

**Luciana Cataneo Souza**

**PERFIL DEMOGRÁFICO, SÓCIO-ECONÔMICO E  
MORBIDADE REFERIDA NA POPULAÇÃO DO  
MUNICÍPIO DE PRATÂNIA, SP**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Bases Gerais  
da Cirurgia da Faculdade de Medicina  
de Botucatu, UNESP – Universidade  
Estadual Paulista, para obtenção do  
título de Mestre

Orientadora: **Profa. Titular Silvana Artioli Schellini**

Botucatu - SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

**BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus**

Souza, Luciana Cataneo.

Perfil demográfico, sócio-econômico e morbidade referida na população do Município de Pratânia, SP / Luciana Cataneo Souza. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Botucatu, 2009.

Orientadora: Silvana Artioli Schellini

Assunto CAPES:

1. Pratania (SP) - População - Aspectos sociais 2. Pratania (SP) - População - Aspectos econômicos 3. Pratania (SP) - População - Aspectos culturais 4. Saúde pública

CDD 331.1

CDD 614

Palavras-chave: Doenças sistêmicas na população; Estudo populacional; Hábitos; Perfil demográfico; Perfil sócio-econômico;

## *Dedicatória*

*Ao meu querido Avô, Orlando “in memoriam”, por todo o amor, carinho e preocupação dedicados a mim durante toda minha vida, pelo seu exemplo de vida, bondade, força de vontade e amor ao próximo. Seus ensinamentos e sua lembrança ficarão eternamente vivos em meu coração.*

*A minha linda Avó, Emília, por ser um grande exemplo de mulher, amor e dedicação à família.*

*Ao meu filho Lucas, por recheiar minha vida de doces momentos e me encher de força e coragem.*

*Ao meu tio, Dr. Antônio J. M. Cataneo, por minha formação profissional, e orientação em vários momentos de minha vida: minha eterna gratidão, admiração e respeito.*

*Agradecimentos*

*À Deus, por me abençoar em todos os momentos da minha vida, por me dar saúde e coragem para atingir meus objetivos.*

*Ao casal mais lindo deste mundo: Orlando "in memorian" e Emília, por me mostrarem que tudo é possível, se feito com amor.*

*Aos meus pais, Elisabete e Washington, por me amarem tanto e estarem sempre ao meu lado, me mostrando que, a cada dia, tudo pode melhorar.*

*À minha Orientadora, Profa. Titular Silvana Artioli Schellini, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pela orientação e confiança em mim depositada: minha admiração e respeito.*

*Aos coordenadores do curso de Pós-Graduação em Bases Gerais da Cirurgia, por terem contribuído para a realização desta pesquisa.*

*Ao Dr. Antônio J. M. Cataneo, pelo apoio e exemplo de trabalho e dedicação.*

*Ao Prof. Dr. Carlos Roberto Padovani, do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências, pela análise estatística.*

*Aos funcionários do Departamento de Cirurgia e Ortopedia: Carlos Luis Miguel, Solange Aparecida de Albuquerque Clara (Sol), Roberta Magro Palmeira de Souza, Marcos Eduardo Barreiros Aloisi e Luiz Carlos Lucas Júnior, por toda a amizade, carinho e paciência.*

*Às funcionárias do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço: Flávia de Oliveira Gonçalves, Cíntia Scolástico Cecílio e Nilse Ribeiro da Silva.*

*Aos funcionários da Pós-Graduação: Janete Aparecida Herculano Nunes Silva, Regina Célia Spadin, Simone Barroso Corvino Camargo, Lílian Cristina Nadao Bianchi Nunes e Nathanael Pinheiro Salles.*

## *Agradecimentos*

---

*À toda minha família, sempre tão presente, me dando o suporte necessário para a realização de meus sonhos.*

*Aos meus amigos de pós-graduação, em especial a Maíla, pela amizade, tão carinhosa e sincera.*

*À Dra. Denise Fecchio e Dra. Márcia Guimarães, do Departamento de Patologia, por todo o incentivo e amizade: minha gratidão e admiração.*

*À Dra. Ana Catarina Cataneo, por todo o apoio, incentivo, amizade e por compartilhar comigo momentos importantes na minha vida.*

*Ao Prof. Dr. Carlos Márcio Nóbrega de Jesus, do Departamento de Urologia por toda a amizade e incentivo.*

*À Dra. Tânia Ruiz, do Departamento de Saúde Pública, pela valiosa contribuição neste trabalho.*

*E a todas as pessoas, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.*

*“ Para ser grande, sê inteiro:  
Nada teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa.  
Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda brilha,  
Porque alta vive.”*

*Fernando Pessoa*

**SUMÁRIO**

<b>LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS</b>	
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	
<b>LISTA DE TABELAS</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1. O conhecimento do perfil sócio-demográfico e condição de saúde em populações.....	17
1.2 O Município de Pratânia.....	24
1.2.1 Riqueza.....	27
1.2.2 Longevidade.....	27
1.2.3 Escolaridade.....	28
1.3 Os estudos populacionais.....	28
1.4 Justificativa da proposta.....	29
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
3.1 Desenho do Estudo.....	33
3.1.1 Critério de Inclusão.....	33
3.1.2 Critério de Exclusão.....	33
3.2. Coleta dos dados.....	33
3.3 Estrutura organizacional.....	34
3.4 População do estudo e recrutamento.....	35
3.5 Coleta de dados.....	37
3.6 Protocolos de Pesquisa.....	37
3.6.1 Dados de identificação dos participantes da pesquisa.....	37
3.6.2 Avaliação Clínica.....	37
3.7 Análise estatística dos resultados relativos aos aspectos demográficos, sócio-econômicos e morbidade referida no Município de Pratânia.....	38
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1 Avaliação do perfil demográfico e sócio-econômico dos participantes do estudo.....	41
4.2 Avaliação da condição de saúde referida nos familiares e nos participantes do estudo.....	50
4.3 Hábitos e costumes referidos pelos participantes do estudo.....	62

