacientes “fumantes” do estudo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

Número de cigarros/dia		n	Quantidade (Kcal) Energia	Quantidade (g) Glicídios	Quantidade (g) Lipídios	Quantidade (g) Proteínas	Quantidade (g) Gordura saturada	Quantidade (mg) Colesterol total	Quantidade (mg) Sódio
< 20	Média	65	2573,18	323,03	102,06	90,63	21,90	270,63	3883,84
	DP		922,38	133,23	42,76	38,37	9,60	146,00	1135,59
≥ 20	Média	54	2752,55	343,56	110,34	96,31	24,57	350,54	4164,27
	DP		1127,35	153,49	49,06	42,70	12,41	218,40	1518,23
Total	Média	119	2654,58	332,35	105,82	93,21	23,11	306,89	4011,10
	DP		1019,96	142,53	45,71	40,32	11,00	185,96	1324,53
Valor de p	Teste “t”		0,342	0,436	0,327	0,447	0,189	0,024*	0,265

DP = Desvio-padrão

* Diferença significativa ($p < 0,05$)

Quando se relacionou o número de cigarros fumados por dia pelos indivíduos fumantes (n=119) do estudo com o consumo dos alimentos por grupo verificou-se a existência de uma correlação fraca, porém positiva e significativa estatisticamente (Correlação de Pearson: $r=0,26$ e $p<0,01$) entre o número de cigarros fumados e o consumo de café (Figura 20).

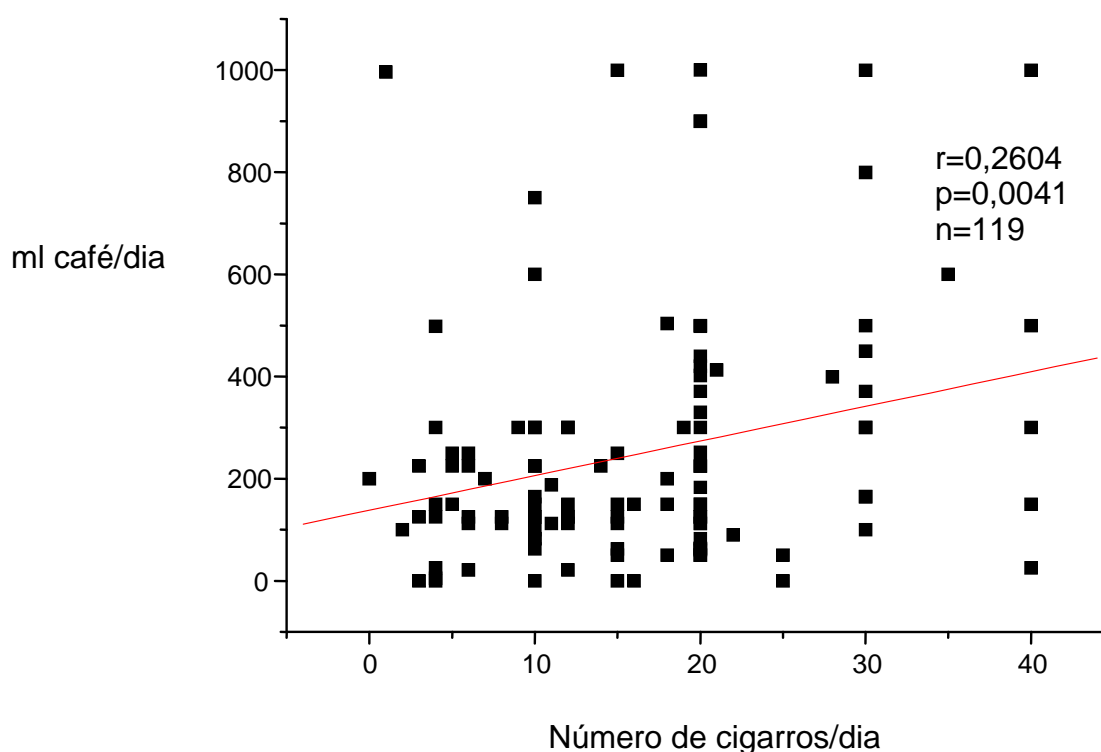


Figura 20. Diagrama de dispersão da correlação existente entre o número de cigarros fumados por dia e o consumo diário de café (mL) segundo sexo. Programa Municipal de Controle do Tabagismo, Goiânia, 2006.

6 DISCUSSÃO

Na atualidade, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) considera o tabagismo como uma pandemia, pois têm matado por ano em média 4,9 milhões de pessoas em todo o mundo, ou seja, o tabagismo atualmente, mata mais que a soma das mortes por acidentes de trânsito, suicídios, álcool, heroína, cocaína e AIDS. Diante dessa realidade, se não tomarmos medidas que controlem o tabagismo, no ano de 2030 serão 10 milhões de mortes ao ano, sendo que 70% delas em países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Tem-se verificado que o tabaco é um dos principais responsáveis pela carga de doenças no mundo, causando cerca de uma em cada oito mortes (WHO, 1999). Estudos rigorosos comprovam que os indivíduos que deixaram de fumar têm mais anos de vida e em melhores condições de saúde, em relação àqueles que fumam. Quanto mais cedo se abandona o cigarro, menor será o risco de contraírem as doenças tabaco-relacionadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

As alterações que o consumo de cigarro pode provocar em relação à ingestão alimentar ainda é objeto de muita controvérsia e discussão.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Observou-se, nesse estudo, que a maioria dos pacientes que não conseguiram deixar de fumar, pelo menos reduziu o número de cigarros/dia (ao longo do tratamento, com participação nas sessões estruturadas). Pacientes que deixaram de fumar sem medicamento, em alguns grupos, não freqüentaram as reuniões até o final, pois já haviam alcançado seu objetivo, conforme relatado pelos coordenadores dos grupos. Pesquisas mostram que cerca de 70% e 80% dos fumantes norte-americanos e brasileiros, respectivamente, querem parar de fumar, no entanto, poucos conseguem ter sucesso, já que apenas 3% o conseguem a cada ano, sem o apoio dos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde (2001), quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. Com os resultados dessa pesquisa verificou-se que realmente a taxa de cessação (11,2%) aumenta quando os fumantes participam dos grupos de controle do tabagismo.

Apesar de todos os pacientes inscritos terem sido convocados para participar das reuniões e realizar o tratamento disponível nas UABS capacitadas pela Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas (DDCD) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia; grande parte desiste (45,9%), e as desistências sempre ocorrem nas reuniões iniciais. O Ministério da Saúde (2001) descreve que as desistências são previstas, pois são dependentes do estágio de mudança comportamental em que o fumante se encontra (ARAÚJO *et al.*, 2004).

A maior proporção de indivíduos do sexo feminino, nesse estudo, pode ser explicada devido ao fato de ser as mulheres que mais procuram os serviços de saúde pública para tratamento, bem como por terem maior disponibilidade de tempo para acompanhamento nos grupos de controle do tabagismo. Estudos vêm justificar esse constante crescimento, substancialmente em mulheres, pelo fato do ingresso deste grupo na força de trabalho, tornando seus hábitos semelhantes aos dos homens (OPAS, 1992; LEMOS-SANTOS, 2000).

Em inquérito domiciliar sobre a prevalência do tabagismo por sexo, realizado pelo Ministério da Saúde (2004b), verifica-se que segundo os dados desta pesquisa, em cidades economicamente mais desenvolvidas, a prevalência de tabagismo entre mulheres já se aproxima da prevalência observada entre homens, reforçando a preocupante tendência de crescimento da exposição tabagística no sexo feminino, indo de encontro aos resultados obtidos nesse estudo, onde a grande maioria foi do sexo feminino. Assim como também em estudo sobre a prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio, no Rio Grande do Sul (ZANINI *et al.*, 2006), a prevalência de tabagismo foi maior para o sexo feminino (20,4%) do que para o masculino (16,7%).

Uma limitação importante desse estudo é a diferença entre o número de participantes por sexo, visto que a grande maioria dos entrevistados era do sexo feminino evidenciando possíveis diferenças estatísticas entre os grupos, porém a amostra utilizada foi representativa dos participantes do PMCT de Goiânia.

A escolaridade mais freqüente entre os participantes do estudo foi o ensino fundamental confirmando a tendência observada em vários países, onde há uma prevalência maior dos fumantes nos grupos populacionais com menor escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; WORLD BANK, 1999). As informações obtidas permitiram traçar o perfil educacional da população entrevistada e inter-relacionar os dados sobre educação com outras informações. A OMS (2003) em documento produzido para Diretoria Geral de Saúde e Proteção ao Consumidor retrata que as pessoas com baixo nível de escolaridade são as mais prováveis vítimas do tabagismo. Observou-se no estudo realizado por Neumann, Shirassu e Fisberg (2006) que proporcionalmente, o número de fumantes entre os indivíduos de nível de instrução fundamental era o maior (40,9%), assim como encontrado nesse trabalho, onde a maioria dos fumantes (52,8%) possuía o ensino fundamental.

O indivíduo que não fuma, quando exposto à poluição ambiental promovida pelo cigarro, sofre também as conseqüências da ação das substâncias presentes no cigarro, tornando-se fumante passivo. Aquelas pessoas que não fumam, estando próximas dos fumantes, estão mais susceptíveis a inalarem a mesma concentração de substâncias tóxicas que os fumantes, até mesmo distante, já que os poluentes do cigarro dispersam-se homoganeamente pelo ambiente. O cigarro é considerado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o maior agente de poluição ambiental doméstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Como a maioria (57,9%) dos participantes do estudo é casada ou possuem união estável, aumentam mais ainda o risco de seus companheiros e/ou filhos desenvolverem enfermidades causadas pelo uso de cigarros, o que se torna uma

situação extremamente preocupante. O México, assim como o Brasil, dentre outros países, também vem se organizando, na última década, com diversas ações para controlar a epidemia tabagística, pois considera a questão do tabagismo passivo como problema de saúde pública no país (MARTÍNEZ-DONATE *et al.*, 2005).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), publicada em 1989, realizada em algumas capitais brasileiras, no ano de 1988, o consumo de cigarros tendia a ser maior nas classes sociais de menor rendimento familiar *per capita*. Na maioria das vezes, essa situação se deve em função da falta de informação das classes menos favorecidas economicamente, o que também ocorre em outras regiões do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). A OMS (2003) relata que os “pobres” são as mais prováveis vítimas do tabagismo, principalmente quando possuem baixo nível de escolaridade. Em nosso estudo, a maioria dos participantes (54,3%), entre homens e mulheres, recebiam menos de 1 (um) salário mínimo *per capita*, confirmando as informações dos estudos anteriores. Assim como no estudo realizado por Neumann, Shirassu e Fisberg (2006) verificou-se que havia um maior número de fumantes entre aqueles que têm menor renda familiar (39,3%).

6.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO HÁBITO TABAGÍSTICO E PRESENÇA DE DOENÇAS

Quando observada a idade de início do hábito tabagístico de todos os pacientes estudados verificou-se que 88,6% iniciaram o hábito tabagístico antes dos 20 anos, dados esses que se assemelham aos encontrados (89,2%) em estudo realizado sobre a prevalência e características do tabagismo em jovens de Brasília

(ANDRADE *et al.*, 2006); e com alguns estudos internacionais (WHO, 1998a; CDC, 1999; HEALTON *et al.*, 2000), onde esses valores situam na faixa de 80 a 90%. Essas proporções superam às encontradas em estudos realizados em todo o Brasil, em dezesseis capitais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b) onde se observa que 70% dos fumantes regulares começaram a fumar nessa mesma faixa etária.

Em relação à duração do hábito tabagístico em anos, observou-se que mais de 85% dos entrevistados fumam ou fumavam a mais de 21 anos, confirmando o início precoce do hábito. Sabe-se que quanto mais precocemente se estabelece o tabagismo, maior o risco de mortes prematuras na meia-idade ou na idade madura. A diferença em alguns anos no início do tabagismo pode aumentar, em quase o dobro, os riscos de danos à saúde (DOLL; PETO, 1981, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Em estudo sobre tabagismo realizado com funcionários de uma instituição de nível superior, realizado por Sabry *et al.* (1999) os valores encontrados sobre o tempo médio de tabagismo entre os fumantes (23,2 anos), foram menores que os valores verificados neste estudo (33,7 anos).

Os dados sobre a proporção de fumantes no Brasil revelam que grande parte dos brasileiros fumam, e que dos indivíduos fumantes em todas as faixas etárias, os homens fumam em maior proporção que as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Os dados encontrados neste estudo estão de acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, visto que 78,3% dos homens contra 63,5% das mulheres fumam mais que 10 cigarros/dia. Também são similares aos resultados do estudo sobre prevalência de tabagismo entre médicos do Equador realizado por Sánchez e Lisanti (2003), em que os homens fumavam mais

intensamente, onde 12,4% dos homens e 2,9% das mulheres manifestaram que fumavam mais de 15 cigarros/dia; e com maior frequência do que as mulheres, onde 62% dos homens fumavam diariamente e 52% das mulheres fumavam ocasionalmente.

A distribuição dos fumantes segundo o número de cigarros fumados ao dia ainda nos revela que 17,6% dos entrevistados, independente do sexo, fumam mais de 21 cigarros/dia, considerados fumantes pesados, superando a proporção de 10% de fumantes mais dependentes (> 21 cigarros/dia), em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2004b) em oito das dezesseis capitais brasileiras estudadas.

Muitos estudos, dentre eles alguns clássicos, mostraram uma associação clara dose-resposta entre tabagismo e doença (UNITED STATES, 1989). Podemos citar o aumento do consumo do risco de câncer de estômago associado ao consumo de 1 a 20 cigarros por dia (HOSHIYAMA; SASABA, 1992 *apud* SABRY *et al.*, 1999); bem como o aumento de até 13 vezes o risco de ter câncer de cabeça e pescoço, quando o consumo é maior que 20 cigarros/dia (ANDRE *et al.*, 1995).

