

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DE NUTRIÇÃO**

ALINE DOS ANJOS SANTANA

**ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE
DE HIPERTENSOS INSERIDOS EM UM PROGRAMA DE EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIO**

Santo Antonio de Jesus

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COLEGIADO DE NUTRIÇÃO

ALINE DOS ANJOS SANTANA

**ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE
DE HIPERTENSOS INSERIDOS EM UM PROGRAMA DE EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Nutrição, sob a orientação do Msc. João Araújo Barros Neto apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Santo Antonio de Jesus

2012

Estado nutricional antropométrico e condições de saúde de hipertensos inseridos em um programa de extensão universitário

Aline dos Anjos Santana e João Araújo Barros Neto

Colegiado de Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB.

Santo Antonio de Jesus - BA

Resumo

INTRODUÇÃO: A hipertensão é uma situação clínica de natureza multifatorial e um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. O objetivo da pesquisa foi caracterizar o estado nutricional antropométrico e as condições de saúde de hipertensos inseridos em um programa de extensão universitário. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo transversal, envolvendo 46 indivíduos adultos e idosos da zona urbana, inseridos no Programa de Promoção da Saúde em Santo Antônio de Jesus - Bahia. Foi utilizado questionário semiestruturado para a coleta de dados e a realização de avaliação antropométrica, classificando-os de acordo com o índice de massa corporal (IMC). **RESULTADOS:** A amostra representou uma população de indivíduos, majoritariamente, adultos (n=28; 60,9%), autodeclarados de etnia parda (n=21; 45,6%), com baixa escolaridade (n=22; 47,8%) e pouca remuneração (1 e ½ salário/família). Segundo a avaliação nutricional antropométrica por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) 56,43% da população apresentou excesso de peso. Os resultados revelam que a maioria dos indivíduos era sedentária (n=29; 63%), com prática relevante de tabagismo (n=7; 15,2%) e etilismo (n=12; 26,1%). Quanto às comorbidades 58,7% apresentaram Diabetes, 52,2% tinham doenças cardiovasculares e 43,5% possuíam Dislipidemias. **CONCLUSÃO:** Os indivíduos da amostra apresentaram inadequado estado de saúde e nutrição e as condições sociais e econômicas ao qual estão submetidos podem contribuir para esse inadequado estado de saúde.

Descritores: Hipertensão, doenças crônicas, estado nutricional, promoção da saúde.

Abstract

INTRODUCTION: Hypertension is a multifactorial clinical situation and one of the most important public health problems of the country. The objective of this research was to characterize the anthropometric nutritional status and health conditions of hypertension entered into a university extension program. **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional study involving 46 adults and elderly in the urban area, included in the Programme for Health Promotion in Santo Antonio de Jesus - Bahia. Semi-structured questionnaire was used to collect data and carry out anthropometric measurements, classifying them according to body mass index (BMI). **RESULTS:** The sample represented a population of individuals, mostly adults (n = 28, 60.9%) described themselves as of mixed ethnicity (n = 21, 45.6%), low education (n = 22, 47.8 %) and low pay (1 ½ salary / family). According to nutritional assessment through the Body Mass Index (BMI) showed 56.43% of the population overweight. The results show that most individuals were sedentary (n = 29, 63%), with practice of smoking material (n = 7, 15.2%) and alcohol (n = 12, 26.1%). Regarding comorbidities 58.7% had diabetes, 52.2% had cardiovascular disease and 43.5% had dyslipidemias. **CONCLUSION:** The subjects of the sample had inadequate health and nutrition and social and economic conditions to which they are subjected may contribute to the inadequate state of health.

Keywords: Hypertension, chronic diseases, nutritional status, health promotion.

INTRODUÇÃO

O panorama epidemiológico atual indica que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm apresentando ocorrência crescente em todo o mundo, caracterizando assim, o processo de transição epidemiológica vivido atualmente pelos países emergentes (OMS, 2005). A prevenção e controle dessas doenças têm se constituído em grande desafio para os formuladores de políticas de saúde no mundo atual, não só pelas altas taxas de mortalidade que acarretam, mas também pela elevada carga de morbidade e de incapacidade a elas associadas (OMS, 2005).

Entende-se por transição epidemiológica “as mudanças ocorridas no tempo capazes de modificar os padrões de morbimortalidade e invalidez que caracterizam uma população específica” (BUSS et al., 2003) e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS *et al.*, 2003). Segundo Batista Filho et al. (2007), esse processo envolve ainda a redução das taxas de morbidade causada por doenças transmissíveis e predomínio das morbidades por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

Dados oficiais da OMS (2005) apontam que, apenas 20% das mortes por doenças crônicas acontecem nos países desenvolvidos e 80% ocorrem nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países emergentes, tais doenças tendem a ocorrer em idades mais precoces, geralmente por complicações passíveis de prevenção.

As evidências de que os hábitos de vida estão diretamente associados à ocorrência de DCNT são consideradas consistentes pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). Essas conclusões são baseadas em resultados de estudos epidemiológicos que vêm indicando forte associação entre padrões alimentares, nível de atividade física, consumo excessivo de álcool e tabagismo e as condições de saúde dos indivíduos.

No contexto epidemiológico nacional atual não é diferente. Segundo Monteiro (2005), relevantes mudanças socioeconômicas, políticas e tecnológicas ocorreram nos últimos 50 anos, com consequentes transformações nas relações de trabalho, nos hábitos de vida da população com diminuição dos níveis de atividade física e no gasto

energético. Como consequência do processo de industrialização, cresce o consumo de alimentos calóricos, com alto teor de açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos, associada ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras, caracterizando hoje o padrão da alimentação das famílias brasileiras e favorecendo ao acúmulo de tecido adiposo e, por conseguinte, a mudança no perfil nutricional da população com aumento nos índices de prevalência do sobrepeso e obesidade (MONTEIRO, 2000).