---

<b>DISCUSSÃO</b> .....	74
5.1 Quanto a metodologia do estudo.....	74
5.2 Avaliando o perfil demográfico e sócio-econômico dos participantes do estudo.....	76
5.3 Avaliando a condição de saúde referida nos familiares e nos participantes do estudo.....	78
5.4 Hábitos e costumes referidos pelos participantes do estudo.....	84
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	87
6.1 Quanto ao perfil demográfico e sócio-econômico da população estudada.....	87
6.2 Quanto as morbidades referidas.....	87
6.3 Quanto aos hábitos e costumes.....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
<b>ABSTRACT</b> .....	100
<b>ANEXOS</b> .....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HDL – *High Density Lipoprotein*

KM – Kilômetro

MW – Megawatt

AP – Antecedente Pessoal

AF – Antecedente Familiar

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DLP – Dislipidemia

TB – Tuberculose

HIV – Virus da Imunodeficiência Humana

TRH – Terapia de Reposição Hormonal

SM – Salário Mínimo

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> Praça central da cidade de Pratânia, onde se localiza a Igreja Matriz.....	25
<b>Figura 2.</b> Localização de Pratânia no Estado de São Paulo.....	26
<b>Figura 3.</b> Unidade móvel utilizada para o deslocamento da equipe até o Município de Pratânia e realização de parte do exame oftalmológico.....	35
<b>Figura 4.</b> Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao sexo –UNESP, 2008...	41
<b>Figura 5.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis referentes a idade dos indivíduos residentes em Pratânia e participantes do estudo segundo sexo– UNESP, 2008.....	42
<b>Figura 6.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis referentes ao número de filhos segundo grau de instrução, em residentes no Município de Pratânia participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	44
<b>Figura 7.</b> Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de filhos – UNESP, 2008.....	46
<b>Figura 8.</b> Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de pessoas habitando em uma mesma residência – UNESP, 2008.....	47
<b>Figura 9.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis referentes ao número de filhos segundo renda familiar, em residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	49
<b>Figura 10.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis referentes ao número de pessoas morando no mesmo domicílio segundo renda familiar, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	50

<b>Figura 11.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes a idade e presença de doenças infecciosas referidas, em residentes no município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	59
<b>Figura 12.</b> Distribuição de mulheres residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de gestações – UNESP, 2008.....	60
<b>Figura 13.</b> Distribuição de mulheres residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de filhos – UNESP, 2008.....	61
<b>Figura 14.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis referentes a idade segundo uso de drogas, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	62
<b>Figura 15.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartil referentes a idade segundo hábito de ingerir bebida alcoólica , em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	65
<b>Figura 16.</b> Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartil, referentes a idade segundo hábito de fumar, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	69

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto à cor da pele – UNESP, 2008.....	43
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao grau de instrução – UNESP, 2008.....	43
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo quanto ao estado civil – UNESP, 2008.....	45
<b>Tabela 4.</b> Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo que exerciam atividade profissional – UNESP, 2008.....	45
<b>Tabela 5.</b> Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto a renda individual em salários mínimos – UNESP, 2008.....	47
<b>Tabela 6.</b> Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto a renda familiar em salários mínimos – UNESP, 2008.....	48
<b>Tabela 7.</b> Distribuição de indivíduos que referiram antecedente materno e paterno de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	51
<b>Tabela 8.</b> Distribuição de indivíduos que referiram antecedente materno e paterno de Diabetes mellitus, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	51
<b>Tabela 9.</b> Distribuição de indivíduos que referiram diabetes em familiares segundo antecedente pessoal de diabetes, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	52
<b>Tabela 10.</b> Distribuição de hipertensão arterial referida em familiares segundo realização de tratamento para hipertensão em residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo – UNESP, 2008.....	52
<b>Tabela 11.</b> Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes do Município de Pratânia	

e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	53
<b>Tabela 12.</b> Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal de Diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa– UNESP, 2008.....	53
<b>Tabela 13.</b> Distribuição de indivíduos que referiram hipertensão, segundo indivíduos que realizavam tratamento para hipertensão, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	54
<b>Tabela 14.</b> Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal referido de Angina, Infarto Agudo do Miocárdio, Revascularização miocárdica e Acidente Vascular Cerebral, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	54
<b>Tabela 15.</b> Distribuição de indivíduos com dislipidemia referida, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa– UNESP, 2008.....	55
<b>Tabela 16.</b> Presença de doenças cardiovasculares em portadores de diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	55
<b>Tabela 17.</b> Presença de Hipertensão arterial em portadores de diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	56
<b>Tabela 18.</b> Distribuição de doença cardiovascular e hipercolesterolemia referida em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	56
<b>Tabela 19.</b> Distribuição de Hipertensão arterial e hipercolestolemia referida em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	57
<b>Tabela 20.</b> Distribuição de indivíduos que referiam ser hipertensos com relação a realização de tratamento efetivo para hipertensão arterial em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	57
<b>Tabela 21.</b> Distribuição de hipertensos em tratamento e presença de doença cardiovascular referida em residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo – UNESP, 2008.....	58