A distribuição segundo o número de cigarros fumados ao dia, associada aos resultados do Teste de Fagerström (42% com grau de dependência à nicotina elevado e muito elevado), possibilitam a avaliação da proporção de fumantes pesados podendo refletir, futuramente, em maior carga de doenças associadas ao hábito de fumar. A proporção encontrada de fumantes pesados é considerada elevada, e esse resultado é de grande importância para o planejamento do

tratamento da dependência com determinação da estratégia terapêutica a ser estabelecida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Segundo o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) a média de tentativas da maioria dos ex-fumantes é de 3 a 5, antes de parar definitivamente. Quanto ao número médio de tentativas para deixar de fumar, nesse estudo, para fumantes (3,24), fumantes abstêmios (2,7) e ex-fumante (3,0) observou-se que se assemelham com as informações apresentadas pela literatura.

A hipertensão, as cardiopatias, o câncer, as dislipidemias e o diabetes estão entre os principais antecedentes familiares dos participantes desse estudo. Como o fumo é considerado um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, proporcionalmente ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação em adultos (RAW *et al.*, 1999), é necessário então, ficar atento para o futuro desenvolvimento de possíveis enfermidades associadas ao tabagismo. A OMS está envolvida no esforço mundial de priorizar a vigilância das doenças não transmissíveis, com foco principal nessas enfermidades citadas, especialmente quando associadas ao tabagismo, à alimentação inadequada, ao sedentarismo, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c).

Dentre as morbidades referidas pelos participantes do estudo com diagnóstico médio prévio destacaram-se doença da coluna, depressão, dislipidemia, hipertensão e artrite/reumatismo, entre homens e mulheres, podendo essas enfermidades estar associadas ou não.

Segundo Halty *et al.* (2002) é difícil avaliar a real influência dos fatores condicionadores, da personalidade, das reações emocionais e condições sociais sobre o tabagista, com isso antes de afirmar qualquer tipo de relação entre dependência da nicotina e depressão são necessárias investigações mais precisas e específicas.

De acordo com Ávila-Funes e Grarant (2006), certas enfermidades crônicas, especificamente a hipertensão arterial, estão associadas com a presença de lesões vasculares em áreas específicas do cérebro, as quais podem contribuir com o aparecimento de sintomas depressivos por sua vez.

Sabe-se que o tabagismo exerce efeito bastante deletério sobre o sistema cardiovascular e constitui um importante fator de risco, no mesmo grau, das dislipidemias na hipertensão. Além disso, o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos, reduzindo o HDL-colesterol (BEEVERS; MCGREGOR, 2000; MAGALHÃES, 1998 *apud* AMADO; ARRUDA, 2004).

6.3 CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no *The World Health Report 2002* (WHO, 2002b) aponta o tabagismo, a hipertensão arterial, o consumo de álcool, a inatividade física, a obesidade e a hipercolesterolemia como os principais fatores de risco para as doenças e agravos não-transmissíveis, sendo que o padrão alimentar está envolvido em três deles.

Casotti *et al.*, (1998) retratam que a cada dia vêm aumentando as informações relacionadas ao tema ciência da nutrição, as quais revelam uma escala abrangente de problemas com a alimentação nas sociedades modernas, em particular àqueles envolvidos com os padrões nutricionais. Porém, os autores ressaltam que as informações sobre os riscos e os benefícios que os alimentos podem promover têm sofrido variações importantes, ao longo dos anos.

Diante desse contexto, se fez relevante utilizar métodos de pesquisa que permitiram compreender melhor a prática dos alimentos e suas múltiplas influências, principalmente em tabagistas, devido à escassez de estudos sobre o tema.

Grande parte dos trabalhos sobre consumo alimentar de populações são baseados no cômputo do consumo energético através do somatório da contribuição energética dos macronutrientes e também do cômputo dos micronutrientes, relacionados aos excessos e/ou deficiências envolvendo ou não as doenças crônicas não transmissíveis da população em estudo (WILLETT, 1998; HANKINSON *et al.*, 2001). Contudo, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998_b), dessa época para os dias de hoje vêm sugerindo que as recomendações alimentares à população sejam baseadas em alimentos e não em nutrientes, pois houve uma supervalorização dos alimentos sobre os nutrientes.

As primeiras recomendações alimentares oficiais para os indivíduos brasileiros estão contidas no “Guia alimentar para a população brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) as quais correspondem aos alimentos e refeições consumidos tradicionalmente pelas famílias brasileiras de todos os níveis

econômicos, contemplado as diferentes culturas, padrões e diversidades alimentares existentes nesse imenso Brasil. Essas recomendações integram um conjunto de ações que tem como foco principal a diretriz de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que tem como objetivo primordial a melhoria da saúde pública do país, bem como reduzir a incidência de doenças relacionadas com alimentação.

A alimentação do dia-a-dia do brasileiro, tradicionalmente, é composta de arroz, feijão, batata ou outro tubérculo, como mandioca, por exemplo, e alguma carne ou outros produtos de origem animal, poucas frutas ou hortaliças, e consumo aumentado de sal e açúcar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diante dessa realidade são feitas algumas recomendações no “Guia alimentar para a população brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), tais como, manter o consumo estimado médio de cereais, massas, tubérculos, raízes ou outros alimentos fontes de amido dentro de proporções de contribuição de energia entre 45-65% (em média 6 porções/dia). Para as hortaliças (legumes e verduras) e frutas atingir em média 10% de contribuição no total de energia fornecida no dia, em média 3 porções de legumes e verduras e 2 porções de frutas. Em relação às leguminosas, o consumo deve ao menos ser de 1 porção/dia, garantindo, no mínimo, 5% do total de energia diária. Já os produtos de origem animal como carnes em geral e leite e derivados devem contribuir com até no máximo 25% do total de energia, sendo recomendado 3 porções/dia de leite e derivados e 1 porção/dia de carnes, peixes ou ovos.

Utilizar o mínimo de gorduras, sendo que a contribuição de gorduras e óleos não deve ultrapassar os limites de 15 a 30% da energia total da alimentação diária, (no máximo 1 porção/dia); o mínimo de açúcares, não devendo ultrapassar 10% da energia total diária (no máximo, 1 porção de alimentos do grupo dos açúcares e doces) e o mínimo de sal, sendo que o consumo diário de sal deve ser no máximo de 5g/dia. Ingerir em média 1500 a 2000mL de água ao dia, cerca de 6 a 8 copos. Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, e para os que a fazem, no máximo 1 dose permitida para as mulheres e duas doses diárias para homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Verificou-se no presente trabalho que dentre aqueles participantes consumidores de leite e derivados diariamente (24,3 – 35,5% da população estudada), a média de consumo variou de 274 a 335mL de leite e 91,4 g de queijo, representando 1 a 2 porções em média de leite e derivados por dia, ficando aquém das quantidades de 3 porções recomendadas no “Guia alimentar para a população brasileira”. Ainda em relação aos outros produtos de origem animal como os ovos e as carnes, verificou-se que os ovos (25g: 1/2 porção em média/dia) foram consumidos diariamente por menos de 1% da população estudada; que o consumo de carnes brancas (1 porção em média, 120g) e de carnes vermelhas (1 porção em média: variando de 100 a 127g de bife, e quase 2 porções: 140g de carne cozida) atingindo as recomendações do Guia Alimentar, o qual recomenda o consumo de 1 porção de carne/dia, para a pequena parcela da população estudada (2,8 – 6,0%) que consome algum tipo de carne diariamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O consumo diário do leite integral entre aqueles entrevistados que bebem leite destacou-se pelo maior percentual (33% em média, entre homens e mulheres), assim como foi verificado em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2004b) onde a alta utilização de leite integral em todas as 16 capitais estudadas impressionou os pesquisadores.

Observou-se também que o consumo médio de 1 a 2 porções de frutas ao dia (variando o consumo de 36,5g a 66,2g de limão: $\frac{1}{4}$ de porção; de 122,1g a 136,5g de banana: $1\frac{1}{2}$ porção e de 315g a 334g de laranja: 2 porções), somados ao consumo médio de 2 a 3 porções de hortaliças, entre legumes e verduras, sendo que o vegetal "A" (variando o consumo entre 48,8g e 67,8g de hortaliça folhosa, como a alface: $\frac{1}{2}$ porção, e de 89,1g a 116,4g de outros vegetais "A": $1\frac{1}{2}$ porção, como o tomate por exemplo) e de vegetais "B" (variando o consumo entre 25,2g a 82,5g, como por exemplo, a cenoura: 2 porções e beterraba: 1 porção em média) atingem as propostas recomendadas no Guia Alimentar para uma alimentação saudável, em 30 a 40% da população estudada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Considerando ainda o consumo de hortaliças e frutas, os resultados obtidos nesse estudo são similares aos encontrados por Castro *et al.* (2005) em estudo realizado sobre o padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, onde verificaram que entre as hortaliças destacou-se o consumo do tomate e alface, e entre as frutas mais consumidas foram a laranja e a banana.

Proporcionalmente, as mulheres do presente estudo apresentaram um consumo maior de frutas e hortaliças que os homens, resultados esses que se assemelham aos encontrados por Barros e Nahas (2001) em estudo sobre comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores, os quais verificaram que o reduzido consumo de frutas e verduras também foi mais prevalente entre os homens.

É importante citar que o consumo de gorduras vegetais foi cerca de 2 vezes maior que o consumo de gorduras animais, apesar de quase 10% (8,6%) dos entrevistados referirem consumir banha de porco e 5,7%, a manteiga de leite. O consumo de açúcares e doces representa uma porção aumentada (30g em média de açúcar, por mais de 84% da população estudada). Assim como o consumo de sal foi maior que 6g/dia, quantidade máxima permitida, segundo as recomendações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Já em relação ao consumo de bebidas alcoólicas foi relativamente alto, para aqueles indivíduos que as consomem (quase 10,0% da população de estudo), variando o consumo de cerveja de 330mL a 1000mL /dia, valores superiores às recomendações. Em relação ao consumo de leguminosas, em especial o feijão ultrapassou quase 3 vezes a recomendação de 1 porção de 86g/dia, conforme o Guia Alimentar. Quanto ao consumo de água, variando seu consumo entre 1560mL a 1835mL, atingiu as recomendações para uma ingestão hídrica adequada, segundo o “Guia alimentar para a população brasileira” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Comparando os resultados obtidos com os apresentados por Neumann *et al.* (2006), o consumo diário dos alimentos conhecidos como protetores entre eles, as hortaliças (38,6%), as frutas (25,7%), o feijão (87,1%) e azeite de oliva (8,6%) tem-se que excetuando o feijão, os demais alimentos obtiveram uma porcentagem menor de pessoas que os consomem de acordo com os dados levantados pelos autores para os mesmos alimentos, como as hortaliças (70,1%), as frutas (58,8%), o feijão (55,8%) e o azeite de oliva (36,5%).

Fonseca *et al.* (1999) estudando os hábitos alimentares entre funcionários de um banco estatal do Rio de Janeiro, verificaram que os homens e as mulheres revelaram padrões distintos para os grupos de alimentos, onde o consumo de alimentos ricos em gordura saturada, colesterol, sal ou açúcar foi significativamente maior entre os homens.

No presente estudo, identificou-se que os indivíduos atendem a recomendação de glicídios e proteínas, e excedem os valores para os lipídios, revelando ser a dieta consumida pela população estudada levemente hiperlipídica, no que se refere ao percentual de energia fornecida por esses macronutrientes, apresentando diferença significativa entre os sexos, apenas para a porcentagem de contribuição energética das proteínas. Em relação ao consumo em gramas e miligramas dos demais nutrientes, verificou-se que exceto o sódio, todas as demais variáveis, entre elas, a energia total ingerida, glicídios, proteínas, lipídios totais, gorduras saturadas e insaturadas, fibras, colesterol, apresentaram diferenças significativas entre homens e mulheres, assemelhando aos resultados apresentados por Fonseca *et al.* (1999) em seus estudos.

Observou-se também que apesar do consumo aumentado de lipídios, houve um consumo adequado de gordura saturada ($\leq 10\%$ do total de energia), apesar de ter tido um consumo elevado de colesterol, por 54,5% dos indivíduos do sexo masculino. A quantidade média (g) ingerida por dia de gordura saturada (23,90g) foi menor que a da gordura insaturada (54,44g). O consumo de sódio foi elevado superando os valores recomendados de $> 2400\text{mg/dia}$, em ambos os sexos. Esses resultados se assemelham aos encontrados por Neumann *et al.* (2006), em estudo realizado sobre o consumo alimentar de funcionários públicos de São Paulo.

Lemos-Santos *et al* (2000) em estudo realizado sobre tabagismo e ingestão de alimentos dentre outros fatores em fumantes, não-fumantes e ex-fumantes não encontraram diferença estatisticamente significativa na distribuição percentual de glicídios, lipídios e proteínas da população estudada, de acordo com o hábito de fumar. No presente estudo, ao comparar a ingestão dos macronutrientes com o número de cigarros fumados também não se observou diferença significativa nesse consumo.

Segundo Lorenzo, Núñez e Díaz (2004) existe associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e as lesões bucais, podendo provocar uma das alterações mais importantes da mucosa oral que é o paladar de fumante invertido. Ao analisar a relação entre os hábitos de fumar e o consumo de álcool e de alimentos muito condimentados, e/ou muito temperados com a aparição de atipias como lesões na cavidade bucal, Hernández, Hurtado e Rivera (1991) encontraram que a maior proporção destas se apresentam em pacientes com esse tipo de hábitos, assim como Lemos-Santos, Gonçalves-Silva e Botelho (2000) verificaram

que pacientes fumantes apresentam maior consumo de sal, pimenta, gordura e açúcar, podendo ser esses, entre outros fatores, alguns dos motivos do consumo aumentado de gordura, sal e açúcar pelos pacientes do presente estudo.

A dieta habitual dos indivíduos estudados revelou-se ser mais calórica, podendo ter sofrido influência da energia fornecida pelo etanol das bebidas alcoólicas, quando ingeridas.

O consumo de álcool, assim como o tabaco, é reconhecido como problema de saúde pública muito relevante (CYR, WARTMAN, 1988 *apud* PRIMO, STEIN 2004). O alcoolismo afeta 8% da população brasileira na forma combinada de abuso e dependência. Pode ser definido como uma síndrome multifatorial, com comprometimento físico, mental e social que leva em conta uma complexidade de interações entre fatores genéticos e do ambiente (DOTTO BAU, 2002).