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2010 revelaram que excesso de peso atinge cerca de 60% dos brasileiros adultos. O problema vem crescendo gradualmente nas últimas três décadas e está presente em todas as regiões do país. Na população adulta da Bahia, o excesso de peso afeta 47,0% dos homens e 43,0% das mulheres (BRASIL, 2010). Como advento desse acúmulo de tecido adiposo tem sido observado o crescente número de casos de doenças cardiovasculares nas populações, sendo a hipertensão a mais prevalente (MALTA, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica é uma situação clínica de natureza multifatorial caracterizada pelo aumento e sustentação da pressão arterial, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. Seu tratamento faz-se com modificações do estilo de vida associado ou não ao uso de medicamentos que podem ser administrados isolados ou em associação (MALTA, 2009).

No Brasil, velhos e novos problemas em saúde coexistem, com predominância das doenças crônico-degenerativas. De etiologia multifatorial, suas causas necessitam serem investigadas e identificadas para a efetividade de um plano de ação que vise à promoção da saúde e o controle eficaz dessas doenças. Neste contexto, o objetivo desse estudo foi caracterizar o estado nutricional antropométrico e as condições de saúde de hipertensos inseridos em um programa de extensão universitário – Programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus (PROSAJ) na cidade de Santo Antonio de Jesus - BA.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, realizado a partir da coleta de prontuário e entrevistas envolvendo pacientes adultos e idosos hipertensos inseridos em um programa de extensão universitária no município de Santo Antonio de Jesus - BA.

Plano de amostragem

Para a identificação dos pacientes, seguiu-se o plano de amostragem por conveniência, onde foram incluídos todos os pacientes hipertensos cadastrados no Programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus (PROSAJ) no período de agosto a outubro de 2011.

O PROSAJ capta os seus pacientes por meio da parceria realizada entre Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – BA e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, onde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município, após atividade de sensibilização, realizam a indicação dos indivíduos hipertensos da região que necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde do referido programa (formada por nutricionistas, enfermeiros e psicóloga, além de discentes dos cursos de saúde da UFRB).

Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foi o diagnóstico prévio de hipertensão, estar cadastrado no PROSAJ e em uma das equipes de saúde da família de Santo Antônio de Jesus – BA, receber frequentemente visita dos agentes comunitários de saúde e a assinatura do TCLE aceitando participar da pesquisa.

Foram excluídos desta pesquisa os indivíduos que se recusaram a participar desta pesquisa. Além disso, foi utilizado como fator de exclusão gestante, crianças, indivíduos portadores de doença mental sem autorização prévia de responsável legal e deficiente física por dificuldades na realização da avaliação antropométrica.

Coleta de dados

As entrevistas consistiram num questionário semiestruturado que foi formulado especificamente para este estudo, contendo informações sociodemográficas, condições sanitárias, história clínica atual, e hábitos de vida (consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar e prática de atividade física). Em seguida foi realizada avaliação nutricional antropométrica e de condições de saúde.

A avaliação antropométrica foi realizada aferindo medidas como peso e estatura e calculando o índice de massa corporal (IMC). Para a obtenção do peso foi utilizada uma balança digital portátil, com capacidade para 200 kg e precisão de 50 g. O procedimento de pesagem foi realizado, com balança calibrada em zero, o paciente trajando roupas leves, descalço, e com a bexiga vazia.

Para a pesagem os indivíduos permaneceram individualmente em pé, sobre a plataforma da balança, com o peso do corpo igualmente distribuído entre os pés. Foram realizadas duas medidas, sendo considerada a média das duas. A variação permitida entre as duas medidas foi de 0,1 kg (LOHMAN et al., 1988).

A estatura foi obtida por meio de estadiômetro portátil graduado em décimos de centímetros, afixado a uma superfície plana. Os indivíduos foram medidos descalços, sem chapéu, adereços ou gorro; posicionados verticalmente com braços estendidos ao longo do corpo, ombros relaxados com os calcanhares juntos, e a cabeça posicionada no plano de Frankfurt. Calcanhares, glúteos, omoplatas e dorso da cabeça mantendo-se em contato com a superfície vertical do instrumento (LOHMAN et al., 1988).

Porém, nos pacientes com dificuldades de permanecer nesta posição de alinhamento, foram posicionados somente com glúteos e calcanhares ou crânio em contato com a haste vertical. Antes da leitura da medida os indivíduos foram posicionados firmemente, enquanto a haste móvel do estadiômetro foi deslocada até a parte superior da cabeça. Foram realizadas duas medidas sendo registrada com aproximação de 0,5 cm.

Através das medidas antropométricas utilizadas (peso e estatura), obteve-se o índice de massa corporal (IMC). Este índice foi calculado imediatamente após a obtenção da média da estatura e aferição do peso dos indivíduos, a fim de classificar o estado antropométrico e definir os riscos nos quais estes pacientes se encontravam. Para isso, foi utilizada como referência a tabela que preconiza o ponto de corte do estado nutricional por idade de acordo com a OMS, 1995.