<b>Tabela 22.</b> Distribuição de indivíduos que referiram possuir antecedente pessoal para doenças infecciosas (Tuberculose, HIV, Toxoplasmose e Hanseníase), residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	58
<b>Tabela 23.</b> Distribuição de doenças infecciosas segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	59
<b>Tabela 24.</b> Distribuição de mulheres residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de abortos – UNESP, 2008.....	61
<b>Tabela 25.</b> Distribuição de mulheres residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa que apresentavam menstruação e menopausadas – UNESP, 2008.....	62
<b>Tabela 26.</b> Distribuição de indivíduos que referiram antecedente pessoal de uso de drogas, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	63
<b>Tabela 27.</b> Distribuição de indivíduos usuários de drogas em relação ao sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	63
<b>Tabela 28.</b> Distribuição de indivíduos que já ingeriram álcool e que tem o hábito de beber regularmente, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	64
<b>Tabela 29.</b> Distribuição de indivíduos quanto a freqüência com a qual consomem bebidas alcoólicas, residentes do Município de Pratânia – UNESP, 2008.....	64
<b>Tabela 30.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	66
<b>Tabela 31.</b> Distribuição do hábito de ingerir bebida alcoólica segundo o grau de instrução em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	66

<b>Tabela 32.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica segundo estado civil em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	67
<b>Tabela 33.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica, segundo atividade profissional em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	67
<b>Tabela 34.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica, segundo renda individual em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	68
<b>Tabela 35.</b> Distribuição de indivíduos que já fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	68
<b>Tabela 36.</b> Distribuição do hábito de fumar segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	69
<b>Tabela 37.</b> Distribuição da quantidade de cigarros consumida por dia segundo sexo, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	70
<b>Tabela 38.</b> Distribuição de quantidade de cigarros consumidos por dia segundo grau de instrução, em residentes no Município de Pratânia participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	70
<b>Tabela 39.</b> Distribuição da quantidade de cigarros consumida por dia segundo renda individual, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	71
<b>Tabela 40.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de fumar, segundo grau de instrução, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	71
<b>Tabela 41.</b> Distribuição de indivíduos que têm o hábito de fumar, segundo renda individual, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.....	72

## RESUMO

Souza, LC. Perfil demográfico, sócio-econômico e morbidade referida na população do Município de Pratânia.

[Dissertação de Mestrado em Bases Gerais da Cirurgia] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista; 2009.

**Introdução:** Este estudo faz parte de uma pesquisa populacional que está sendo realizada no Município de Pratânia, cidade localizada na região centro-oeste do estado de São Paulo, que possui 4.309 habitantes e conta com sistema de saúde apenas para atendimento primário e secundário.

**Objetivos:** O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar o perfil demográfico, sócio-econômico, morbidade referida e hábitos dos moradores do Município de Pratânia, São Paulo.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo populacional, do tipo transversal, de amostra intencional, realizado de Fevereiro de 2007 até Agosto de 2008, por uma equipe da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida Faculdade. Foi aplicado um questionário visando avaliar o perfil demográfico e sócio-econômico, além das morbidades referidas em familiares e no sujeito da pesquisa, hábitos e costumes dos habitantes do Município. Os dados colhidos foram submetidos a análise estatística.

**Resultados:** 43,5% dos habitantes da cidade aderiram ao estudo. Os dados estudados são referentes a estes sujeitos, dos quais 60% eram mulheres, com média de idade de 31 anos, a maioria solteiros. A população é predominantemente branca (62,7%). Cerca de 53,8% dos indivíduos não exerciam atividades profissionais. A maioria apresentava um ou dois filhos e morava em domicílios que possuíam 3 a 4 pessoas. Indivíduos de menor renda apresentam maior número de filhos e a renda *per capita* esteve, em geral, abaixo de 1 salário mínimo. Hipertensão arterial esteve presente entre os antecedentes familiares e 17,2% dos participantes referiam possuir a doença, dos quais 97,8% estavam seguindo as orientações médicas quanto ao tratamento. Diabetes *mellitus* foi referido por 4,3%. Referiram serem portadores de dislipidemia 10,7%. Quanto a doenças infecciosas, os índices referidos foram bastante baixos (0,4% de Tuberculose, 0,05% HIV, 0,4% Hanseníase, 0,6% Toxoplasmose), com tendência a acometer indivíduos mais idosos.

Quanto ao uso de drogas, observou-se que 1,6 % dos entrevistados referiam ser usuários de drogas. Referiram já ter experimentado bebida alcoólica 47% e 16,1% bebiam regularmente, sendo que 12,8% bebiam uma vez por semana, 3,9% bebiam de duas a três vezes por semana e 2% bebiam todos os dias. O hábito de ingerir bebida alcoólica não apresentou associação com a idade.

Quanto ao tabagismo, 28,5% referiram já ter fumado mais de 100 cigarros ao longo da vida. O hábito de fumar diminuiu de acordo com o aumento do grau de instrução. A renda individual não influenciou no estabelecimento do hábito de fumar. Mulheres fumam menos que homens e indivíduos mais idosos apresentam maior tendência a apresentar o hábito.

**Conclusão:** A população estudada é bastante jovem, na maioria solteiros e com renda *per capita* muito baixa. As doenças mais representativas foram hipertensão arterial e diabetes. O hábito de ingerir bebida alcoólica e de fumar foram mais freqüentes em homens. Indivíduos com maiores salários ingerem mais bebidas alcoólicas e os tabagistas, em geral, apresentam menor grau de instrução.

**Palavras-chave:** estudo populacional, perfil demográfico, perfil sócio-econômico, doenças sistêmicas na população, hábitos.

# INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho refere-se à construção do perfil demográfico e sócio-econômico do Município de Pratânia, estado de São Paulo, situado a 25 Km de Botucatu e a 260 Km da Capital.

Pratânia está situada em uma região carente do ponto de vista de infra-estrutura de serviços, de empregos e, conseqüentemente, com baixos indicadores econômicos e de saúde.

Objetivou-se descrever e analisar as características demográficas, sócio-econômicas, hábitos e a morbidade referida pela população. Entende-se que seja necessária a construção de perfis de populações como estas para que, compartilhando deste conhecimento entre a equipe de pesquisa, de assistência e a população, possam se efetivar planos de ação que venham a contribuir para melhoria nas condições de saúde e conscientização da população.