O uso do álcool, bem como, o uso da nicotina são considerados lícitos pela sociedade, trazem a falsa impressão de que são benignos e minimizam as evidências de que levam a dependências muito sérias, causando sofrimento pessoal e familiar e alto custo social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que é admitida e incentivada pela sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 b).

A tendência da população é tornar-se dependente da nicotina muito mais do que do álcool, a maioria dos indivíduos podem ingerir bebidas alcoólicas sem que se tornem dependentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). O consumo excessivo de

álcool pode levar à violência, suicídio, acidentes de trânsito, dependência química, cirrose, pancreatite, demência, poli neuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e alguns cânceres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 b).

Com isso, é importante ressaltar, no presente estudo que, 43,5% dos entrevistados, entre homens e mulheres, consumiam diariamente cerveja, 5,7% bebida destilada e 12,9% vinho, sendo que desse total, 15,2% dos homens ingerem mais que 30g de etanol/dia (acima da quantidade máxima permitida) e 11,2% das mulheres ingerem mais que 15g de etanol/dia (quantidade máxima permitida para esse sexo), sendo 4,7% até 30g e 6,5% mais que 30g, valores esses maiores que os preconizados de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2004 (SBC, 2004); e o III Consenso Brasileiro de Hipertensão, 1998 (SBC, 1998).

Esse resultado revela o quanto o álcool como droga é aceito pela sociedade sem maiores questionamentos e que essa porcentagem encontrada ingerindo uma quantidade de etanol maior que a permitida fica muito mais susceptível à dependência, principalmente quando duas drogas, como o álcool e o tabaco, estão associadas. A associação entre tabagismo, abuso e dependência de álcool é constatada na literatura (PRIMO, STEIN, 2004; CHAIEB, CASTELLARIN, 1998). Berlot (1990) *apud* Chaieb, Castellarin (1998) encontrou 86% de tabagistas entre alcoolistas hospitalizados. O álcool parece exercer um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, aumentando o consumo de cigarros.

O consumo maior de álcool entre os fumantes do sexo masculino, conforme verificado no presente estudo, assemelha-se ao resultado encontrado por Lemos-

Santos *et al.* (2000) em seus estudos, onde verificaram que indivíduos fumantes do sexo masculino consomem maior quantidade de álcool que os ex e não fumantes.

Segundo Camargo e Toledo (1999) o consumo moderado de café é definido como uma ingestão diária que varia de 200 a 300mg, e o consumo excessivo é definido como ingestão acima de 600mg/dia, segundo Laranjeira *et al.* (1996). A grande maioria dos entrevistados entre homens (97%) e mulheres (91%) apresentou um consumo diário de café variando entre 255mL a 283mL/dia, valores semelhantes aos valores considerados como consumo moderado. O café é considerado a fonte mais rica em cafeína (substância psicoativa mais usada no mundo) e cerca de 80% da população geral faz uso da cafeína, onde se destacam como fontes de cafeína na dieta habitual o consumo de café em primeira instância, seguido do consumo de chás preto e mate, refrigerantes e chocolates (CAMARGO; TOLEDO, 1999; BICALHO *et al.*, 2002; GILBERT, 1984 *apud* FELIPE *et al*, 2005).

Observou-se no presente trabalho que mais de 65%, entre homens e mulheres, da população estudada consumiam café mais de 4 vezes/dia. Essa porcentagem se aproxima dos resultados obtidos em um estudo realizado na Bahia com adolescentes onde verificou-se que mais de 75% da população estudada, entre os sexos masculino e feminino ingeriam café mais de 4 vezes/dia (SANTOS *et al*, 2005). No estudo realizado por Castro *et al.* (2005) o consumo de café também se destacou entre os alimentos e/ou bebidas mais consumidos pela população.

Em estudo realizado por Souza e Sichieri (2005) sobre o consumo de cafeína e de alimentos-fonte de cafeína e prematuridade, observou-se a associação

entre tabagismo e consumo de café, onde em seus controles quanto maior o número de cigarros fumados, maior a quantidade de café consumida. Quando comparado aos seus casos selecionados, essa relação foi inversa sendo justificado pelo fato de utilizar um pequeno número de gestantes fumantes em seu estudo. No presente trabalho verificou-se uma correlação pequena, porém positiva entre o número de cigarros fumados/dia e o consumo diário de café assemelhando aos controles do estudo mencionado.

O controle do hábito de fumar e as mudanças de dieta estão entre as estratégias que devem ser incluídas em programas globais de modificação de estilo de vida, visto que quando utilizadas de forma exclusiva e/ou isolada não atingem a população como um todo, pois promovem mudanças individuais e não na responsabilidade social sobre os hábitos e comportamentos da sociedade em geral (FONSECA *et al.*, 1999).

Apesar da existência de vários artigos e materiais sobre o tabagismo, ainda são poucos os estudos que relacionam o consumo alimentar de indivíduos ou grupos e o tabagismo. Por isso verifica-se a necessidade de novos estudos que façam essa relação para nos auxiliar enquanto profissionais da área da saúde no controle desse mal que tanto prejudica a sociedade, bem como para planejarmos estratégias e propostas de solução para os problemas detectados.

7 CONCLUSÕES

- A amostra utilizada foi representativa (68,3%) em relação ao número total de pacientes participantes do PMCT.
- Mais da metade (54,1%) dos pacientes finalizava o tratamento, aumentando as expectativas das ações desenvolvidas em prol da cessação do hábito tabagístico.
- A maioria (76,4%) dos pacientes entrevistados era do sexo feminino; possuía baixa renda e escolaridade.
- Mais de 85% da população estudada fumava a mais de 20 anos, confirmando o início precoce do hábito tabagístico, entre 7 e 14 anos de idade; e quase a metade (42%) apresentou grau de dependência a nicotina elevado e/ou muito elevado.
- Do total de entrevistados, 15% dos pacientes já haviam parado de fumar como resultado das ações desenvolvidas no PMCT, e a maioria, dentre aqueles que ainda não conseguiram deixar o hábito de fumar, apresentou redução do número de cigarros fumados/dia.
- Os alimentos consumidos com maior frequência em cada um dos grupos de alimentos estudados foram: o óleo vegetal, o sal, o arroz, o café, o feijão, o açúcar, o tomate, o pão francês, o leite integral líquido, o limão, o refresco de fruta com açúcar, o bife bovino e a cerveja (entre as bebidas alcoólicas), os quais definiram o padrão alimentar da população em estudo.
- 12,1% dos homens e 4,7% das mulheres consomem diariamente até 30g de etanol/dia; e 15,2% (sexo masculino) e 6,5% (sexo feminino), consomem mais que 30g de etanol/dia, ultrapassando as recomendações de bebidas alcoólicas para um hábito de vida saudável.

- A grande maioria dos participantes do estudo, entre homens (97%) e mulheres (91%), apresentou um consumo diário de café, o qual se correlacionou positivamente com o número de cigarros fumados/dia.
- A ingestão alimentar dos indivíduos participantes atendem a recomendação de glicídios e proteínas/dia e excedem os valores para os lipídios, revelando ser a dieta consumida pela população estudada levemente hiperlipídica.
- A grande maioria dos entrevistados 84,8% (homens) e 79,4% (mulheres) apresentou um consumo adequado de gorduras saturadas em relação ao valor calórico total ingerido.
- Mais da metade (54,5%) dos homens apresentou consumo maior que a recomendação de colesterol/dia, e 60,7% das mulheres apresentaram um consumo diário de colesterol adequado.
- A grande maioria dos participantes do estudo, entre homens (97,0%) e mulheres (90,7%), excedeu a quantidade recomendada de sódio/dia.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

8.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O QFCA é muito utilizado em estudos epidemiológicos para classificar os indivíduos em níveis de ingestão de nutrientes para análise de tendência de risco segundo o grau de exposição e possibilita estimar a dieta habitual. Contudo, a informação obtida por este instrumento não pode ser utilizada para avaliar a inadequação da ingestão dietética, nem em indivíduos nem em grupos, devido às especificidades próprias do método, pois se apropria de medidas padronizadas, apresenta relação incompleta de alimentos disponíveis para o consumo e, ainda vários alimentos podem estar agregados em um mesmo item (FISBERG *et al*, 2005). Porém é importante ressaltar que no caso do presente trabalho, todos os alimentos citados pelos entrevistados que não constava na lista proposta inicialmente, ou seja, no QFCA padrão, foram agregados nos grupos de alimentos correspondentes.

Sendo assim, ainda com algumas desvantagens, considerando o viés de memória do entrevistado e informações não muito detalhadas sobre o consumo de alimentos, e lembrando que segundo Duarte e Castellani (2002) não existe uma metodologia de inquérito dietético ideal, o QFCA permite caracterizar a dieta habitual de cada um captando algumas mudanças recentes, possibilitando classificar os indivíduos segundo o padrão de consumo de alimentos e nutrientes ingeridos.

8.2 CONTRIBUIÇÕES

A realização desta pesquisa e a divulgação dos resultados para a Secretaria Municipal de Saúde contribuíram para o conhecimento do perfil de consumo alimentar dos pacientes tabagistas participantes do PMCT, e contribuirá para que ações e atividades voltadas para esse público sejam planejadas e executadas, no sentido de melhorar as condições de saúde e qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde, através das UABS.

Por ser uma pesquisa inédita realizada com os participantes do PMCT no município de Goiânia, as informações aqui contidas servirão de subsídios para o desenvolvimento de relatórios que serão enviados para o INCA /Ministério da Saúde. Além da divulgação dos resultados e conhecimento da realidade vivenciada por esse município na implantação/implementação do programa de controle do tabagismo, bem como para divulgação e publicação em revistas científicas indexadas em bases de dados de circulação nacional e internacional, conforme esclarecido aos entrevistados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na Declaração de que os resultados se tornarão públicos.

8.3 PRODUTOS

A partir da elaboração de um projeto de educação permanente em saúde desenvolvido em uma das disciplinas do mestrado sobre o tema trabalhado nessa pesquisa, foram organizadas algumas atividades de interesse para o nosso trabalho dentro da SMS, bem como para nossa formação profissional.

Cabe aqui destacá-las por serem produtos oriundos do desenvolvimento desse mestrado em Ciências da Saúde.

- Participação como palestrante na “Capacitação da Abordagem Mínima aos Fumantes” e “Ambientes Livres do Tabaco”, para 142 profissionais da saúde, entre eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes social, psicólogos, educadores físicos das UABS por distrito sanitário, nos dias 10, 11, 16, 17, 18 e 23 de maio de 2006 (ANEXO D)
- Participação como palestrante na “Capacitação da Abordagem Intensiva aos Fumantes”, realizada nos dias 19, 20 e 21 de setembro de 2006, para 178 profissionais de saúde de nível superior e técnico das UABS da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (ANEXO E).
- Apresentação do trabalho: “Perfil dos pacientes tabagistas em tratamento no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Goiânia – resultados preliminares”, no III Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (Conpeex), nos dias 02 a 05 de outubro de 2006: “A pesquisa e a formação profissional na Universidade” (ANEXO F) e na “Capacitação da Abordagem Intensiva aos Fumantes” (APÊNDICE I).

8.4 RECOMENDAÇÕES

- Recomenda-se a realização de novos estudos sobre o consumo alimentar e sua relação com o tabagismo, uma vez que são poucos os estudos com esse público dificultando a discussão e comparação dos dados.
- Sugere-se que seja reforçada a participação do nutricionista no PMCT, mesmo que em algumas UABS já acontece a palestra do nutricionista em uma das reuniões, contudo é importante que o nutricionista possa acompanhar a evolução e a modificação dos hábitos alimentares dos pacientes no decorrer das reuniões dos grupos de acompanhamento dos tabagistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ADLER, A. I. *et al.* Hyperglycemia and hyperinsulinemia at diagnosis of diabetes and their association with subsequent cardiovascular disease in the United Kingdom prospective diabetes study. **American Heart Journal**. St. Louis. v. 138, n. Pt I, p. 353-359, 1999.

AMADO, T.C.F.; ARRUDA, I.K.G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. Porto Alegre. v.19, n.2, p. 94-99, 2004.

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

ANDRE, K. *et al.* Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck câncer: a case-control study in the Doubs region of France. **European Journal of Câncer - Part B - Oral Oncology**. London. v.31, n.5, p. 301-309, 1995.

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

ARMSTRONG, B.K. *et al.* **Principles of exposure measurement in epidemiology**. 2. ed. Oxford, Oxford University Press, 1995.

AUSTRUP, A. Dietary fat and obesity – Does quantity matter? **Scand. Journal of Nutrition**. Lund. v. 43, n.34, p. 28S, 1999.

ÁVILA-FUNES, J.A., GRARANT, M.P. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**. Washington. v.19, n.5, p. 321-330, 2006.

BAKX, J.C. Weight gain influences cholesterol increase in men and women. **Preventive Medicine**. New York. v.30, n.1, p.138-45, 2000.

BARRETO, S.M.; PINHEIRO, A.R.O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C.A. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília. v.14, n.1, p. 41-68, 2005.

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

BEEVERS, D.G.; MACGREGOR, G.A. **Hipertensão na prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

BICALHO, G.G. et al. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.36, n.2, p.180-187, 2002.

BORHANI, N. O. Primary prevention of coronary heart disease: a critique. **American Journal of Cardiology**. New York. v.40, n.1, 251-259, 1977.

BRITTON, J. Tobacco: the epidemic we could avoid. **Thorax**. London. v. 52, n.1, p.1021-1022, 1997.

CAMARGO, M.C.R.; TOLEDO, M.C.F. Teor de cafeína em cafés brasileiros. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas. v.18, n.1, p.421-424, 1999.

CASOTTI, L. *et al.* Consumo de alimentos e nutrição: dificuldades práticas e teóricas. **Cadernos de Debate**. Rio de Janeiro. v. 6, n.1, p.26-39, 1998.

CASTELLI, W.P.; ANDERSON, K.; WILSON, P.W.F.; LEVY, D. Lipids and risk of coronary heart disease. **Annals of Epidemiology**. New York. V.2, n.1/2, p. 23-28, 1992.

CASTRO, M.B.T.; ANJOS, L.A.; LOURENÇO, P.M. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.20, n.4, p.926-934, 2004.

CASTRO, T. C. *et al.* Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.18, n.3, p. 321-330, 2005.

CAVALCANTE, A.A.M., PRIORE, S.E., FRANCESCHINI, S.C.C. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.4, n.3, p. 229-240, 2004.