Em adultos, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) preconiza valores de IMC entre 18,5 e 24,9kg/m² como indicativo de eutrofia conforme apresenta no quadro A. Em idosos, os limites para a normalidades são superiores, segundo Lipschitz (1994)

esses valores encontram-se entre 22 a 27kg/m², devido às alterações na composição corpórea, como demonstra o quadro B.

Quadro A. Classificação do estado nutricional do adulto, segundo a OMS, 1995.

Classificação nutricional do adulto	
IMC (Kg/m ²)	Classificação nutricional
< 16,0	Magreza grau III
16 a 16,99	Magreza grau II
17 a 18,49	Magreza grau I
18,5 a 24,99	Eutrofia
25,0 a 29,99	Pré – Obeso
30,0 a 34,99	Obesidade classe I
35 a 39,99	Obesidade classe II
>40	Obesidade classe III

Fonte: OMS (1995)

Quadro B. Classificação do estado nutricional do idoso, segundo Lipschitz, 1994.

Classificação nutricional do idoso	
IMC (Kg/m ²)	Classificação nutricional
< 22,0	Magreza
22 – 27	Eutrofia
>27	Excesso de peso

Fonte: LIPSCHITZ (1994)

Com base no IMC por faixa etária, os pacientes foram divididos em dois grupos para análises estatísticas envolvendo dados antropométricos: baixo peso/eutrofia (IMC \leq 24,9 kg/m²) e excesso de peso (IMC \geq 25,0 kg/m²), para os adultos, tomando como referência a OMS (1995), com valores utilizados pela Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e baixo peso/eutrofia (IMC \leq 22,0 kg/m²) e excesso de peso (IMC \geq 27,0 kg/m²), para os idosos, adotando-se a classificação indicada por Lipschitz, 1994. Essa estratificação foi realizada por compreender que o excesso de peso possui grande importância epidemiológica no quadro de morbimortalidade nas doenças crônicas não transmissíveis.

Foi considerado etilista o indivíduo que fez uso de 40 g de etanol/dia, independentemente da frequência, e como não consumidor o que não fez uso. Com relação ao tabagismo foi classificado como fumantes os que fizeram uso do fumo, independentemente da frequência, ou que deixaram de fumar há menos de um ano; ex-

fumante o que deixou de fumar há pelo menos um ano e não fumantes os que não fazem e nunca fizeram uso de qualquer tipo de fumo (FRANCESCHINI, *in*: CASTRO, 2004).

Em relação a prática de atividade física, foi considerado ativo o indivíduo que realizou pelo menos algum tipo de atividade a partir de 3 dias/semana e 20 minutos por sessão ou que realizou qualquer atividade física que somada se caracterize em 5 dias/semana e 150 min/semana (caminhada + moderada + vigorosa) e sedentário aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana no período da pesquisa (MATSUDO, 2001).

Diante dos determinantes que constituem o comportamento familiar, parte da coleta dos dados aconteceu no ambiente domiciliar desses indivíduos para que fossem elucidados alguns dos questionamentos a serem levantados durante essa pesquisa e outras informações, como diagnóstico clínico de doenças e tempo de acompanhamento no Programa de Saúde da Família, foram colhidas no prontuário individual desses pacientes na Unidade de Saúde da Família onde são cadastrados, devido a necessidade de o diagnóstico clínico ser realizado por médico.

A prevalência foi adotada para descrever as características étnicas, demográficas, sociais e econômicas das famílias, assim como as condições de saúde, da morbidade e do estado antropométrico dos indivíduos investigados, segundo as condições de vida.

Análises estatísticas

Utilizou-se análise estatística descritiva para caracterizar a distribuição dos eventos estudados. Para as variáveis categóricas foram encontradas as frequências absolutas simples e, para as variáveis contínuas com distribuição normal foram encontradas as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Proporções foram comparadas utilizando-se o teste Qui-Quadrado ou teste Exato de Fischer. As análises de associação das medidas de tendência central (média) entre grupos foram realizadas por meio do *test-T*, sendo considerado estatisticamente significativo um nível descritivo (*p*-valor), inferior a 5%. Para o processamento dos dados foi utilizado o software *StatisticalPackage for Social Science* (SPSS) na versão 18.0.

Para alguns métodos de análise estatística (*test-T Student*, *Pearson chi-square test* e *Fisher exact test*), a amostra foi dividida em dois grupos conforme idade. Foi considerado adulto (grupo I) os indivíduos com idade entre 18 e 59,9 anos e como idosos (grupo II) indivíduos com idade ≥ 60 anos (OMS, 1984).

Aspectos éticos

A pertinência ética deste estudo foi atestada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob número de protocolo 002/2011, atendendo aos pressupostos éticos que regem as pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição absoluta e em percentual das características étnicas (auto referidas), sociais, nutricionais e de saúde dos indivíduos, segundo as condições de vida, está representada em tabelas e figuras. A tabela 1 expressa a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra (n = 46). Observou-se uma predominância de indivíduos do sexo feminino (n = 37; 80,4%). O número de pessoas com idade inferior a 60 anos (n = 28; 60,9%) foi mais frequente que os idosos. A média de idade encontrada da amostra foi de 55 anos \pm DP 2,78.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e demográfico de hipertensos inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

	<i>N</i>	%
Sexo		
Masculino	9	19,6%
Feminino	37	80,4%
Grupo etário		
<60 anos	28	60,9%
>60 anos	18	39,1%
Renda familiar		
< 2 salários mínimos	25	54,3%
≥ 2 salários mínimos	21	45,7%
Situação profissional		
Empregado	12	26,1%

Aposentado/Pensionista	22	47,8%
Desempregado	12	26,1%
Escolaridade		
Analfabetismo	10	21,7%
1º Grau incompleto	22	47,8%
2º Grau incompleto	4	8,7%
3º Grau incompleto	0	0%
1º Grau completo	4	8,7%
2º Grau completo	6	13%
3º Grau completo	0	0%

A partir dos resultados apresentados, percebeu-se na amostra uma maior frequência do grupo etário de indivíduos com idade menor que 60 anos com doenças crônicas não transmissíveis, o que demonstra uma possível exposição de indivíduos adultos jovens cada vez mais precoce à morbidades crônicas degenerativas.