Este estudo é parte e a base de uma pesquisa que está sendo realizada por uma equipe multidisciplinar, pertencente a Faculdade de Medicina de Botucatu, da qual a autora faz parte. O grupo de pesquisa é coordenado pela Orientadora desta Dissertação, a Dra. Silvana Artioli Schellini, do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Pelo planejamento da pesquisa, busca-se avaliar a associação de alterações oculares com afecções sistêmicas, evocando os aspectos sócio-demográficos na população de Pratânia. Os pesquisadores são oftalmologistas, clínicos gerais, estaticistas, laboratoristas e pretendem avançar, a partir dos dados que serão aqui apresentados, ou seja, do perfil demográfico e sócio-econômico e conhecendo dados do exame oftalmológico, exame físico geral e dados obtidos em exames

laboratoriais, traçando fatores determinantes ou agravantes de doenças que possam acometer a população.

### **1.1 O conhecimento do perfil sócio-demográfico e condição de saúde em populações**

As características sócio-demográficas são específicas para cada região e possuem influência no desenvolvimento de doenças sistêmicas e também nas afecções oculares (Lumme & Laatikainen, 1994). Sabe-se que as condições de vida e saúde estão fortemente relacionadas. Tal conceito reporta-se à antigüidade clássica, porém se formalizou nos séculos XVIII e XIX, com o estabelecimento da medicina social, pela qual se efetivaram investigações e intervenções voltadas às populações (Paim, 1997).

A construção de perfis tem fundamento estratégico. Quando se detalha a realidade em componentes significativos, o vetor de uma intervenção pode ser traçado, de forma a provocar a mudança de uma situação (Testa, 1989).

As doenças cardiovasculares passaram a representar a primeira causa de morte em todo o mundo (Brasil, 1993). Nos últimos 100 anos, a melhora das condições de vida das pessoas, embora insuficiente, levou a um controle na mortalidade por doenças transmissíveis, resultando no aumento da perspectiva de vida da população. Passaram, então, a predominar as doenças crônicas, particularmente as cardiovasculares, alterando todo o perfil de morbimortalidade dos diferentes países desenvolvidos (Araújo, 1992).

Apesar de as causas da maioria das doenças cardiovasculares serem desconhecidas, alguns fatores aumentam a probabilidade de sua ocorrência, destacando-se: hábitos alimentares, obesidade, aumento dos triglicerídeos e colesterol séricos, elevação da pressão arterial,

alcoolismo, diabetes *mellitus*, fumo, hereditariedade, estresse e insuficiente atividade física (Brasil,1993; Brasil, 1998).

A incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada decênio de vida. Apesar de aumentar com a idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. Como as doenças crônicas mais freqüentes, tais como as cardiovasculares, cânceres e diabetes compartilham vários fatores de risco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma abordagem de prevenção e controle integrado, em todas as idades, baseada na redução de alguns fatores como hipertensão arterial sistêmica, fumo, álcool, obesidade, hipercolesterolemia (Kannel & Wilson, 1997).

Estudos mostram que esses fatores tendem a ocorrer simultaneamente e sua combinação representa aumento de risco para doenças cardiovasculares (Lessa *et al.*, 2004; Barreto *et al.*, 2001).

Um estudo transversal incluindo adultos e idosos de 41 municípios dos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí, revelou uma prevalência de sedentarismo, somando-se as regiões, de 31,8 % em adultos e 58% em idosos, tendo a Região Nordeste uma prevalência significativamente maior de sedentarismo para ambas as faixas etárias. A prevalência de tabagismo foi de 27,7% nos adultos e a categoria de renda *per capita* de até um salário mínimo foi o de maior prevalência, e apresentou-se como fator de risco para sedentarismo, tanto em adultos, quanto em idosos (Siqueira *et al.*, 2008).

Pereira *et al.* (2008), investigaram a prevalência de fatores de risco e de morbidade referida, além da associação com doença isquêmica do coração e aglomeração desses fatores em pessoas com 60 anos ou mais, participantes do “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis”,

realizado pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2002/2003, em 15 capitais e no Distrito Federal. Encontraram maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, inatividade física, obesidade e hipercolesterolemia em mulheres. A prevalência do diabetes foi de 17,83% e maior entre homens, sem significância estatística entre faixas etárias. A aglomeração de dois ou mais fatores de risco foi observada em 71% dos idosos e idosos com aglomeração de quatro ou mais fatores de risco apresentaram uma probabilidade quatro vezes maior de referir doença isquêmica do coração.

Estudos epidemiológicos comprovam a associação entre doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco, tais como, a obesidade, inatividade física, consumo excessivo de álcool, tabagismo e padrões de consumo alimentar inadequados. Dentre estes últimos, a maior evidência situa-se no baixo consumo de frutas e hortaliças e no excesso de gorduras saturadas (*World Health Organization*, 2003; Brasil, 2005).

Marcopito *et al.* (2005), em um estudo sobre prevalência de fatores de risco para doenças crônicas, realizado na cidade de São Paulo, mostrou que tabagismo, pressão arterial não controlada, colesterol total aumentado, HDL-colesterol diminuído e triglicérides aumentados foram significativamente mais prevalentes em homens. No que se refere à obesidade, houve tendência de aumento com a idade em ambos os sexos.

A tendência da evolução dos padrões de consumo alimentar brasileiro nas últimas três décadas, representativo das áreas metropolitanas do país, indica que nas regiões economicamente mais desenvolvidas e, de forma geral, no meio urbano e entre as famílias com maior rendimento há um consumo excessivo de açúcar e gorduras, em especial do tipo saturada, associado ao consumo insuficiente de frutas e

hortaliças (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/>).