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

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Cigarette smoking among high school students 11 states, 1991-1997. **MMWR: Morbidity and mortality weekly report** . Atlanta. v.48, n.31, p. 686-692, 1999.

CHAIEB, J.A., CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.32, n.3, p. 246-254, 1998.

CIORLIA, L.A. de S.; GODOY, M.F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade: seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela Medicina Ocupacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v. 85, n.1, p.20-25, 2005.

DOTTO BAU, C.H. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.7, n.1, p.183-190, 2002.

DUARTE, A.C.; CASTELLANI, F.R. **Semiologia Nutricional**. 1.ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2002. 115p.

FELIPE, L. *et al.* Avaliação do efeito da cafeína no teste vestibular. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro. v. 18, n.5, p.643-650, 2005.

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

FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. **Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicos**. Barueri, SP: Manole, 2005. 329p.

FONSECA, M.J.M.; CHOR, D.; VALENTE, J.G. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.15, n.1, p. 29-39, 1999.

FORNÉS, N.A.S. **Padrões alimentares e suas relações com os lipídios séricos em população da área metropolitana de São Paulo**. 1998, 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FORNÉS, N.S. *et al.* Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.36, n.1, p.12-18, 2002.

FORNÉS, N.S. *et al.* Food frequency consumption and lipoproteins serum levels in the population of an urban area, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.34, n.4, p.380-387, 2000.

FORNÉS, N.S.; STRINGHINI, M.L.F. Development of a food frequency questionnaire (FFQ) and characterization of the pattern consumption for low – income workers in the city of Goiânia, Goiás State, Brazil. **Acta Scientiarum Health Science**. Maringá. v.27, n.1, p.69-75, 2005.

FORNÉS, N.S.; STRINGHINI, M.L.F.; ELIAS, B.M. Reproducibility and validity of a food-frequency questionnaire for use among low-income Brazilian workers. **Public Health Nutrition**. Oxford. v.6, n.8, p. 821-827, 2003.

FRANCO, G. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9.ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1999. 307p.

FUNDAÇÃO IBGE (FIBGE). **Consumo alimentar; antropometria**. Rio de Janeiro, 1977. (Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF, v.1: dados preliminares, Regiões I, II, III, IV, V, t.1).

FUNDAÇÃO IBGE (FIBGE). **Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF 1987/88**. Rio de Janeiro. v.1, 1991.

FUNDAÇÃO IBGE (FIBGE). **Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF 1995/96**: primeiros resultados. Rio de Janeiro, 1997.

GARCIA, R.W.D. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. **Revista de Nutrição de Campinas**. Campinas. v.17, n.1, p.15-28, 2004.

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

GIBSON, R.S. “Food consumption of individuals”. In: _____. **Principles of nutritional assessment**. Oxford, Oxford University Press, 1990, p. 37-54.

GREGÓRIO, S.R.; AREAS, M.A.; REYES, F.G.R. Fibras alimentares e doença cardiovascular. **Nutrire**: revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. São Paulo. v.22, n.1, p. 109-120, 2001.

HAGGSTRÄM, F.M.; CHATKIN, J. M.; CAVALET-BLANCO, D.; RODIN, V.; FRITSCHER, C.C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal de Pneumologia**. Brasília. v.27, n.5, p. 255-261, 2001.

HANKINSON, S.E. *et al.* **Healthy women, healthy lives** : a guide to preventing disease, from the landmark nurses’ health study. New York: Simon & Shuster Source, 2001.

HEALTON, C., MESSERI, P., REYNOLDS, J., WOLFE, C., STOKES, C., *et al.*; Center for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use among middle and high school students – United States, 1999. **MMWR: Morbidity and mortality weekly report** . Atlanta. v.49, n.3, p. 49-53, 2000.

HERMANSON B, OMENN G, KRONMAL R, *et al.* Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older man and women with coronary artery disease. **New England Journal of Medicine**. Boston. v. 319, p.1365-1369, 1988.

HERNÁNDEZ, N.F.; HURTADO, C.C.M.; RIVERA, L.E.V. Estudio de leucoplasia em la región Zuliana-Maracaibo. **Acta Odontológica Venezolana**. Caracas. v.29, n.1, p.15-21, 1991.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). ENDEF: Estudo Nacional da Despesa Familiar, 1977. **Tabela de composição dos alimentos**. 5. ed. Rio de Janeiro, 1999. 137p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004.

KANNEL WB, MCGEE DL, CASTELLI WP, *et al.* Latest perspective on cigarette smoking and cardiovascular disease: the Framingham Study. **Journal of Cardiac Rehabilitation**. London. v.4, n.1, p.267-77, 1984.

LARANJEIRA, R.R.; NICASTRI, S. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R.R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996; p.83-112.

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

LICHTENSTEIN, A. H. *et al.* Dietary fat consumption and health. **Nutrition Review**. Washington. v.56, n.5 Pt II, p.S3-28, 1998.

LISSNER, L. Dietary fat and prevention of obesity. **Scand. Journal of Nutrition**. Lund. v.43, n.34, p.18S, 1999.

LORENZO, E.R.; NÚÑEZ, M.O.; DÍAZ, R.M. Comportamento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. **Revista Habanera de Ciências Médicas**. Habana. V.10, n.3, p.35-41, 2004.

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

MARTÍNÉZ-DONATE, A.P., HOVELL, M.F., HOFSTETTER, C.R. *et al.* Smoking, exposure to secondhand smoke, and smoking restrictions in Tijuana, México. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**. Washington. v.18, n.6, p. 412-417, 2005.

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

MENEZES, A.; PALMA, E.; HOLTHAUSEN, R.; OLIVEIRA, R. *et al.* Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.35, n.2, p.165-169, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Bioética: **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília.. v.4, n.2, p.15-25, 1996.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. **Alimentação/Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Agita Brasil**: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Brasília, Brasil: 2000.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Vigilância do Tabagismo em Escolares – VIGESCOLA**. Dados e Fatos de 12 capitais Brasileiras. Brasília. v.1, 2004a.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. revisada. Brasília, 2005a. 48p.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Brasil. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006. 210p.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão da alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.28, n.1, p. 433-439, 1995.

MONDINI, I.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec Nuupens-USP, 2000. cap. 4, p. 79-89.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec Nuupens-USP, 2000. 431p.

MULCAHY R, HICKEY N, GRAHAN I, *et al*. Factors influencing long-term prognosis in male patients surviving a first coronary attack. **British Heart Journal**. London. v.37, n.1, p.158-65, 1975.

NEUMANN, A.I.L.C.P. **Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos estaduais do município de São Paulo**, 2000. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NEUMANN, A.I.L.C.P.; SHIRASSU, M.M.; FISBERG, R.M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Revista de Nutrição**. Campinas. v.19, n.1, p.19-28, 2006.

OLIVEIRA, S.P.; THÉBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**. Campinas. v.31, n.2, p. 201-208, 1997.

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

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Tabaco o salud: situación en las Américas**. Washington; OPAS, 1992.

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

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

PELLANDA, L.C.; ECHENIQUE, L.; BARCELLOS, L.M.A.; MACCARI, J. *et al*. Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. v.78, n.2, p. 91-96, 2002.

PHILIPPI, S.T. **Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional**. 2.ed. São Paulo: Coronário, 2002. 107p.

PINHEIRO, A.B.V., et al. **Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras**. 4.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 79p.

POPKIN, B.M.; KEYOU, G.; ZHAI, F.; GUO, X.; MA H; ZOHOOI, N. The nutrition transition in China: a cross-sectional analysis. **European Journal of Clinical Nutrition**. London. v.47, n.1, p.333-346, 1993.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v.32, n.5, p. 267-275, 2005.

PRIMO, N.L.P., STEIN, A.T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. v.26, n.3, p.280-286, 2004.

RAW, M.; McNEILL, A.; WEST, R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. **BMJ: British Medical Association**. London. v.318, p.182-185, 1999.

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

ROEMER, R. **Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo**. 2. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.

SABRY, M.O.D. *et al.* Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **Jornal de Pneumologia**. São Paulo. v.25, n.6, p.313-320, 1999.

SALONEN JT. Stopping smoking and long-term mortality after acute myocardial infarction. **British Heart Journal**. London. v.43, n.1, p. 463-469, 1980.

SÁNCHEZ, P.; LISANTI, N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan american Journal of Public Health**. Washington. v.14, n.1, p.25-30, 2003.

SANTOS, J. S. *et al.* Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas – Bahia. **Revista de Nutrição**. Campinas. v.18, n.5, p.623-632, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Relatório de Gestão: resultados. **Revista da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**. Goiânia, 2004. Dezembro. 54p.

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

SEIDELL, J.C. Obesity insulin resistance and diabetes – a worldwide epidemic? In: **Diet and the metabolic syndrome** – International Symposium: Ystad (Sweden), 1999. Ystad: Swedish Nutrition Foundation: 1999. 20p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão (SP), 1998. Disponível em: <<http://www.cardiol.org.br/publicacoes>>. Acesso em 24 de março de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Programa nacional de prevenção e epidemiologia**, 1999. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/epidemio.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias: Detecção, Avaliação e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2001a. Disponível em: <<http://www.cardiol.br>>. Acesso em 16 de outubro de 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v. 77 (suplemento III), 2001b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v. 82, (suplemento IV), p.8-13, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **Importância do álcool: informações ao público**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br>> . Acesso em: 24 de outubro de 2006.

SOUZA, R.A.G.; SICHIERI, R. Consumo de cafeína e de alimentos-fonte de cafeína e prematuridade: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.21, n.6, p.1919-1928, 2005.

SPSS 8,0 – **Statistical Package for Social Sciences**, 1997.

SUTHERLAND, G. Smoking: can we really make a difference? **American Heart Journal**. St. Louis. v. 89, (Suppl II), p.1125-1127, 2003.

TACO. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação (NEPA) / UNICAMP-Campinas: NEPA-UNICAMP, 2004. 42p.

UNITED STATES. Departamento of Health and Human Service. **Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress**: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland (United States): Department of Health and Human Services, 1989.

WALKER, B.R. *et al.* Independent effects of obesity and cortisol in predicting cardiovascular risk in men and women. **Journal of Internal Medicine**. Oxford. v. 247, p.198-204, 2000.

WILLETT, W.C. **Nutritional epidemiology**. 2. ed. New York: Oxford University Press; 1998.

WORLD BANK. **Combating tobacco epidemic**. The World Health Report 1999. 1. ed. Geneva, 1999; 65-79.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders**. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic**. Geneva: WHO, 1998 a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of a Joint FAO/WHO Consultation. **Preparation and use of food-based dietary guidelines**. Geneva: WHO, 1998b.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet nutrition and the prevention as chronic diseases**. Geneva: WHO, 2002a. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/nutrition>>. Acesso em: 16 de outubro de 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2002: reducing the risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence: tools for public health**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Building blocks for tobacco control: a handbook**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf>. Acesso em 02 de julho de 2006.

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

* As referências bibliográficas foram listadas e ordenadas de acordo com o sistema autor-data, por ordem alfabética, redigida segundo as normas da ABNT: NBR 6023 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2002).

APÊNDICE A

Lista das unidades capacitadas
Lista das unidades entrevistadas

Lista das UABS capacitadas para acompanhamento dos tabagistas na “Abordagem Intensiva ao Fumante” (2005/2006) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	RESPONSÁVEIS
SUL / SUDESTE (03 grupos)	CIAMS PEDRO LUDOVICO (Grupo 05 com med.)	6ª FEIRA – MANHÃ (I: 24/06/05)	MIRIAM (E) MARISA (AS) MARLUCE (AS) HELIOS (M)
	CAIS JARDIM AMÉRICA (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA - TARDE (I: 05/07/05)	LENICE (P)
	CS PARQUE AMAZÔNIA (Grupo 06 sem med.)	3ª FEIRA – MANHÃ (7h30)	EDMAR (M) MARIA AP. (E) EUNIDES (AS)
MENDANHA (2 grupos)	CAIS CÂNDIDA DE MORAIS (Grupo 05 sem med.)	2ª FEIRA – MANHÃ 9h (I: 20/06/05)	MARIA CRISTINA (P)
	CAIS URIAS MAGALHÃES (Grupo 05 com med.)	3ª FEIRA - TARDE 15h (I: 21/06/05)	SIMONE (AS) MÔNICA (P) JÚLIO CÉSAR (M) MARIA NELI (E) VILMA (E)
NORTE (2 grupos)	CS JD. GUANABARA III (Grupo 05 sem med.)	2ª FEIRA – TARDE 15h30 (I: 20/06/05)	MARIA JOSÉ (O) SUZETE (O) SANDRA MARLI (DS)
	CS ITATIAIA (Grupo 06 sem med.)	5ª FEIRA – MANHÃ (8h00)	MARIA APARECIDA (E) FERNANDO CÉSAR (M) SANDRA (DS)
OESTE (2 grupos)	CAIS BAIRRO GOIÁ (Grupo 05 com med.)	5ª FEIRA - TARDE 17h (I: 16/06/05)	LUIZ HENRIQUE (F) JEANE (E) PAULA (M)
	CS VERA CRUZ I (Grupo 06 sem med.)	5ª FEIRA -MANHÃ 9h (I: 02/03/06)	DÉBORA (E) HÉRICA (N)
NOROESTE (2 grupos)	CAIS FINSOCIAL (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA – TARDE 14h (I: 14/06/05)	SÉRGIO (M) REGINA CÉLIA (E) KEILA (N) ANA CLÁUDIA (E)
	CAIS CURITIBA (Grupo 05 sem med.)	4ª FEIRA- MANHÃ 9h (I: 29/06/05)	ZILDENÊ (AS): 96484779
SUDOESTE (2 grupos)	CAIS NOVO HORIZONTE (Grupo 05 sem med.)	3ª FEIRA-MANHÃ 9h (I: 28/06/05)	MARIA APARECIDA (E) MARIA LÚCIA (AS)
	CS VILA MAUÁ (Grupo 06 sem med.)	REFORMA NA UNIDADE	MARLENE (P – DS) 1636

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

Total de grupos: 22

Total de UABS: 21

*Lista das UABS onde foram realizadas as entrevistas – coleta de dados (2005/2006)
da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás (entrevistadas)*

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADE DE SAÚDE	Número de grupos formados
SUL / SUDESTE (04 grupos)	CIAMS PEDRO LUDOVICO	02
	CAIS JARDIM AMÉRICA	01
	CS PARQUE AMAZÔNIA	01
MENDANHA (02 grupos)	CAIS CÂNDIDA DE MORAIS	01
	CAIS URIAS MAGALHÃES	01
NORTE (03 grupos)	CS JD. GUANABARA III	01
	CS ITATIAIA	01
	PSF CACHOEIRA DOURADA	01
OESTE (03 grupos)	CAIS BAIRRO GOIÁ	03
	CS VERA CRUZ I	00
NOROESTE (nenhum grupo)	CAIS FINSOCIAL	00
	CAIS CURITIBA	00
SUDOESTE (01 grupo)	CAIS NOVO HORIZONTE	01
	CS VILA MAUÁ	00
CENTRAL (nenhum grupo)	CAIS VILA NOVA	00
	PSF LESTE UNIVERSITÁRIO	00
	CS MARINHO LEMOS	00
LESTE (nenhum grupo)	CAIS AMENDOEIRAS	00
	CAIS NOVO MUNDO	00
MEIA PONTE (03 grupos)	CS RODOVIÁRIO	01
	CS CANAÃ	01
	CAIS CAMPINAS	01

Total de grupos: 16

Total de UABS entrevistadas: 13

APÊNDICE B

Planilha de levantamento dos dados

PLANILHA DE SUPERVISÃO/LEVANTAMENTO DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO: _____ ANO: _____.