Segundo Lessa (2008), as DCNT no Brasil, acometem cerca de 75% da população adulta, sendo que os casos ocorrem já desde a adolescência, na medida em que o risco de adoecer e de morrer por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu consideravelmente.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 revelou que quase metade das mortes por DCNT ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade e ¼ delas em pessoas com menos de 60 anos. De acordo com dados oficiais no Ministério da Saúde, cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil. A hipertensão arterial em especial é responsável por 54% de todos os casos de AVC e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo (BRASIL, 2010).

Essa situação epidemiológica atual indica a gravidade imposta por essas doenças e torna a situação preocupante em função da prematuridade das mortes e pela produção de efeitos econômicos negativos para a sociedade em geral (OMS, 2005), a partir de gastos gerados pelo serviço público no tratamento desses indivíduos (PASSOS, 2006), onde muitas vezes poderiam ser evitados, considerando os fatores de risco modificáveis, através de promoção da saúde e adoção de estilo de vida saudável (TEIXEIRA, 2005).

A média da renda familiar foi de R\$ 991,20 \pm DP 57,41. Não foi observada diferença de renda e sexo entre os grupos ($p = 0,709$). A situação profissional foi um fator de destaque nesta pesquisa, onde cerca de 73,9% ($n = 34$) da população apresentam renda mensal fixa, sendo 26,10% ($n = 12$) empregados e 47,80% ($n = 22$) aposentado/pensionista. Os indivíduos que relataram não possuir renda mensal representaram 26,1% da amostra ($n = 12$).

De acordo com Cesse (2006) em um estudo que avaliou a política e os determinantes das doenças crônicas, no interior dos grandes grupos de causas de DCNT, identificou-se predominância nas enfermidades do aparelho circulatório das doenças hipertensivas (25,5%) para os auxílios–doença e, em relação às aposentadorias por invalidez, das doenças cerebrovasculares (25,6%) que estão intimamente relacionadas com a hipertensão arterial primária. Esses resultados podem ser capazes de explicar o elevado número de indivíduos aposentados ou pensionistas no nosso estudo, visto que a hipertensão foi condição *sine qua non* para participar da pesquisa.

Com o aumento da frequência desse grupo de doenças, torna-se necessário compreender a importância da hipertensão arterial e de suas complicações e, mais importante ainda, conhecer os seus determinantes, sua distribuição e seu impacto econômico nas diversas sociedades.

Quando investigada a profissão dos sujeitos em estudo observou-se que, a ocupação mais prevalente foi dona-de-casa ($n = 16$; 34,8%) seguido de empregada doméstica e lavrador ($n = 5$), ambos com 10,9% da frequência. Em relação ao nível de escolaridade dos indivíduos da amostra, o 1º grau incompleto foi o de maior frequência ($n=22$; 47,8%) seguido do analfabetismo ($n=10$; 21,7%) e dos 2º grau completo ($n=6$; 13%), 2º grau incompleto ($n=4$; 8,7%) e 1º grau completo ($n=4$; 8,7%).

A escolaridade, em adição à profissão, foi um dos indicadores que também justificaram a situação socioeconômica dessa população. Analisando a situação financeira dessa amostra, nota-se que a renda média dos indivíduos em estudo foi de aproximadamente 1 e ½ salário mínimo. Observa-se que trata-se de uma população de classe média baixa, com má remuneração devido a baixa escolaridade.

Segundo Monteiro (2005), em um estudo de monitoramento dos fatores de risco para as DCNT, as desigualdades sociais e econômicas restringem a satisfação das

condições básicas de sobrevivência e de acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos inseridos nesse contexto; à proporção que se torna mais precária a condição da inserção familiar na “esfera” da saúde.

Baseando-se no exposto e de acordo com os resultados apresentados, os indivíduos em estudo e suas famílias podem apresentar maior probabilidade de adquirirem e / ou desenvolverem complicações relacionadas às DCNT associada às condições socioeconômicas apresentadas, visto que indivíduos em situações emergentes possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Essa relação também já foi detectada em várias regiões do país por diversos autores, inclusive no nordeste brasileiro (MONTEIRO et al., 2005), desse modo, em Santo Antonio de Jesus, por ser um município do recôncavo baiano, custaria ser diferente.

Indivíduos autodeclarados pardos (n=21; 45,6%) representaram etnia predominante neste estudo, seguido da etnia negra (n=15; 32,6%). Enquanto as demais etnias investigadas na pesquisa (branca, amarela e indígena) encontra-se em minoria como mostra a figura 1. Esses dados justificam-se devido a miscigenação ou talvez por ter havido o estigma nos sujeitos da pesquisa (negando autodeclarar-se negros) tendo a etnia parda como segunda opção.

De acordo com os dados do IBGE (2009), a composição étnico/racial da Bahia e, especialmente, de Salvador e recôncavo baiano, resultou da intensa miscigenação dos brancos portugueses com negras africanas. No entanto, é possível identificar na população, pessoas com características raciais bastante diversas, variando do branco, semelhante ao europeu, ao negro, com traços marcantes dos ancestrais africanos.