Na Região Metropolitana da cidade de São Paulo, identificaram um percentual de indivíduos com dieta saudável de apenas 4%. Para o consumo de frutas, observaram que 50% dos indivíduos estudados apresentavam praticamente consumo de nenhuma porção de fruta por dia. O consumo de leite e produtos lácteos também se apresentou muito baixo e a qualidade da dieta de homens apresentava uma qualidade inferior. Demonstraram, também, que a qualidade da dieta melhora de acordo com o aumento do nível de escolaridade (Morimoto *et al.*, 2008).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% da mortalidade e 45,9% do total de morbidades, reduzindo os anos de vida saudável (*World Health Organization*, 2002).

A obesidade é considerada um problema de saúde pública de importância relevante, tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, ocorrendo concomitantemente à diminuição progressiva do gasto energético em atividades laborais, no lazer, no cumprimento de afazeres domésticos e como decorrência de modificações no padrão alimentar (Marcopito *et al.*, 2005).

Em Veranópolis, Rio Grande do Sul, idosos com mais de 80 anos foram estudados quanto à obesidade e associação com fatores de risco e morbidade cardiovascular. As mulheres obesas apresentaram maior frequência de hipertensão arterial e diabetes. Nos homens, hipercolesterolemia e obesidade foram associadas. Já, o aumento dos triglicérides foi maior em indivíduos obesos, de ambos os sexos (Cruz *et al.*, 2004).

Na população adulta de Goiânia, Goiás, foi encontrada alta prevalência de obesidade e maior entre as mulheres (13,9%). Para os

homens, variáveis como idade, renda e consumo de carnes tiveram associação positiva com índice de massa corporal. Já, a atividade física no lazer e no deslocamento para o trabalho e o hábito de fazer quatro refeições por dia ou menos, tiveram associação negativa. Para as mulheres, idade, abandono do tabagismo, tempo assistindo televisão e consumo de carnes apresentaram associação positiva; o consumo de cereais apresentou associação negativa. A prevalência de tabagismo, consumo de álcool e hábitos sedentários foram de 27,7%, 60,3% e 50,7% para homens e 19%, 37,9% e 71,1% para mulheres, respectivamente (Peixoto *et al.*, 2007).

Apesar do grande intervalo de tempo que separa a realização de inquéritos domiciliares sobre condições de saúde e nutrição dos brasileiros, tais estudos têm revelado crescimento acelerado do sobrepeso e da obesidade, em particular, entre a população de menor renda (Monteiro *et al.*, 2002). Ainda no que se refere à situação sócio-econômica, os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), para o País como um todo, mostraram que a prevalência de excesso de peso aumenta de acordo com o poder aquisitivo, especialmente entre os homens (Coitinho *et al.*, 1991). Em um estudo sobre fatores de risco para doenças crônicas, realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observou-se que a obesidade afeta principalmente os homens de classes sociais mais altas e as mulheres de menor nível sócio-econômico (Duncan, 1991).

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, outro estudo revelou maior prevalência de obesidade entre homens pertencentes ao grupo de renda familiar entre 6,1 e 10 salários mínimos. As mulheres com maior escolaridade apresentavam menor prevalência de obesidade (Gigante *et al.*, 2006).

Outro estudo de base populacional, realizado também no Rio Grande do Sul, do qual fez parte uma população adulta, estimou uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica em torno de 20%, revelando, como mais atingidos, os indivíduos acima de 40 anos, de cor negra, com história familiar de hipertensão, não havendo diferença significativa entre os sexos. Foi verificado que os indivíduos inseridos nas categorias de menor renda apresentavam uma prevalência maior de hipertensão arterial do que aqueles com dez ou mais salários mínimos e, no que se refere à escolaridade, mostraram que os indivíduos com menos de quatro anos de estudo tinham quase duas vezes mais probabilidade de apresentar hipertensão arterial sistêmica (Costa *et al.*, 2007).

Também em Pelotas, Rio Grande do Sul, outro estudo detectou associação entre hipertensão arterial com menor renda familiar. Essa evidência já havia sido demonstrada em outros estudos (Piccini & Vitoria, 1994; Fuchs *et al.*, 1995; Freitas *et al.*, 2001).

Zaitune *et al.* (2006) realizaram um estudo transversal de base populacional que incluiu 426 idosos não institucionalizados, residentes no Município de Campinas, São Paulo. Com uma média de idade de 69,8 anos, a prevalência de hipertensão arterial referida revelou-se maior nas mulheres (55,9%) do que nos homens (46,4%), nas pessoas naturais de outros estados, nos não-brancos e nos idosos de menor escolaridade e com sobrepeso. Um dado interessante do estudo é que os idosos provenientes de outros estados tinham 50% mais chances de serem hipertensos do que os nascidos no Estado de São Paulo, sendo que os migrantes de outros Estados apresentavam menor escolaridade e menor renda *per capita*. Os idosos com hipertensão apresentaram maior número de morbidades crônicas e também avaliaram a própria saúde de forma mais desfavorável e em maior proporção e perceberam piora da sua saúde em relação ao ano anterior. Idosos hipertensos de maior

escolaridade diferem dos de menor escolaridade em relação às práticas não-medicamentosas por conhecerem e utilizarem, em maior proporção, dieta e prática de atividade física para o controle da hipertensão arterial.

No estudo realizado por Zaitune *et al.* (2006), foi observada uma prevalência de hipertensão arterial referida (46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres) superior à observada para a população idosa brasileira, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (43,9%) para a mesma faixa etária (Lima-Costa *et al.*, 2003) e semelhante aos relatórios do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para a população americana com 65 anos e mais (48,5%) (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2002).

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas estão entre os principais responsáveis pela carga de doenças no mundo. O tabagismo, em todas as suas formas, aumenta o risco de morbidade e mortes prematuras por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, câncer e doenças pulmonares. Já, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, pode provocar problemas de saúde como hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres, além de inúmeras conseqüências sociais (*World Health Organization*, 1998; Brasil, 2005).