DATA DE INÍCIO	SITUAÇÃO ATUAL	Nº PART. TRAT. C/ MED.			Nº PART. TRAT. S/ MED.			FICHA AC		Nº PART. ATUAIS		PREVISÃO TÉRMINO
		F	R	N	F	R	N	S	N	INI	FIM	
TOTAL												

Observações.: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Contatos: _____ Tratamento: _____ Fase: _____

APÊNDICE C

Questionário de caracterização sócio-econômica e demográfica, do hábito tabagístico e antecedentes pessoais e familiares

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

IDENTIFICAÇÃO

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

COMPOSIÇÃO FAMILIAR E CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

13. Qual o seu endereço atual com referência? P13COD |__|__|__|
- Rua/Av: _____ Quadra: ____ Lote: ____ Nº: _____
- Bairro: _____ Código: _____
- Referência: _____ P13FON
- 13A. Fone: (____) _____ - _____ |__|__|__|__|__|__|
14. O (a) Sr (a) estuda hoje? P14EST |__|
- 1= Sim (passe p/15) 2 = Não (passe p/ 16)
15. Qual série cursa? ____ __ __ __ (ver codificação) 8888=NSA P15ESC |__|__|__|__|
- 9999=NI
16. Até que série estudou? ____ __ __ __ (ver codificação) 8888=NSA 9999=NI P16ESC |__|__|__|__|
17. No momento o(a) sr(a) trabalha? P17TRA |__|
- 1= Sim 2 = Não (passe p/ 19) 9=NI
18. Qual o seu tipo de trabalho (ocupação)? P18OCU |__|
- 1= Empregador(a) 2=Empregado(a) 3=Autônomo(a)
- 4= Dono(a) de casa 8=NSA 9=NI
19. Qual a renda aproximada mensal de sua família?
- 19A) Em R\$ _____
- 19B) Em Salários Mínimos (SM):
- () 01. Menos de 1 S.M. () 02. De 1 a menos de 2 S.M. P19ARM |__|__|__|__|__|
- () 03. De 2 a menos de 3 S.M. () 04. De 3 a menos de 5 S.M. P19BRM |__|__|
- () 05. De 5 a menos de 10 S.M. () 06. De 10 a menos de 20 S.M.
- () 07. De 20 a menos de 30 S.M. () 08. De 30 a menos de 40 S.M.
- () 09. De 40 a menos de 50 S.M. () 10. Mais de 50 S.M. (99) NI
20. Quantas pessoas vivem com essa renda? ____ __ pessoas P20NPC |__|__|

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

P20APC |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

P20BPC |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

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

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

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO HÁBITO TABAGÍSTICO

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

P23IDA |__|_|

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

P24FUM |__|

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

25. Há quanto tempo fuma?

25A) ____ anos

25B) ____ meses 99=NI 88=NSA

P25ATA |_|_|_|

P25ATM |_|_|_|

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

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

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

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

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

P26ACF |_|

P26BCS |_|

P26CCP |_|

P26DCI |_|

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

P27RTF |_|_|_|

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

P28ACD |_|_|_|

28A) ____ cigarros por dia

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

P28BMD |_|_|_|

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

P29TPF |_|

1=Sim 2=Não (passe p/ 31) 8=NSA 9=NI

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

P30QVT |_|

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

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

P31ACS |_|

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

P31BEE |_|

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

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

P31CBA |_|

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

P31DCS |_|

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

P31ETD |_|

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

P31FEP |_|

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

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

32A) ____ anos

P32ATA |_|_|_|

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

P32BTM |_|_|_|

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

33A) ____ anos

P33ATA |_|_|_|

33B) ____ meses 88=NSA 99=NI

P33BTM |_|_|_|

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

34A) ____ cigarros por dia

P34ACD |_|_|_|

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

P34BMD |_|_|_|

35. Qual o método de parada utilizou? (Codificação: 8=NSA 9=NI)

35A) Abrupto 1= Sim 2= Não

P35AMA |_|

35B) Gradual 1= Sim 2= Não (passe p/ 36)

P35BMG |_|

33C) Adiamento 1= Sim 2= Não

P35CAD |_|

33D) Redução 1= Sim 2= Não

P35DRD |_|

36. Você já teve alguma recaída ou lapso? 1= Sim 2= Não (passe p/ 38)

P36REC |_|

8=NSA 9=NI

P36ARL |_|

36A. Qual? 1=Recaída 2=Lapso 8=NSA 9=NI

37. Quais os motivos para a recaída?		P37ASA __
37A) Sintomas da Síndrome da Abstinência	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37BFI __
37B) Fissura	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37CGP __
37C) Medo de ganho de peso	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37DBA __
37D) Consumo de bebida alcoólica	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37EFA __
37E) Falta de apoio em casa / trabalho	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P37FDP __
37F) Depressão ou co-morbidades psiquiátricas	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	

38. Você já usou ou usa algum medicamento para deixar de fumar?

1= Sim 2= Não (passe p/ o próximo questionário) 8=NSA 9=NI P38MED |__|

39. Qual medicamento fez ou está fazendo uso?

39A) Goma de mascar	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39AGM __
39B) Adesivo transdérmico	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39BGM __
39C) Bupropiona	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39CBU __
39D) Outros	1= Sim 2= Não 8=NSA 9=NI	P39DOU __

40. Horário do término ____ ____: ____ ____

APÊNDICE D

Carta informativa

DA: DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

PARA: COORDENADORES DOS GRUPOS DE CONTROLE DO TABAGISMO

C A R T A I N F O R M A T I V A

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

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

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

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

Atenciosamente,

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

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

Assinatura do(a) Entrevistada

Data: ____/____/____

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

Assinatura do Entrevistador

Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador da pesquisa

Data: ____/____/____

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006.

Coordenador da Pesquisa: Karine Anusca Martins

Pesquisadores Responsáveis: Angelita Evaristo Barbosa Pontes
Nélida A. Schmid Fornés

Telefones para contato: (0XX) 62. 3524-1980 ou (0XX) 62. 3524-1937 (Distrito Meia Ponte/SMS)

Descrição da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é avaliar o perfil de consumo alimentar dos pacientes tabagistas do “Programa de Controle do Tabagismo da prefeitura de Goiânia”, na unidade de saúde em que participa.

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

1. Você será entrevistado(a) na unidade de saúde do grupo que participa por aproximadamente 50 minutos, ou na sua casa quando não estiver tendo reunião na unidade, respondendo um questionário com informações sobre dados pessoais, renda familiar, escolaridade, antecedentes familiares e pessoais, hábitos de fumar, consumo de alimentos, e coleta de dados como peso e altura.
2. Você será entrevistado (a) uma única vez para coleta dessas informações, no período que pode variar de julho a setembro de 2006. Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás e pelo Secretário Municipal de Saúde.

A pesquisa não envolve riscos à saúde, integridade física ou moral do participante voluntário na pesquisa. Todas as informações que você der são confidenciais. Você pode tirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para você e para seu tratamento. Os dados da pesquisa serão posteriormente apresentados e publicados em eventos científicos e literatura científica, na área de saúde. O pesquisador não está recebendo nenhuma remuneração por este trabalho, pois é um estudo universitário para o mestrado.

A sua participação pode contribuir para melhorar as atividades desenvolvidas pelo Programa do Tabagismo. Os entrevistados serão informados do resultado da avaliação nutricional, e se tiverem interesse será sugerido um acompanhamento nutricional que pode ser feito pelas nutricionistas da prefeitura.

Qualquer dúvida sobre o estudo poderá ser retirada neste momento.

Assinatura da entrevistada

Data: ____/____/____

Assinatura do Entrevistador

Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE F

Manual do Entrevistador; Programação do treinamento; Apresentação do treinamento (Power Point)

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

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

Equipe:

*Angelita Evaristo Barbosa Pontes
Karine Anusca Martins
Prof(a) Dra. Nélida A. S. Fornés*

GOIÂNIA, JUNHO DE 2006

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

MANUAL DE INSTRUÇÕES

1 - APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

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

2 - POSTURA DO ENTREVISTADOR

2.1 - Principais características do entrevistador:

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

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

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

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

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

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

2.2 – Recomendações

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

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

3 - ORIENTAÇÕES GERAIS

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

3.1.1 – Paciente tabagista cadastrado no PMCT.

3.1.2 – Paciente que esteja participando ativamente das reuniões do grupo

3.1.3 – Entrevistar todos os (as) pacientes presentes no grupo que quiserem participar, e aqueles ex-fumantes, que não estão mais no grupo, mas são acompanhados na unidade de saúde.

3.2 - Critérios de exclusão da amostra:

3.2.1-Indivíduos com idade inferior a 18 anos.

3.2.2- Pacientes com problemas psiquiátricos.

3.2.3- Pacientes que estejam hospitalizados.

3.3.4-Pacientes gestantes.

4 - INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

INFORMAÇÕES GERAIS

- Não saia do campo com dúvidas.

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

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

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

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

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

Passo 4: Comece a entrevista.

5 – ABORDAGEM

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

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

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

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

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

5.6 - Ao começar a entrevista:

- Os questionários deverão ser preenchidos, com letras e sinais claros e sem rasuras. Falhas ou inexatidão podem invalidar o instrumento.
- Não altere as informações por conta própria, mesmo que lhe pareçam inexatas, procure obter dados exatos.
- Quando houver resistência do (a) entrevistado (a) com receio de comprometimento, é importante destacar os objetivos da pesquisa, bem como a garantia do sigilo das

informações e o fato de que para a pesquisa, o que importa é o conjunto de dados e não as informações individuais.

- Qualquer informação suplementar importante anote-a, no final do questionário, em observações, ou no local indicado no questionário, específico da questão.
- Repasse para algum supervisor ou coordenador a dúvida ou informação importante que considerar necessária ser discutida.
- Os questionários preenchidos deverão ser entregues no mesmo dia ou um dia após a realização da entrevista aos coordenadores da pesquisa e **assinar a ata de controle de entrega dos questionários.**

5.7 - Ao final da entrevista:

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

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

IDENTIFICAÇÃO

8. Nome do(a) entrevistado(a): escrever o nome completo.
9. Registre, conforme o sexo da pessoa: 1=Masculino e 2=Feminino (Não precisa perguntar), com um dígito.
10. Data de Nascimento: anotar a data correspondente ao seu nascimento, sendo dois dígitos para dia e mês e quatro dígitos para o ano.
11. Idade: Anotar a idade do(a) entrevistado(a) em anos completos no momento da entrevista.
12. Estado civil (Ministério da Saúde, 2005): assinalar com um X na casela, conforme a resposta do(a) entrevistado(a).

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

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

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

COMPOSIÇÃO FAMILIAR, CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19. Renda mensal: perguntar o(a) entrevistado(a) quanto cada pessoa recebeu no mês passado (Trabalhos, outros benefícios como aposentadoria, bolsa família, seguro desemprego, pensão, patrocínio, outros). Em seguida anotar (19A) o total dos rendimentos em reais (R\$) e (19B) em

salários mínimos (SM), marcar a casela correspondente. ANOTAR O VALOR DO SALÁRIO MÍNIMO ATUAL = R\$ 350,00.

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

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

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

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

ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS

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

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

Diabetes: aumento da taxa de açúcar no sangue.

Obesidade: excesso de peso

Hipertensão: pressão alta

Cardiopatias: doenças do coração

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

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

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

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

Doença da coluna ou costas: ler como está escrito

Artrite/Reumatismo: doença que afeta as articulações

Tendinite/LER: inflamação que acontece nos tendões

Ataque do coração/Infarto: ler como está escrito

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

Insuficiência cardíaca/Coração grande: ler como está escrito

Derrame cerebral: ler como está escrito

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

Enfisema pulmonar: doença crônica do pulmão

Bronquite crônica: inflamação dos brônquios do pulmão

Asma: doença que provoca crises de falta de ar

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

Cirrose do fígado: ler como está escrito

Hepatite: doença do fígado provocada por vírus

Tuberculose: doença contagiosa provocada por bactéria que ataca o pulmão

Malária: doença transmitida por mosquito, em regiões úmidas

Hanseníase: doença conhecida antigamente como lepra

AIDS/SIDA: ler como está escrito

CLASSIFICAÇÃO DO HÁBITO TABAGÍSTICO

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

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

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

25. Perguntar há quanto tempo fuma, anotar com dois dígitos os anos e os meses.
26. Perguntar qual o tipo de cigarro fuma, marcar a casela correspondente. Se for marcada letra B) Cigarro industrializado sem filtro, especificar conforme descrito, cigarro de palha ou cigarro indiano.
27. Aplicar o Teste de Fagerström (em anexo) e anotar o resultado.
28. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quantos cigarros fuma em média por dia, anotar com dois dígitos o número de cigarros e em maços por dia.
29. Perguntar se o(a) entrevistado(a) já tentou parar de fumar, e marcar a casela correspondente. Caso seja não, ir para a questão 31. Se sim, ir para a questão 30.
30. Perguntar para o(a) entrevistado(a) quantas vezes já tentou parar de fumar, e marcar a casela correspondente.