Estudos realizados na América latina mostram que a hipertensão arterial é mais frequente em negros do que em brancos e as diferenças são maiores para as formas mais graves e as complicações relacionadas à doença. Similarmente, no Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é maior em negros do que em brancos e de igual modo as diferenças raciais são também maiores para as formas mais graves da doença (LOPES et. al., 2009).

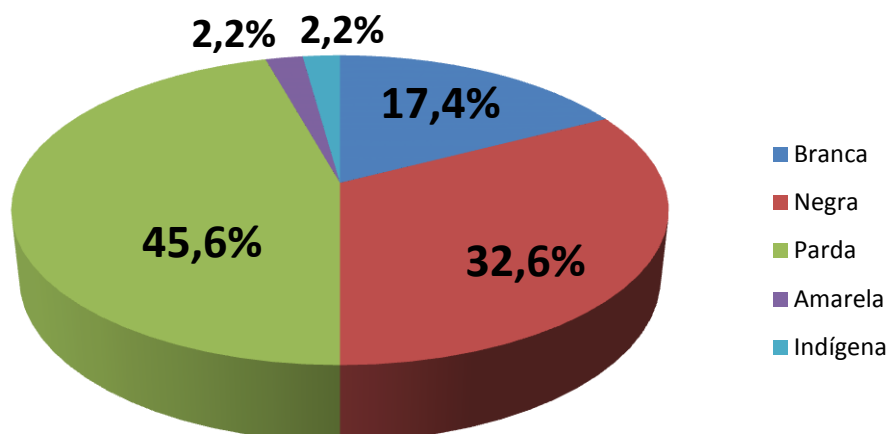


Figura 1. Frequência de etnia autodeclarada por hipertensos inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

O estilo de vida por sua vez quando avaliado (Tabela 2) através de consumo de bebida alcoólica e tabaco e, prática de atividade física, revelou que dos indivíduos investigados, poucos afirmaram ser etilistas (n = 12; 26,1%). Porém entende-se esse consumo como inadequado, devido ao uso de medicamentos no tratamento das DCNT. Cerca de 67,4% referiram ser não fazer uso de bebidas alcoólicas (n=31) e 6,5% revelaram ser abstêmio há mais de um ano (n=3).

O tabagismo por sua vez, apresentou-se como prática pouco frequente no estudo (n=7; 15,2%) com sugestiva de probabilidade de complicações futuras, devido a um número de casos consideráveis de abstenção (n = 6; 13%) há mais de um ano. A amostra apresenta-se de forma geral como sedentária (n=29; 63,0%), o que sugere uma população que também possui fatores de risco modificáveis.

As DCNT mantêm um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, onde se destacam tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e inatividade física (MONTEIRO, 2005). Sabe-se ainda que, medidas de conscientização à população do abandono de práticas inadequadas seria a melhor maneira de educar os usuários.

Contudo, vale destacar que a orientação realizada por profissionais de saúde aos usuários com o objetivo de modificação do estilo de vida, favorecendo a escolha de hábitos mais saudáveis é um processo complexo, com múltiplos determinantes, sendo

influenciado por fatores de natureza cultural, social e econômica. Entende-se, portanto, como algo muito complexo, pois não abrange apenas um processo de educação em saúde, mas também outras esferas sociais que levam a escolha dessas práticas.

Tabela 2. Estilo de vida da amostra de indivíduos hipertensos inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

Estilo de vida	N	%
Etilismo		
Sim	12	26,1
Não	31	67,4
Abstêmio	3	6,5
Tabagismo		
Sim	7	15,2%
Não	33	71,8%
Abstêmio	6	13,0%
Atividade física		
Sim	17	37,0%
Não	29	63,0%

A tabela 3 apresenta a média de dados antropométricos entre grupos distintos (adultos e idosos). Observa-se que não houve variação significativa da média de estatura entre os grupos etários ($p = 0,165$). Contudo, observa-se diferença na variação de peso e IMC entre os grupos ($p = 0,001$ e $p = 0,003$, respectivamente), onde a população de adultos apresenta-se com maior média de peso e maior índice de massa corporal que a população de idosos.

O excesso de peso classificado pelo IMC foi significativamente mais frequente entre os adultos ($p = 0,002$), evidenciando-os como um grupo vulnerável a complicações das DCNT, à proporção que as condições socioeconômicas desses indivíduos em estudo são comprometidas (tabela 4).

Tabela 3. Avaliação antropométrica entre grupos (adultos e idosos) de hipertensos inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

	Média	Desvio padrão (± DP)	p^*
Altura (cm)			
< 60 ANOS	163,8	9,7	0,165
≥ 60 ANOS	160,1	6,3	

IMC (kg/m²)			
< 60 ANOS	30,1	8,5	0,003
≥ 60 ANOS	24,0	4,8	
PESO (kg)			
< 60 ANOS	81,1	24,1	0,001
≥ 60 ANOS	61,5	11,6	

* *Test-t Student*

Tabela 4. Estado nutricional antropométrico segundo grupo etário de hipertensos inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

	< 60 anos	> = 60 anos	Valor de p*
Baixo peso/ Eutrofia	7	13	0,002
Excesso de peso	21	5	
TOTAL	28	18	

**Pearson chi-square test*

A situação nutricional dos indivíduos em estudo, avaliada por meio do IMC, é sugestiva do processo de transição nutricional que configura-se na magnitude da obesidade em grupos mais jovens, o qual aponta como determinantes, o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inadequadas, favorecendo ao aparecimento das DCNT nessa população.