Um estudo realizado em Campinas, São Paulo, revelou que o abuso/dependência de álcool está significativamente associado com idade, renda, escolaridade, religião e uso de drogas ilícitas (Barros *et al.*, 2007).

Em Araraquara, São Paulo, um estudo sobre prevalência de tabagismo foi realizado destacando-se idade, sexo, escolaridade, renda familiar, entre outras, como variáveis de interesse e verificaram que a prevalência foi sempre mais alta para o sexo masculino e que um terço da população adulta é composto de fumantes e, mesmo na população

jovem abaixo de 24 anos, o hábito é bastante freqüente. Também notaram nítido predomínio, em ambos os sexos, do hábito de fumar no estrato de renda familiar mais baixa e entre os homens o tabagismo diminuía de acordo com o aumento da escolaridade (Lolio *et al.*,1993).

Na região Sul do Brasil, no Município de Rio Grande, estudou-se a morbidade entre os sexos feminino e masculino, e foi observado que as mulheres apresentavam maiores riscos de referir um sintoma (Mendoza-Sassi & Beria, 2007).

Gomes e Tanaka (2003), no Município de São Paulo, analisaram as queixas de morbidades e a relação entre ter ou não atividade remunerada, idade, situação conjugal, escolaridade e nível social, baseado na ocupação informada pela mulher e verificaram que houve maior freqüência de queixa de morbidade aguda ou crônica entre mulheres que informaram ter atividade remunerada. Também foi entre essas mulheres que houve tendência à menor freqüência de procura por atendimento médico motivada pelo problema de saúde referido (Gomes & Tanaka, 2003).

Na Região Norte e Nordeste, um estudo transversal do qual participaram idosos, mostra que os idosos daquela região possuem baixo nível sócio-econômico e precárias condições de moradia; 88% referiam pelo menos uma doença ou problema de saúde, enquanto a terça parte refere três ou mais (César *et al.*, 2008).

## **1.2 O Município de Pratânia**

Apesar de ter sido criado em 30 de dezembro de 1993, o Município de Pratânia, São Paulo, tem sua história atrelada à de Botucatu. Seu núcleo original começou a se formar nas terras da Fazenda da Prata, de propriedade de José Gonçalves de Araújo, Aureliano Feliciano Vieira e do coronel Jorge Gomes Pinheiro Machado. Suas terras estavam na

confluência dos rios Jacu (também conhecido como rio da Prata) e Claro e faziam limite com as de Botucatu e de São Manuel.

Quando o pequeno povoado foi elevado a distrito em 29 de julho de 1899, após uma disputa travada com outro povoado vizinho (São João da Cachoeira) também interessado em adquirir essa condição, passou a fazer parte do Município de Botucatu, com a denominação de Prata e com sede no bairro Bom Jesus da Prata.

Posteriormente, em 30 de novembro de 1938, o distrito de Prata foi transferido para o Município de São Manuel e, apenas em 30 de novembro de 1944, recebeu sua atual denominação.

Foi elevado à categoria de município com a denominação de Pratânia, pela lei estadual nº 8550, de 30 de dezembro de 1993.

Uma vista atual da praça central da cidade de Pratânia encontra-se na Figura 1.



**Figura 1** – Praça central da cidade de Pratânia, onde se localiza a Igreja Matriz.

A autonomia político-administrativa demorou a chegar e seu crescimento foi marcado por fatores diversos, como a presença de

tropeiros, a produção cafeeira e a chegada da Estrada de Ferro Sorocabana.

Localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo (Figura 2), a 25 Km da cidade de Botucatu, e a 260 Km da capital, o Município de Pratânia possui área territorial estimada em 180 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 20,92 habitantes/ Km<sup>2</sup>. Limita-se com os municípios de São Manuel, Botucatu e Lençóis Paulista.

Com 4.309 habitantes, a população é concentrada na faixa etária abaixo dos 40 anos de idade, com sistema de saúde contando apenas com Postos de Saúde, com atendimento primário e secundário. Não possui hospital e não tem atendimento oftalmológico disponível nos Postos, nem consultórios particulares, ou seja, a população necessita se deslocar para cidades vizinhas para ter assistência médica especializada.

A atividade laborativa principal é a lavoura de grãos e frutas, além da pecuária de ovinos, gado e avicultura. A atividade industrial é principalmente de transformação. A população migra pouco, o que pode possibilitar futuros estudos de coorte.



**Figura 2** – Localização de Pratânia no Estado de São Paulo.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nas edições de 2000 e 2002 do IPVS (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social), Pratânia manteve-se no grupo 4, que agrega os municípios com baixos níveis de riqueza e com deficiência em um dos indicadores sociais. Seus níveis de riqueza e longevidade não atingiram o valor observado para o Estado, enquanto o de escolaridade ficou pouco acima da média estadual.

Abaixo está descrito o comportamento das variáveis que compõem algumas dimensões no período de 2000-2002:

#### **1.2.1 Riqueza:**

- o consumo anual de energia elétrica por ligação no comércio, na agricultura e nos serviços decresceu de 12,0 MW para 8,3 MW;
- em 2002, o consumo de energia elétrica por ligação residencial manteve-se ainda abaixo da meta de racionamento estabelecida para 2001, ou seja, a redução do consumo foi superior a 20%, variando de 1,9 MW para 1,5 MW;
- o rendimento médio do emprego formal variou de R\$ 506 para R\$ 521;
- o valor adicionado per capita cresceu de R\$ 3.247 para R\$ 4.284.

Houve decréscimo do indicador sintético de riqueza, como para a quase totalidade dos municípios do Estado, devido à redução do consumo de energia elétrica imposta pelo racionamento de 2001. O município melhorou muito sua posição no *ranking* em razão do aumento do valor adicionado per capita.