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

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

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

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

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

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

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

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

32. Perguntar para o(a) entrevistado(a) há quanto tempo parou de fumar, anotar com dois dígitos os anos e os meses.
33. Perguntar o(a) entrevistado(a) durante quanto tempo fumou, anotar com dois dígitos os anos e os meses.
34. Perguntar para o(a) entrevistado(a) se quando fumava, quantos cigarros fumava em média por dia, anotar com dois dígitos o número de cigarros e em maços por dia.
35. Perguntar para o(a) entrevistado(a) qual o método de parada utilizou, e marcar a casela correspondente. Se marcar a letra B) Gradual, identificar qual o tipo, de adiamento ou redução, conforme descrição a seguir (Ministério da Saúde, 2001):
 - **Abrupto**: o fumante para de fumar de uma vez, no dia em que marcou, não fuma nenhum cigarro. É quando se pára de uma hora para outra, cessando totalmente o uso do cigarro.
 - **Gradual** (adiamento ou redução): Deixar de fumar utilizando uma estratégia gradual, não deve gastar mais do que duas semanas.
 - Gradual (**Redução**): a cada dia vai reduzindo o número de cigarros fumados , até parar, conforme exemplo abaixo.
 - Gradual (**Adiamento**): a cada dia vai atrasando o horário de fumar o primeiro cigarro, até parar, conforme exemplo abaixo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATIVIDADE FÍSICA

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

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

Definições e Padrões (INCA, 2004):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

44- Esta informação auxilia na classificação do indivíduo quanto aos padrões de atividade física em uma semana normal, típica, habitual por pelo menos 10 minutos contínuos.

45- Cuidado para não registrar a soma de todos os dias juntos, registre o número de horas e/ou minutos que a pessoa gasta, em média em atividades moderadas em 1 dia ou mais por semana.

46- Lembrar que frequência inferior a 1 vez por semana assinalar a opção NÃO. O melhor parâmetro para identificar as atividades vigorosas são as alterações na respiração e nos batimentos cardíacos. Se o(a) entrevistado(a) responder **não** ou não informar, passar para a parte de ANTROPOMETRIA. Lembrar se o(a) entrevistado(a) não referir anteriormente fazer caminhada, não ler a frase que está entre parênteses, no início da pergunta.

47- Avaliar a frequência que o informante realiza atividades vigorosas, em uma semana comum registre a resposta da mesma forma que a questão 44.

48- Responder como respondeu a questão 42.

ANTROPOMETRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

58. *Medir a Circunferência Braquial – CB (cm)*: Para sua verificação, inicialmente deve ser marcado o ponto médio do braço. Para localizar o ponto médio do braço dobrado em ângulo reto e colocado à altura do abdome com a palma da mão voltada para cima. O medidor então localiza o ponto mais distal do processo acromial e o olecrânio no cotovelo e com uma fita métrica inextensível identifica o ponto médio entre estes dois pontos (Monego *et al.*).

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

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

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

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

CB- Circunferência do Braço ou Braquial (em mm)

DCT- Dobra Cutânea Tricipital (em mm)

61. *Medir a Circunferência da Cintura – CC (cm)*: será verificada esta circunferência, pois se relaciona com as doenças cardiovasculares, e alguns fatores de risco. Para sua medida o indivíduo deve estar de pé, ereto, com o abdome relaxado ao final da expiração normal e com os braços soltos ao

longo do corpo e preferencialmente sem roupas na região a ser medida (é permitido apenas roupa íntima ou roupas com pequeno volume).

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

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

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

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

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

Esse método utiliza as circunferências do abdômen e do pescoço para homens, e do quadril, do abdômen e do pescoço para mulheres. O G% é calculado através de tabelas de conversão, partindo-se da estatura e do resultado das circunferências. Torres (1998) *apud* Fernandes Filho (2003), comparou este percentual predito através das dobras cutâneas e os resultados confirmam o método indicando uma significância de $p < 0.001$ para a análise sobre os dados do grupo masculino, e pelo menos $P < 0.05$ para o feminino.

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

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

CONSUMO DE ÁLCOOL

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

ANEXO 1 (Apêndice F)

Avaliação do grau de dependência à nicotina – Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? ()
- Dentro de 5 minutos = 3
 - Entre 6-30 minutos = 2
 - Entre 31-60 minutos = 1
 - Após 60 minutos = 0
1. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus etc.? ()
- Sim = 1
 - Não = 0
2. Qual cigarro do dia traz mais satisfação? ()
- O primeiro da manhã = 1
 - Outros = 0
3. Quantos cigarros você fuma por dia? ()
- Menos de 10 = 0
 - De 11 a 20 = 1
 - De 21 a 30 = 2
 - Mais de 31 = 3
4. Você fuma mais frequentemente pela manhã? ()
- Sim = 1
 - Não = 0
5. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? ()
- Sim = 1
 - Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0-2 pontos = muito baixo

3-4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6-7 pontos = elevado

8-10 pontos = muito elevado

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

APÊNDICE G

Fotos dos utensílios e do registro fotográfico para a coleta de dados

APÊNDICE H

Declaração de que as informações serão tornadas públicas

Goiânia, 14 de março de 2005.

DECLARAÇÃO

Eu, Karine Anusca Martins, brasileira, solteira, com CI: 3421190 SSP-GO declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que os dados da pesquisa intitulada “Hábitos alimentares e outros fatores de risco associados a doenças cardiovasculares” que será desenvolvida durante a realização do Mestrado do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste (UNB, UFG, UFMS), serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, em forma de artigos científicos de revistas indexadas na área de saúde, sem identificação individualizada dos participantes.

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

Sem mais me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

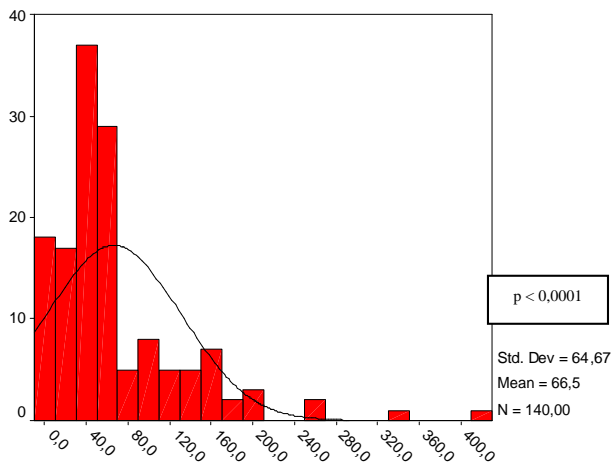
Karine Anusca Martins
Nutricionista
CRN 2171

APÊNDICE I

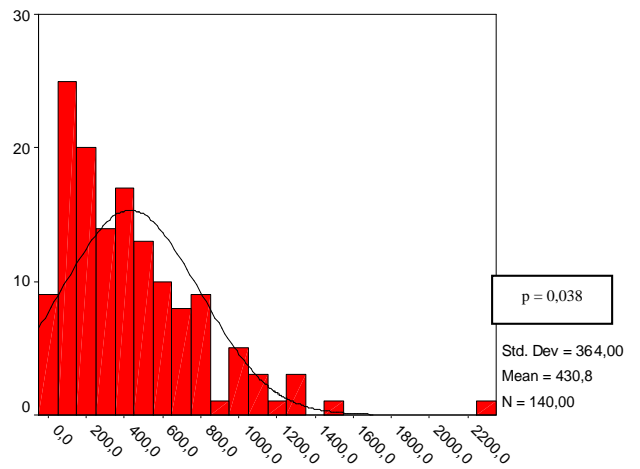
Dados dos grupos de Abordagem Intensiva (Power Point)

APÊNDICE J

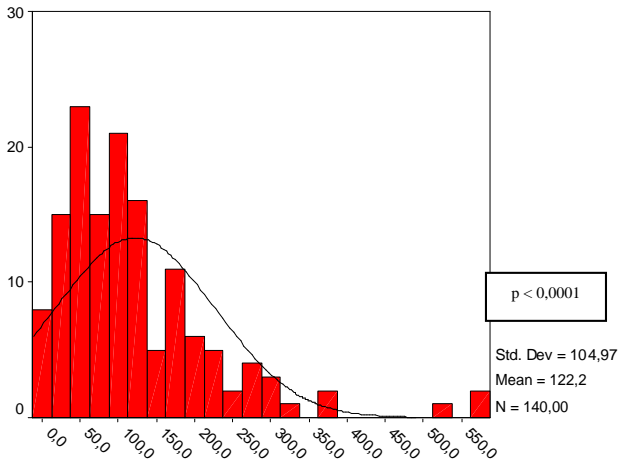
Gráficos da distribuição da curva normal dos grupos de alimentos



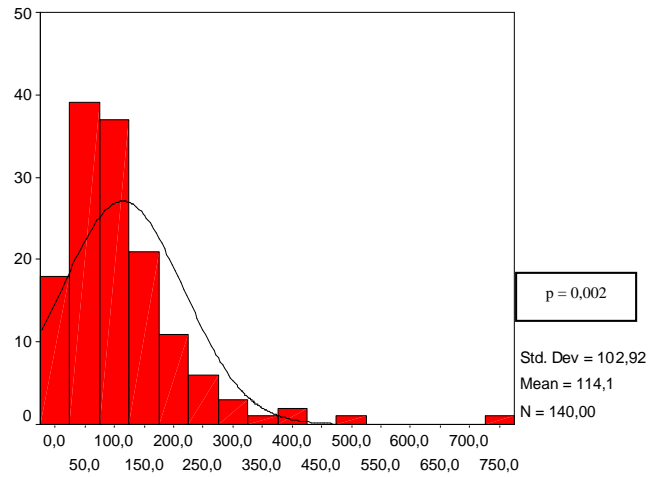
Açúcares e doces



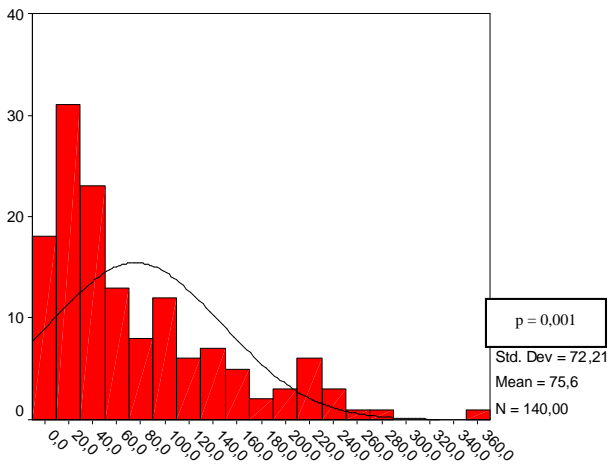
Frutas



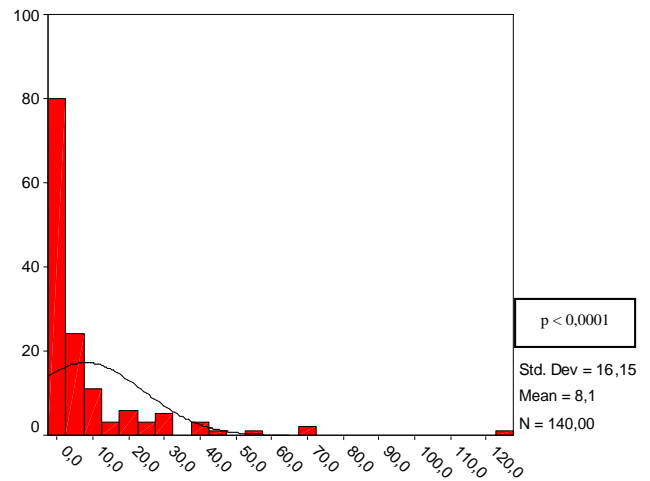
Hortaliças "A"



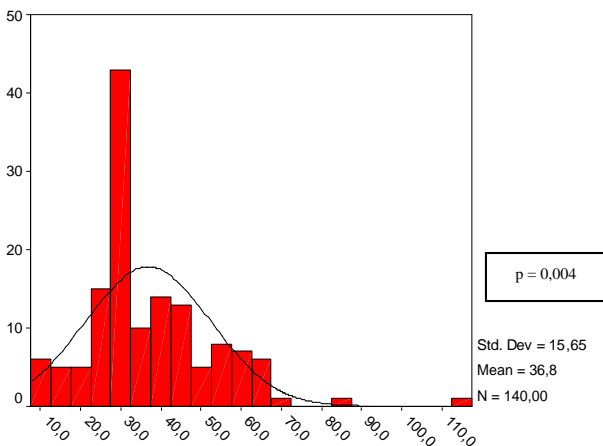
Hortaliça "B"



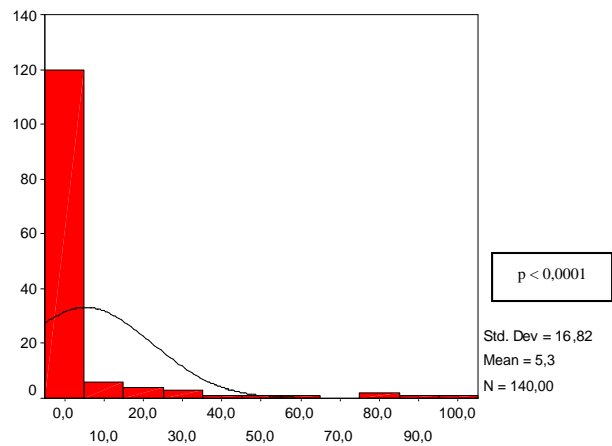
Hortaliça "C"