Segundo Kamimura, (in CUPPARI, 2009) o índice de massa corpórea (IMC) ou índice de Quetelet é o indicador antropométrico mais utilizado, devido a sua simplicidade e boa correlação entre a gordura corpórea e os riscos de morbimortalidade.

Um estudo de Malta (2009) que avalia a mortalidade e fatores de risco para as DCNT no Brasil de 1990 a 2006, conclui que o excesso de peso apresenta forte relação com as doenças cardiovasculares. Tal associação deve-se as anormalidades no metabolismo dos lipídios, glicose e pressão arterial, os quais aumentam o risco para a doença arterial coronariana.

Entre diversas doenças associadas à obesidade, a hipertensão arterial tem se mostrado como uma das principais, sendo, muitas vezes, o excesso de peso responsável pelo surgimento e pela resistência terapêutica da hipertensão. De acordo com Passos (2006) em uma pesquisa sobre a hipertensão arterial no Brasil a partir de dados populacionais afirma que, a cada ano, aproximadamente 2,6 milhões de pessoas morrem

em consequência das complicações do excesso de peso e que a hipertensão arterial no país também tem apresentado ritmo de crescimento acelerado. Segundo o Ministério da Saúde, esse aumento se deu em todas as faixas etárias, apresentando maior magnitude na população com idade média de 65 anos, que apresenta hoje uma prevalência de 63,2% de hipertensão arterial no país (BRASIL, 2010).

Também foi estudado possíveis associações entre a presença de DCNT (DM, dislipidemia e DCV) com outras variáveis do estudo (estado nutricional antropométrico, idade, renda, tabagismo, prática de atividade física ou etnia), e não foi encontrada associação estatisticamente significante ($p > 0,05$). Essas variáveis também não apresentaram associação com o etilismo, exceto a dislipidemia que foi mais frequente entre os que relataram não consumir bebida alcoólica ($p = 0,043$).

A classificação e distribuição das DCNT's por grupo etário encontram-se na tabela 5. Após análise dos dados, notou-se que a morbidade com maior frequência na amostra, foi o Diabetes, onde 64,3% ($n = 18$) e 50% dos idosos ($n = 9$) apresentavam essa. O grupo dos adultos apresentou maior frequência de hipotireoidismo que os idosos, sendo estatisticamente significante ($p = 0,034$).

Tabela 5. Grupo etário e o diagnóstico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de pacientes inseridos no programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia.

	<u>< 60 anos</u>		<u>> 60 anos</u>		<u>P</u>
	N	(%)	N	(%)	
Diabetes^a					
Sim	18	64,3	9	50,0	> 0,05
Não	10	35,7	9	50,0	
DCV^b					
Sim	15	53,6	9	50,0	> 0,05
Não	13	46,4	9	50,0	
Dislipidemia^c					
Sim	13	46,4	7	38,9	> 0,05
Não	15	53,6	11	61,1	
Hipotireoidismo^d					
Sim	9	32,1	1	5,5	< 0,05
Não	19	67,9	17	94,5	

a, b, c: Pearson chi-square test

d: Fisher exact test

Em associação, o hipotireoidismo neste estudo apresentou maior frequência entre os adultos, fato que pode também influenciar o excesso de peso neste grupo de pacientes. Nesse contexto, é sabido que o progressivo aumento nos índices de obesidade em todas as faixas etárias é reconhecido como antecedentes de complicações metabólicas e cardiovasculares envolvidas no processo de ganho de peso (GIGANTE, 2006), as quais alguns autores desejam ter a justificativa da obesidade associada na disfunção da tireoide, e dessa forma transferir à doença tireoidiana como causa de ganho de peso.

Segundo Carvalho (2007) em um estudo sobre o emagrecimento e tireoide, o aumento de peso, quando ocorre no hipotireoidismo, deve-se ao acúmulo de fluido proteico no subcutâneo, conhecido como mixedema. Um estudo sobre hipotireoidismo e o excesso de peso revelou também, que a obesidade é uma doença multifatorial, podendo estar associada a diversas causas, como a endócrina (FERREIRA, 2009).

Assim, o hipotireoidismo pode estar relacionado como uma situação metabólica que pode, no máximo, favorecer a instalação da obesidade, mas que não é, absolutamente, sua causa, a qual deve ser debitada também a mecanismos genéticos e hereditários, bem como de hábitos alimentares e estilo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que, a partir dos resultados analisados, a amostra de indivíduos do programa de extensão denominado “Programa de Promoção da Saúde em Santo Antônio de Jesus – PROSAJ” representa uma população predominantemente de adultos, pardos, de baixa escolaridade associado a pouca remuneração. Além disso, percebeu-se também, uma frequência elevada de indivíduos aposentados.

Os resultados das análises da avaliação antropométrica, níveis de atividade física e consumo de álcool e tabaco classifica a amostra com elevada probabilidade no desenvolvimento de eventos cardiovasculares. Os indivíduos hipertensos do estudo apresentaram inadequado estado de saúde e nutrição e as condições sociais e econômicas ao qual estão submetidos podem contribuir para isso. Acredita-se que políticas de saúde podem viabilizar medidas emergenciais a fim de minimizar os males impostos pela desigualdade de acesso à saúde e nutrição em todas as fases da vida.