#### **1.2.2 Longevidade:**

- a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) reduziu-se de 37,2 para 33,0;
- a taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos) diminuiu de 29,6 para 27,3;

- a taxa de mortalidade de pessoas com 15 a 39 anos (por mil habitantes) aumentou de 1,6 para 3,0;
- a taxa de mortalidade das pessoas com 60 anos e mais (por mil habitantes) elevou-se de 39,1 para 42,7.

Ainda em patamares muito elevados, nota-se que houve redução das taxas de mortalidade infantil e perinatal. As demais taxas aumentaram, conservando o indicador de longevidade abaixo da média estadual. O município está entre os dez piores no *ranking* do Estado nesta dimensão.

### **1.2.3 Escolaridade:**

- a proporção de pessoas de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental elevou-se de 59,1% para 92,5%;
- a proporção de pessoas de 18 a 19 anos com ensino médio completo cresceu de 33,7% para 37,4%;
- a taxa de atendimento à pré-escola entre as crianças de 5 a 6 anos cresceu de 64,7% para 95,4%.

Houve avanço em quase todas as variáveis que compõe o indicador sintético de escolaridade. O município aumentou seu escore e melhorou sua posição no *ranking*. Destaca-se o incremento registrado na taxa de atendimento pré-escolar.

### **1.3 Os estudos populacionais**

Um dos delineamentos mais empregados na pesquisa epidemiológica consiste no estudo transversal, utilizando amostragem. Barros e Hirakata (2003) em artigo sobre alternativas de análise para estudos deste tipo, consultaram todos os manuscritos publicados nos periódicos *International Journal of Epidemiology* e *Revista de Saúde Pública*, no ano de 1998 e constataram que 50% deles foram estudos transversais. Assim, identifica-se uma considerável proporção de trabalhos adotando este desenho.

Usando estudos populacionais, feitos de forma aleatorizada, é possível conhecer quais são os problemas que realmente são importantes para uma região específica, podendo nortear a tomada de decisão. Porém, estudos populacionais, feitos em grupos de pessoas que fazem parte da população geral, ainda são escassos no Brasil, provavelmente por serem muito dispendiosos.

Além disso, estudos oftalmológicos são quase que exclusivamente feitos em grupos específicos de pessoas. No Brasil são pouquíssimos os estudos que envolvem populações.

Ainda, levando em conta que o exame oftalmológico carrega em si oportunidades de verificação de doenças sistêmicas, a exemplo da fundoscopia que pode revelar o estágio da doença diabética, o exame ocular poderia apresentar dados preditivos de doenças sistêmicas.

Foi com este sentido que nos dispusemos a realizar o estudo das afecções oculares e sistêmicas neste Município.

A escolha de Pratânia para este propósito foi decidida por um estudo prévio, realizado por esta mesma equipe, do qual participaram 12 Municípios da Regional de Saúde que ocupamos. E baseou-se no fato de que a população deste Município migra pouco, das necessidades e benefício que a atividade poderia resultar para a Comunidade e mais ainda, no fato da equipe de saúde do Município ser bastante cooperativa.

#### **1.4 Justificativa da proposta**

Conforme já consta da parte inicial deste capítulo introdutório, este estudo faz parte de uma pesquisa que se encontra em desenvolvimento na população que reside no Município de Pratânia, São Paulo, que vai procurar a associação entre doenças oculares e sistêmicas e fatores preditivos para definição de doenças na população.

O estudo atual se justifica por se ter a necessidade de definir o perfil e as condições de vida da população em estudo. Desta forma, constam do presente, dados gerais relativos ao perfil da população que reside no Município de Pratânia.

## OBJETIVOS

---

## 2. OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é avaliar o perfil demográfico, sócio-econômico, morbidade referida e hábitos dos moradores do Município de Pratânia, São Paulo.

# MATERIAL E MÉTODOS

---

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

O estudo foi desenvolvido por uma equipe da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista de Botucatu – SP, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Município de Pratânia – SP.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em 04/12/2006 (Of. 553/08).

Trata-se de um estudo populacional, do tipo transversal, de amostra intencional, evocando a avaliação do perfil demográfico, sócio-econômico, morbidade referida e hábitos dos moradores do município de Pratânia, desenvolvido com indivíduos não institucionalizados.

##### **3.1.1 Critério de Inclusão:**

- foram considerados elegíveis todos os habitantes do Município de Pratânia, moradores da área urbana e rural.

##### **3.1.2 Critério de Exclusão:**

- pessoas não pertencentes ao Município, ou seja, não foram considerados elegíveis pessoas residentes em outros Municípios.

#### **3.2. Coleta dos dados**

Os dados aqui apresentados foram colhidos entre Fevereiro de 2007 até Agosto de 2008.

Para a coleta de dados foi utilizada a estrutura organizacional e a técnica de recrutamento apresentadas a seguir.

### **3.3. Estrutura organizacional**

Fazem parte da equipe:

- alunos do Curso de Graduação em Biomedicina do Instituto de Biociências -UNESP, bolsistas da PROEX (Pró-Reitoria de Extensão).
- também do Instituto de Biociências- UNESP, houve a participação de estaticista, que coordenou o delinamento do trabalho de campo e realizou a análise estatística dos dados levantados.
- alunos do Curso de Graduação em Medicina, durante estágio optativo.
- residentes de Oftalmologia e de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.
- alunos do Curso de Pós Graduação em Bases Gerais da Cirurgia (categoria onde se enquadra a autora).
- docentes do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e do Departamento de Clínica Médica
- médicos do Laboratório Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.
- funcionários do sistema de saúde do Município, com a participação ativa de agentes de saúde do Município de Pratânia.

A logística estabelecida para o estudo é a abordagem dos sujeitos da pesquisa utilizando uma Unidade Móvel equipada para a realização de exames oftalmológicos, com a qual a equipe se desloca até o Município de Pratânia (Figura 3).