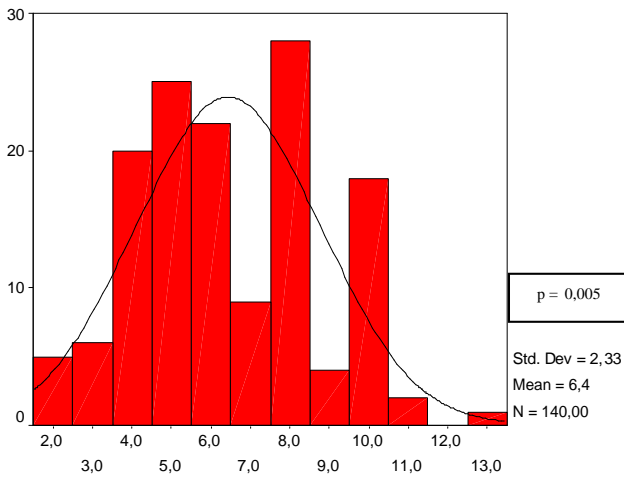
Gordura animal



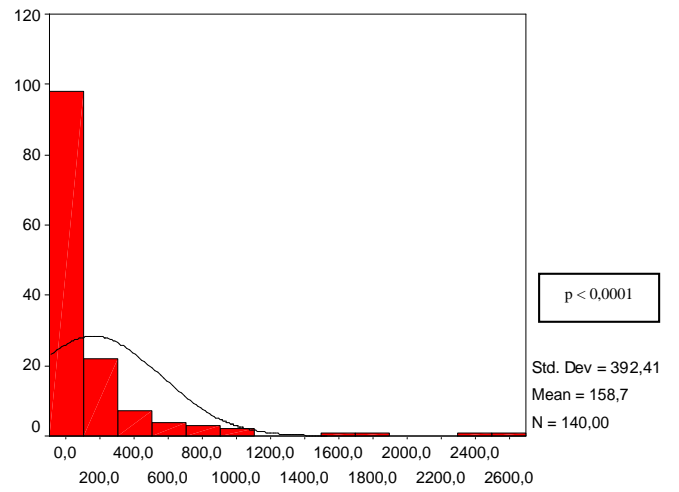
Gordura vegetal



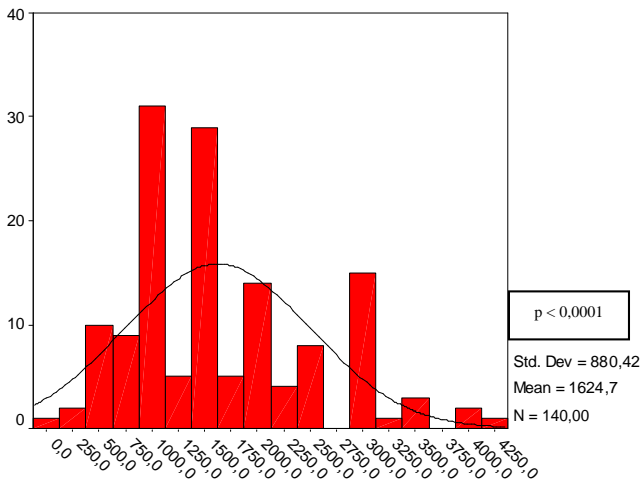
Temperos e condimentos



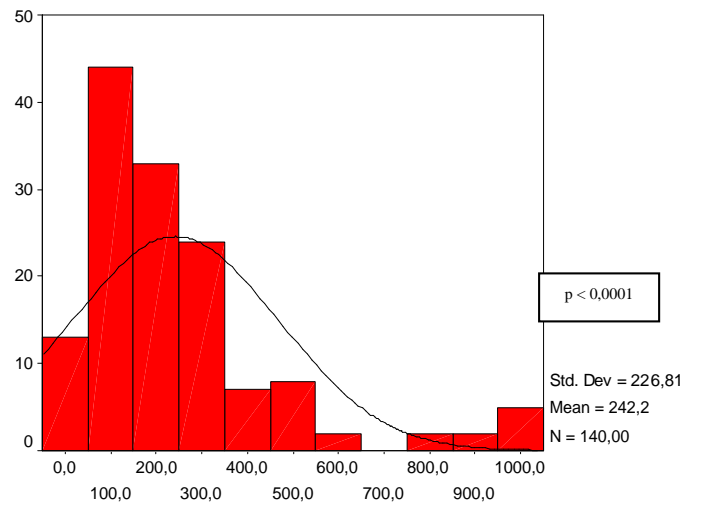
Sal



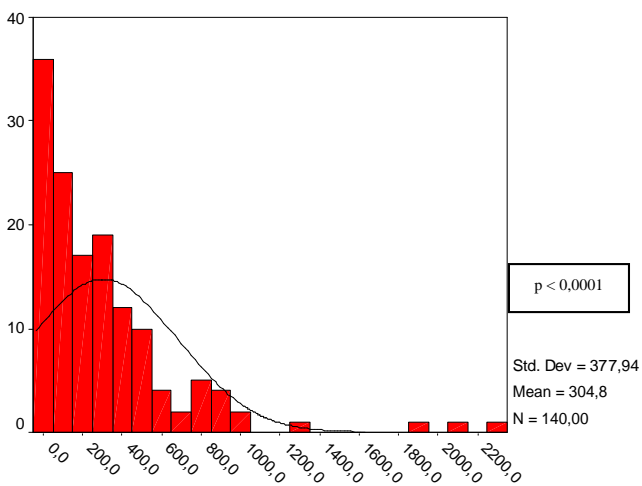
Bebidas alcoólicas



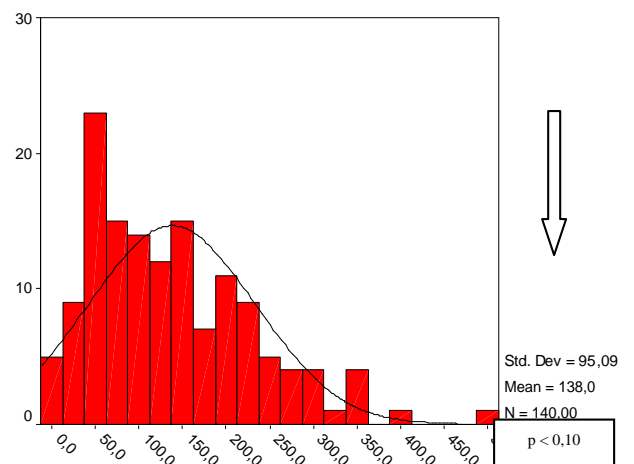
Água

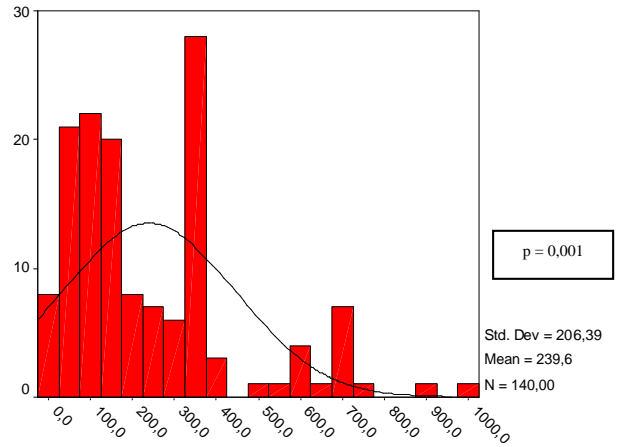
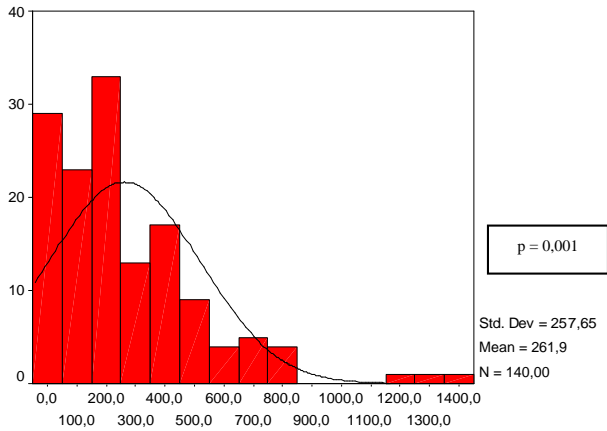