A partir desse retrato das condições de saúde e nutrição dessa população, vale destacar a importância da atuação da equipe multidisciplinar em saúde no controle desses agravos, os quais podem ser evitados por meio de ações que viabilizem a prevenção e a promoção da saúde no contexto da saúde pública.

É importante salientar que o desafio desse estudo constitui-se muito além do reconhecimento do perfil sanitário da população em estudo, mas também na contribuição do desenvolvimento posterior de execução e permanência de estratégias eficazes, duradouras e viáveis no contexto da promoção da saúde que conduzam à adoção do estilo de vida saudável pelos indivíduos desta cidade.

Desse modo, entende-se que o desenvolvimento de ações no âmbito do cuidado em saúde com estratégias de controle e prevenção da hipertensão e de demais DCNT nas diversas fases da vida, são fundamentais para minimizar os agravos dessas doenças à saúde dos indivíduos residentes no município de Santo Antonio de Jesus – BA.

Recomenda-se que, num primeiro momento, seja dada prioridade às ações intersetoriais relacionadas à promoção da saúde aos adultos e aos idosos e ao fortalecimento das ações educativas saudáveis já existentes no programa (PROSAJ), por meio de projetos permanentes de disseminação seletiva de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades que viabilizem a promoção da saúde no município.

REFERÊNCIAS

- BATISTA FILHO et al. **Transição nutricional: conceito e características.** In: Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ Atheneu, 2007.
- BRANDÃO, A. P.; Brandão, A. A.; Magalhães, M. E. C.; et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo, 2003.
- BRASIL. IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cor da população, Brasil, Região Nordeste, Bahia, Região metropolitana de Salvador e cidades circunvizinhas.** Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. IBGE e Ministério da Saúde. Pesquisa de orçamento das famílias: 2008-2009: **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil (POF).** Rio de Janeiro, 2010.
- BUSS, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- CARVALHO, G. A. et. al., **Emagrecimento e tireóide: um grande caminho.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. São Paulo, 2007.
- CASTRO, L. C. V.; Franceschini, S. do C. C.; Priore, S. E.; et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr. Campinas,** 2004.
- CESSE E, Freese, E, Souza WV, Luna CF. **Tendências da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: expansão ou redução?** In: Carvalho EF, organizador. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária. No prelo 2006.
- FERREIRA, R. C. et. al., **Hipotireoidismo e Obesidade.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. São Paulo, 2009.
- GIGANTE DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Macedo S. **Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e associação com nível socioeconômico.** Cad Saúde Pública, 2006.
- KAMIMURA, M. A.; Sampaio, L. R.; Cuppari, L. **Avaliação Nutricional Prática Clínica.** In: Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis. CUPPARI, L; ed. Manole Ltda; São Paulo, 2009.
- LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2008.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care,** v. 21, 1994.

- LOPES, AA. Hipertensão Arterial: Fatores étnicos e raciais. **Rev. Bras Nefrol**, 2009.
- MALTA, D. C, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009.
- MALTA, D. C; Cezário AC; Moura L. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15:47-65.
- MATSUDO S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Atividade Física & Saúde**. 2001; 6(2):5-18.
- MONTEIRO CA, Moura, E. C, Jaime, P. C, Lucca, A., Florindo, A. A. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (2005). **Rev Saúde Pública**, 2005.
- OLIVEIRA LPM, Assis AM, Silva MCM, Santana MLP, Santos NS, Pinheiro SMC, et al. **Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil**. Cad Saúde Pública, 2009.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: Um investimento vital** in: Relatório global da OMS. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2005.
- PASSOS, VM, Assis, TD, Barreto, SM. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional**. Epidemiologia Serv. Saúde. 2006.
- PEREIRA, MG. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.
- RIQUE, A. B., Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**. 2002.
- TEIXEIRA, C. F, Paim JS, Vilasboas AL. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. Vieira JRS. Hipercolesterolemia e Risco Genético para Doença Arterial Coronária. 2005; NewsLab – edição 72.
- VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G, Pimenta AM, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Pública** 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The uses of Epidemiology in the study of the elderly**. Geneva, WHO, 1984.

Apêndices

CONDIÇÕES DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE HIPERTENSOS INSERIDOS NO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SANTO ANTONIO DE JESUS – Ficha de Admissão

Nº Identificador na pesquisa _____ Data da entrevista: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Sexo: 1. M 2. F Cor: 1. Negra 2. Branca 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

Idade _____ Data de nasc. ____/____/____

Endereço _____

Tel _____ Celular _____ E-mail _____

Naturalidade _____ Procedência _____

Estado Civil:

1. Casado 2. Solteiro 3. Convive junto 4. Viúvo
5. Separado/desquitado

Escolaridade:

1. Analfabeto 2. 1º G incomp 3. 2ºG incomp 4. 3ºG incomp 5. 1º G comp
6. 2ºG comp 7. 3ºG comp

Situação Profissional:

1. Empregado 2. Desempregado 3. Aposentado/ pensionista
Profissão _____ renda familiar mensal R\$ _____
Renda do paciente R\$ _____ renda per capita mensal R\$ _____

Estilo de Vida

Etílico: 1. Sim 2. Não 3. abstinência há _____ Se sim:
1. cerveja 2. whiskes 3. vinhos 4. cachaça 5. outro _____
1. todos os dias 2. > 1x/ sem 3. 1x/ sem 4. quinzenal 5. mensal
Quantidade por vez _____

Tabagismo: 1. Sim 2. Não 3. abstinência há _____ Se sim:
1. cigarros c/filtro 2. cigarros s/filtros 3. charutos 4. Outro _____
1. todos os dias 2. > 1x/ sem 3. 1x/ sem 4. quinzenal
5. mensal
Quantidade por dia _____

Prática de atividade física: 1. Sim 2. Não
Qual? _____
Frequência _____

Condições de Moradia

Tipo: 1. Alvenaria 2. Madeira 3. Pau-a-pique 4. Palafita 5. Outros

Situação: 1. Própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Outros

Nº de cômodos: 1. < de quatro 2. Quatro a cinco 3. Seis 4. Sete 5. Oito ou mais

Condições de Saneamento

Água: 1. Mineral 2. Clorada (EMBASA) 3. Poço/Cisterna 4. Rio/represa

Esgoto: 1. Tubulações 2. A céu aberto 3. Outros _____

Coleta de lixo: 1. Presente 2. Ausente

Instalações Sanitárias: 1. Presente 2. Ausente

INFORMAÇÕES FAMILIARES

IDENTIFICAÇÃO	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

MOTIVO DE ADMISSÃO AO PROJETO DE PESQUISA

1. Encaminhamento 2. Demanda espontânea

TRATAMENTO ANTERIOR

1. Dietoterápico 2. Medicamentoso 3. Ativ. Física 4. Outros _____

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES**HISTÓRIA CLÍNICA**

HAS 1. Sim 2. Não

DM 1. Sim 2. Não

Doenças cardiovasculares 1. Sim 2. Não

Dislipidemia 1. Sim 2. Não

Problema de tireóide	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Outros _____	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

História familiar para DCV

PARENTESCO	PATOLOGIA ACOMETIDA	TRATAMENTO

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso (Kg)		
Altura (cm)		
IMC		

É USUÁRIO DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA?

1. Sim 2. Não

O ACS passa na residência?

1. Sim 2. Não

Participa de atividades de educação em Saúde do PSF?

1. Sim 2. Não

Assinatura do pesquisador

UFRB

Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DE NUTRIÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO CNS Nº 196/96

Eu, _____ fui convidado (a) pelo Nutricionista e professor João Araújo Barros Neto ou pela estudante do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia Aline dos Anjos Santana, para participar voluntariamente, caso eu deseje, de uma pesquisa que estão desenvolvendo com o objetivo de realizar avaliação nutricional e das condições de saúde de uma amostra de hipertensos de Santo Antonio de Jesus – BA, através de coleta de dados sobre idade, profissão, renda, condições de saúde, peso e altura, cujo o título é Condições de vida e estado nutricional antropométrico de hipertensos inseridos no Programa de Promoção da Saúde em Santo Antonio de Jesus - BA.

O professor ou o membro de sua equipe justificou o objetivo desse trabalho que baseia-se da necessidade de traçar um perfil sobre o estado nutricional, hábitos e condições de vida dos indivíduos inseridos no Programa de Promoção da Saúde para que seja possível traçar estratégias de cuidados da saúde dessa população em estudo. Assim, a realização desse estudo poderá contribuir para uma melhor assistência a saúde dos indivíduos hipertensos dessa cidade, podendo gerar efeito positivo na sua qualidade de vida através de melhoria na assistência à saúde de Santo Antonio de Jesus.

Fui informado que, durante a pesquisa não haverá riscos e desconfortos, nem tampouco custos ou forma de pagamento pela minha participação no estudo. A fim de garantir a sua privacidade e a ética da pesquisa pelos profissionais envolvidos, em nenhuma etapa da pesquisa meu nome será revelado, até mesmo na publicação de todos os resultados ninguém saberá que trata-se também da minha pessoa. Quanto aos dados coletados, estes serão guardados em um arquivo trancado na UFRB pelo período de 5 (cinco) anos, fui informado ainda que terei acesso a esses dados (caso eu deseje) durante esse período e, após esse tempo de 5 anos todo o material da coleta será incinerado (queimado).

O professor ou membro da sua equipe, também leu este documento e esclareceu os termos que eu tive dúvida, bem como deixou claro que caso deseje, como já foi explicado, terei o direito de saber os resultados da avaliação nutricional, no ato da pesquisa que será realizada e, também posteriormente se eu preferir. Segundo as informações prestadas, esta pesquisa consta de levantamento dos meus dados pessoais e avaliação do estado nutricional usando peso e altura.

Fiquei ciente que a equipe estará sempre a minha disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através do (s) telefone (s) 73-88357885/ 75-36321693 (telefone do Colegiado de Nutrição) e no próprio Colegiado de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde ou ainda pelos e-mails (joaoaraujo.neto@hotmail.com ou alinenutricao@hotmail.com ou colegiadonutricaooufrb@gmail.com ou extensaoccs@gmail.com). Estou ainda ciente que a minha participação neste estudo é completamente voluntária e que eu posso recusar-me a participar ou interromper minha participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios.

Fui ainda informado que a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, havendo aprovação do ponto de vista ético.

Assim, considero-me satisfeito (a) com as explicações realizadas por esta equipe de pesquisa e concordo em participar como voluntário (a) desse estudo.

EM CASO DE PROBLEMA DE VISÃO OU DIFICULDADE DE LEITURA

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE UM MEMBRO DESSA EQUIPE DE PESQUISA LEU PAUSADAMENTE ESTE DOCUMENTO PARA MIM E ESCLARECEU MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
colaborador

Assinatura do pesquisador
responsável

Santo Antonio de Jesus – BA, _____ de _____, 2011.

ENDEREÇO: Rua do Cajueiro, S/N, Bairro Cajueiro, Santo Antonio de Jesus – BA, Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário da UFRB.