Bebidas não-alcoólicas e infusos

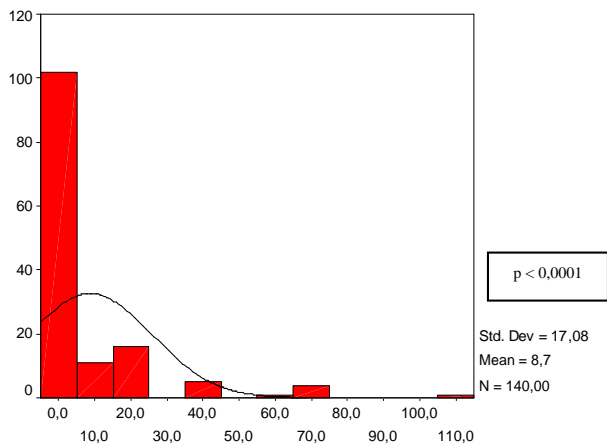


Massas e salgadinhos

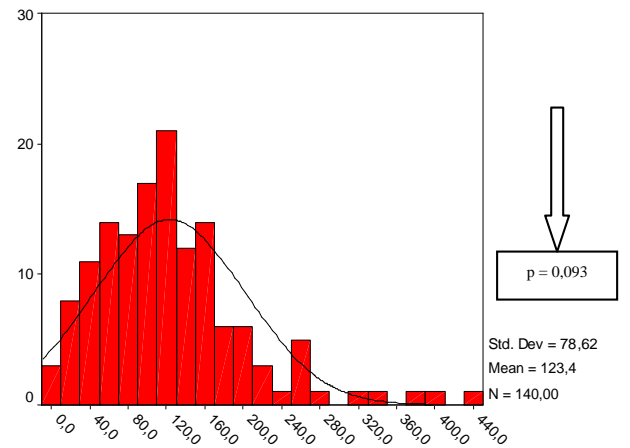




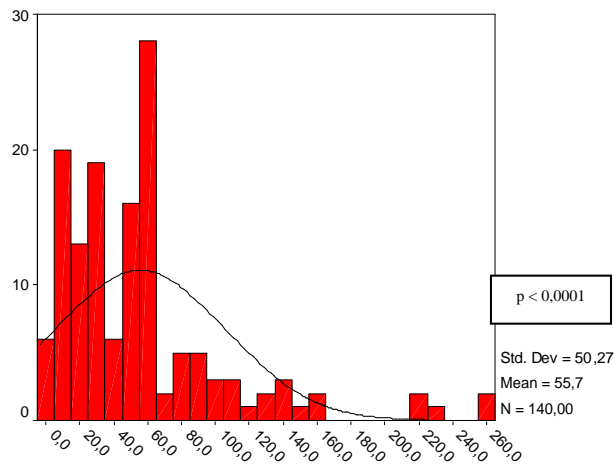
Leite e derivados



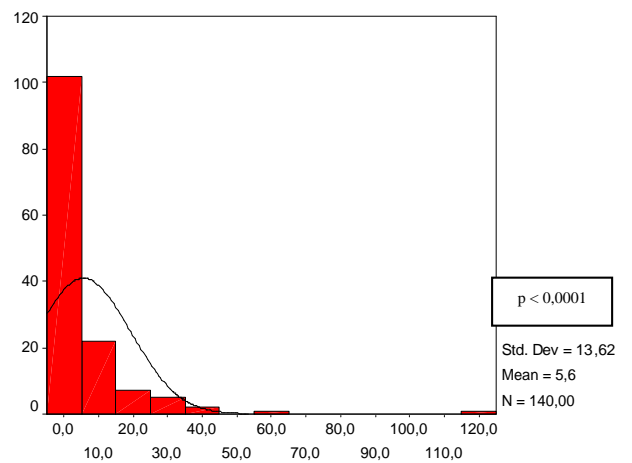
Lamininas



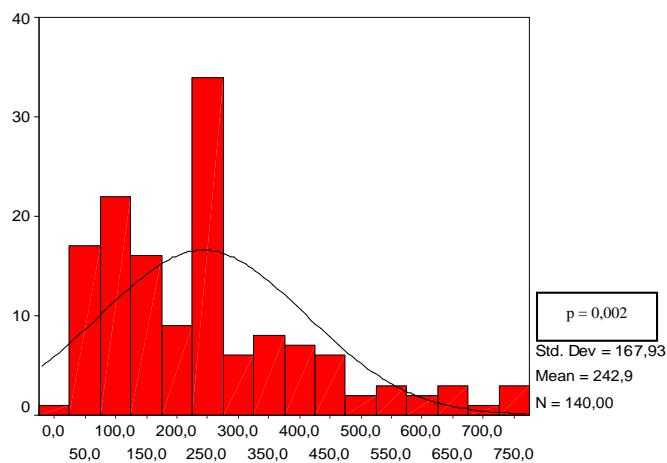
Ovos



Carnes vermelhas



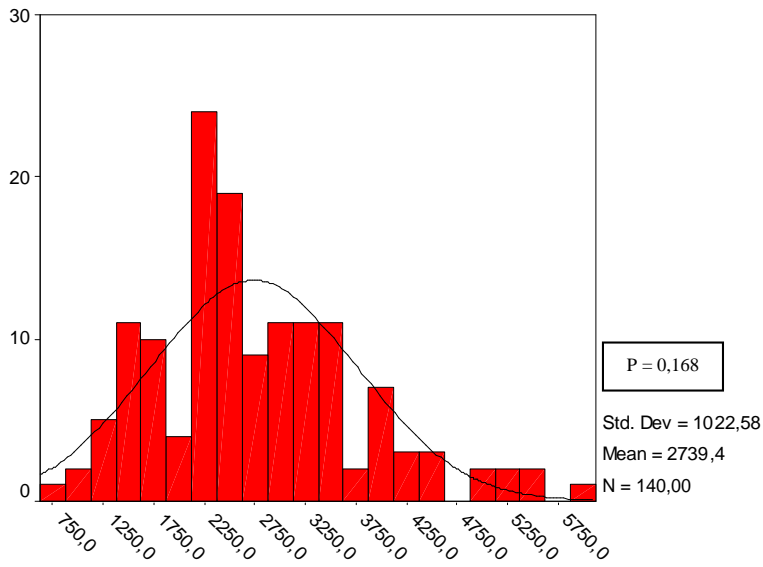
Carnes brancas



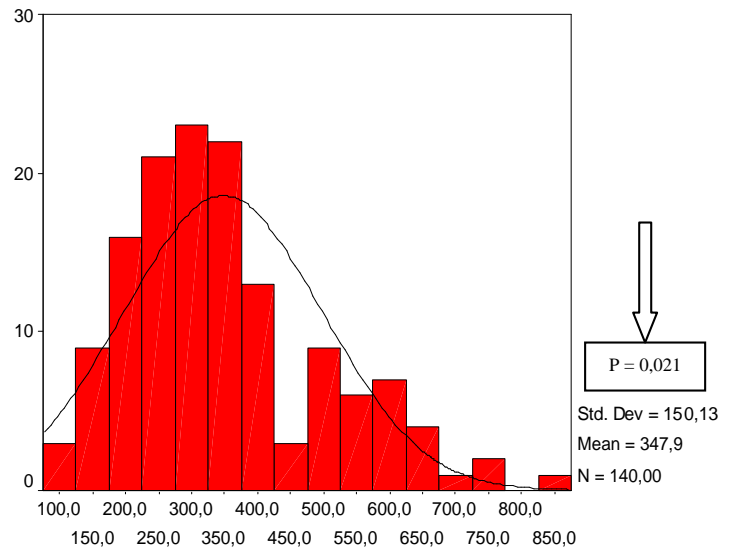
Cereais e derivados

APÊNDICE K

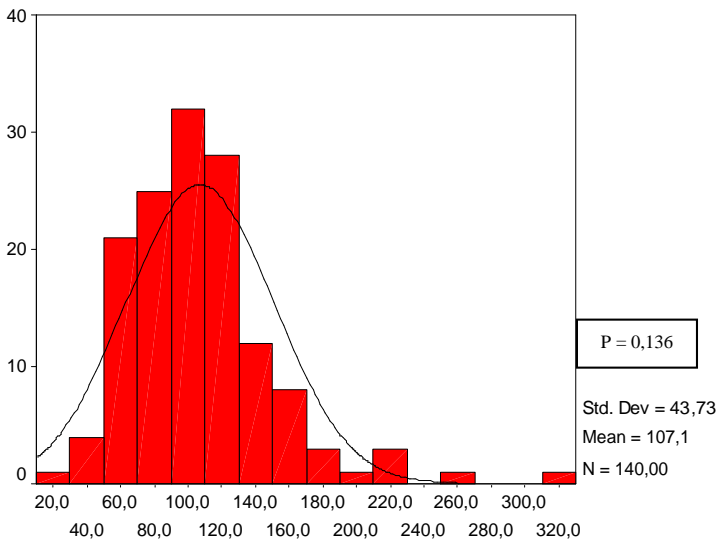
Gráficos da distribuição da curva normal dos nutrientes



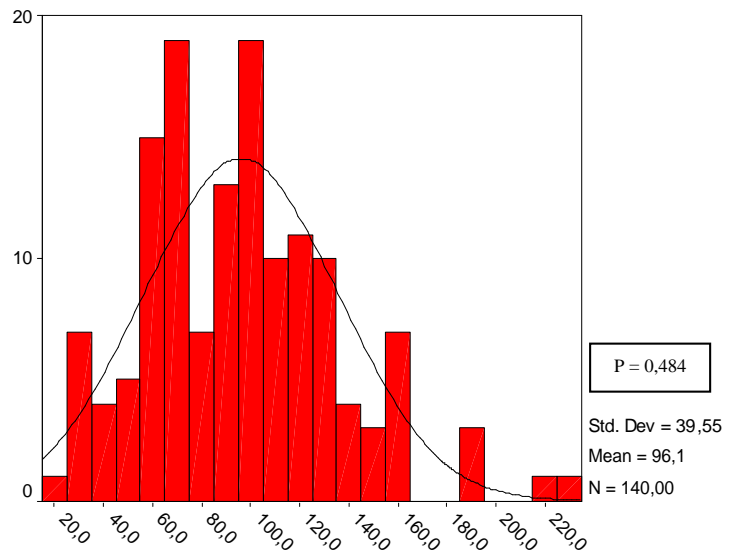
Qtde (Kcal) Energia consumida/dia



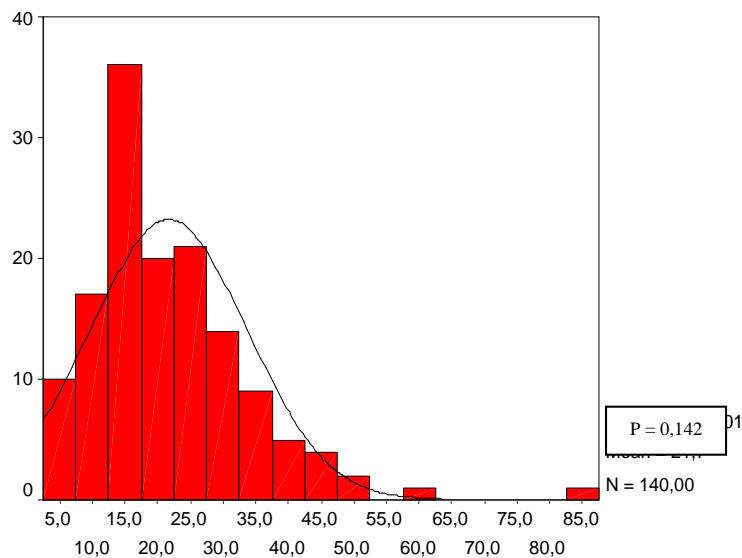
Qtde (g) carboidratos consumida/dia



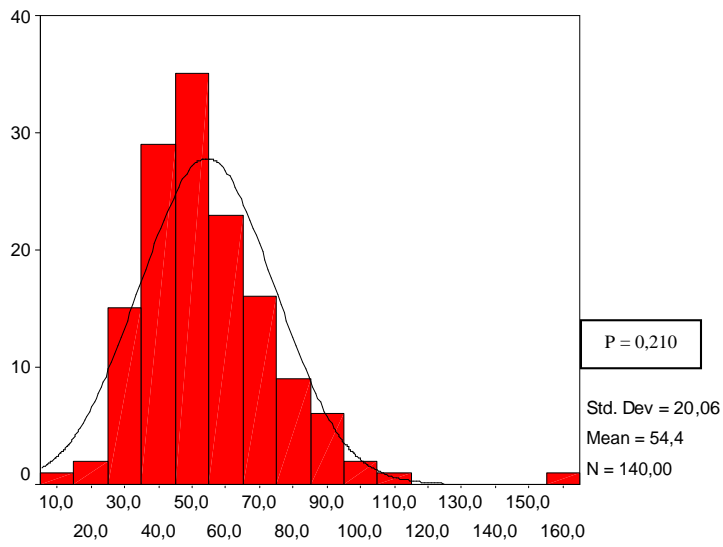
Qtde (g) de lipídios consumida/dia



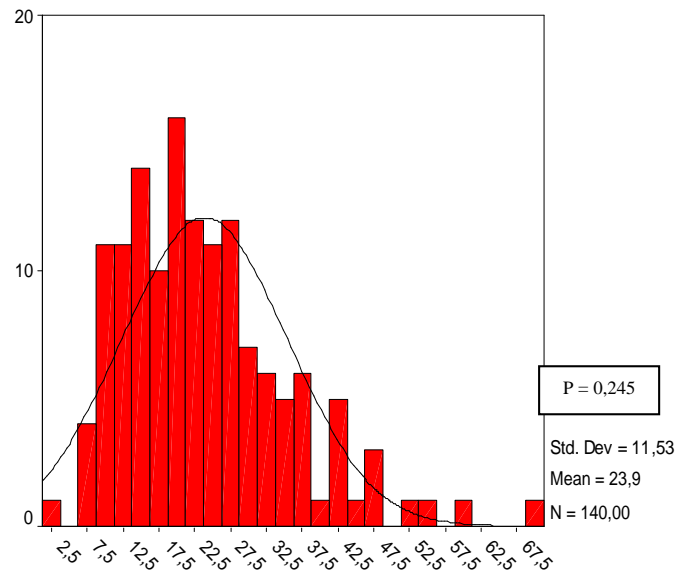
Qtde (g) de proteínas consumida/dia



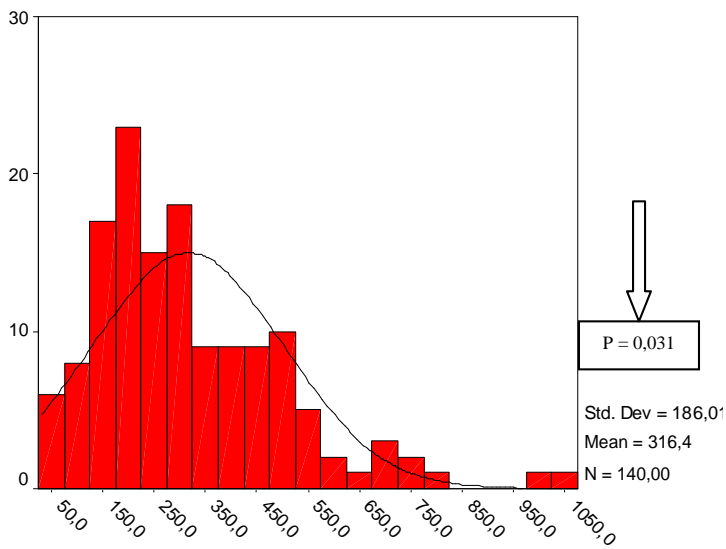
Qtde (g) fibras totais consumida/dia



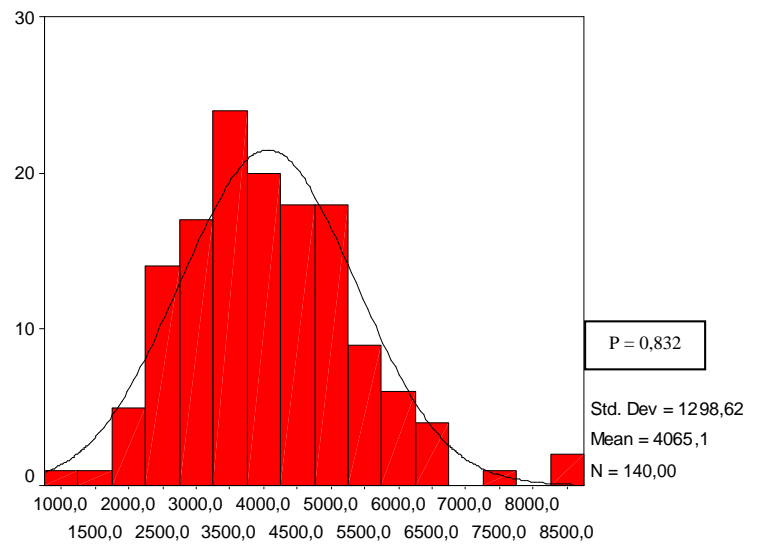
Gordura insaturada (g) consumida/dia



Gordura saturada (g) consumida/dia



Qtde Colesterol total (mg) consumida/dia



Qtde (mg) Sódio consumida/dia

ANEXO A

Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA

88. Cenoura crua	U P	C Sc	55	12															
89. Cenoura cozida	C Sc	C Sr	25	15															
90. Chuchu coz.	C Sc	C Sr	20	15															
91. Couve refogada	C Sc	C Sr	20	10															
92. Couve flor	C Sc	C Sr	25	15															
93. Ervilha em lata	C Sc	C Sr	27	15															
94. Espinafre coz.	C Sc		25																
95. Mandioca coz.	Pd G	Pd P	86	30															
96. Mandioca frita	Pd M	Pd P	60	30															
97. Mandioquinha salsa	C Sc	C Sr	35	25															
98. Milho verde	Espiga		100																
99. Milho verde Lta	C Sc	C Sr	24	14															
100. Mostarda coz.	C Sc	C Sr	45	28															
101. Nabo cru	C Sc		12																
102. Nabo cozido	C Sc		25																
103. Pepino	C Sc	Ft	18	3															
104. Purê de batata	C Sc	C Sr	45	25															

U: unidade; U M: unidade média; U P: unidade pequena; Ft: fatia; Ft G: fatia grande; Ft M: fatia média; Ft P: fatia pequena; C Sc: colher de sopa cheia; C Sr: colher de sopa rasa; Pd G: pedaço grande; Pd M: pedaço médio; Pd P: pedaço pequeno.

HORTALIÇAS	MEDIDA CASEIRA G OU ML				Nº PORÇÕES	NUNCA OU MENOS DE 1 X/ MÊS	1 X/ MÊS	2-4 X/ MÊS	2-4 X/ SEMANA	5-6 X/ SEMA NA	1 X/ DIA	2-3 X/ DIA	4-5 X/	6+ X/ DIA
	C	C Sr												
105. Quiabo ref.	C Sc	C Sr	40	20										
106. Rabanete	U M	U P	25	14										
107. Repolho cru	C Sc	C Sr	10	5										
108. Tomate cru	Ft M	Ft P	15	10										
109. Vagem ref.	C Sc	C Sr	35	15										
GORDURAS	MEDIDA CASEIRA G OU ML				Nº PORÇÕES	NUNCA OU MENOS DE 1 X/ MÊS	1 X/ MÊS	2-4 X/ MÊS	2-4 X/ SEMANA	5-6 X/ SEMA NA	1 X/ DIA	2-3 X/ DIA	4-5 X/	6+ X/ DIA
	C	C Sr												

124.Refrigerante	Lta	C A	350	165										
125.Refresco industr. C/ açúcar	C D	C A	240	165										
126.Refresco de laranja c/ açúcar	C D	C A	240	165										
127. Refresco de fruta	C D	C A	240	165										
C D: copo duplo; C A: copo americano; X Cf: xícara de café; Lta: lata.														

OUTROS:

Horário de término: ____ : ____

Duração: |__|__| min

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP (não disponível na forma digital)

ANEXO C

Autorização do secretário municipal de saúde (Não disponível na forma digital)

ANEXO D

Declaração da Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas (DDCD) da Secretaria Municipal de Saúde (Abordagem Mínima ao Fumante) – (Power Point)

ANEXO E

Certificado da DDCD da Secretaria Municipal de Saúde (Abordagem Intensiva ao Fumante) – (Não disponível na forma digital)

ANEXO F

Resumo e certificado de apresentação no III Congresso de pesquisa, ensino e extensão – CONPEEX (não disponível na forma digital)