A Unidade Móvel permanece junto ao Posto de Saúde da localidade, sendo utilizadas também suas dependências para a aplicação dos questionários, parte dos exames oftalmológicos e exame físico, além da coleta de exames laboratoriais.



**Figura 3** – Unidade móvel utilizada para o deslocamento da equipe até o Município de Pratânia e realização de parte do exame oftalmológico.

A equipe se distribui da seguinte maneira:

- 1) Organização da ordem dos atendimentos e preenchimento dos dados de identificação das fichas dos pacientes é feita por uma equipe de agentes de saúde;
- 2) Questionário de avaliação de dados demográficos, sócio-econômicos, queixas oculares e antecedentes oftalmológicos e sistêmicos é feita pelos residentes de Oftalmologia;
- 3) Avaliação da acuidade visual, exame externo e avaliação de recursos ópticos em utilização pelos alunos da Pós-Graduação e oftalmologistas;
- 4) Preenchimento dos questionários de morbidades referidas pelos alunos da Pós-Graduação (em especial, pela autora);
- 5) Realização do exame oftalmológico pelos oftalmologistas;
- 6) Exame clínico pelos residentes clínicos;
- 7) Dispensação dos tratamentos ou encaminhamento para tratamento especializado quando necessário pelos professores que fazem parte da equipe.

### **3.4 População do estudo e recrutamento**

Foram convidados a participar todos os habitantes do Município de Pratânia, sem distinção de sexo, grupo etário, raça ou profissão.

O Município de Pratânia possui população estimada em 4309 habitantes (informação obtida no site do IBGE- Cidades, no dia 09/7/2008) e fica localizado na Regional de Saúde onde se situa a Faculdade de Medicina de Botucatu (Figura 2).

Antecedente ao referido estudo, foi declarado interesse do Município de Pratânia para a realização deste trabalho, com compromisso de oferecimento de infra-estrutura e logística para que o mesmo pudesse ser desenvolvido. O recrutamento foi feito por carta, entregue nas residências pelos agentes de saúde. Constavam da carta informações a respeito do estudo, de como as pessoas poderiam ser beneficiadas pelo mesmo, da ausência de ônus para os participantes e que haveria possibilidade de detecção e tratamento de afecções oftálmicas e sistêmicas, com compromisso de manutenção do sigilo. A carta-convite encontra-se anexa (Anexo 1).

Além do recebimento da carta, agentes de saúde visitaram as residências esclarecendo sobre a importância de participar do estudo.

Por se tratar de localidade pequena e sem muitos recursos para divulgação das propostas de atuação, um veículo tipo carro de passageiros trafegou pelas ruas do Município, anunciando a data e local da presença da equipe executora.

Além disso, em um Jornal de circulação local foi realizada uma matéria que continha explicações sobre a nossa atividade, realçando o benefício da participação.

Os habitantes foram convidados pelo menos três vezes, dando-lhes oportunidade de escolha do dia, para o qual foi agendada a consulta.

Não houve nenhum tipo de ônus para o participante da pesquisa. Também não houve nenhum tipo de ressarcimento para o sujeito da pesquisa.

### **3.5 Coleta de dados**

Primeiramente foi feita a explicação do objetivo do estudo e o providenciada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes. O conteúdo do Termo de Consentimento encontra-se em anexo (Anexo 2).

Como todos os habitantes do domicílio foram considerados para o estudo, os menores e inválidos tiveram seu consentimento providenciado pelo chefe da família.

### **3.6 Protocolos de Pesquisa**

No dia do exame oftalmológico, foi aplicado um questionário, e para a extração dos dados de interesse foram utilizados dois protocolos, que se encontram nos Anexos 3 e 4. Estes protocolos foram adaptados de estudos populacionais envolvendo alterações oculares: o *Beaver Dam*, realizado nos Estados Unidos da América e *Blue Mountains*, realizado na Austrália (Klein & Klein, 2005; CERA, 2004).

#### **3.6.1 Dados de identificação dos participantes da pesquisa – Protocolo 1**

O protocolo 1 (Anexo 3) consta de dados que identificam os participantes, quanto ao sexo, idade, raça, estado marital, composição familiar, localização dentro do Município, grau de escolaridade, profissão e ocupação, se aposentados a profissão anterior, renda individual e familiar e número de filhos. Este protocolo teve a informação dos pais ou responsáveis quando se tratava de crianças não informantes.

#### **3.6.2 Avaliação Clínica – Protocolo 2**

O protocolo 2 (Anexo 4) consta de um questionário clínico, onde o sujeito teve oportunidade de informar sobre antecedentes familiares para hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, aumento de colesterol, como também sobre si próprio, com questões sobre os

antecedentes pessoais de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, aumento de colesterol, doenças infecciosas, uso de drogas, tabagismo e etilismo. Para pacientes do sexo feminino, também foram feitas perguntas sobre número de gestações e abortos, se estavam em idade fértil, se usavam algum método anticoncepcional e se faziam reposição hormonal.

Os questionários constantes do Anexo 4 foram respondidos por participantes que possuíam mais do que 18 anos de idade.

### **3.7 Análise estatística dos resultados relativos aos aspectos demográficos, sócio-econômicos e morbidade referida no Município de Pratânia**

Os resultados obtidos no estudo foram transferidos para Tabela Excel.

A associação dos dados dos participantes, como sexo, faixa etária, raça, presença de afecções sistêmicas, hábitos, etc. foram estudadas pelo teste de homogeneidade de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais (Goodman, 1964; 1965).

Para apresentação dos resultados e interpretação da análise estatística, foram utilizadas nas tabelas letras minúsculas para indicar os resultados das comparações entre grupos fixada a categoria de resposta e, letras maiúsculas, nas comparações das categorias de respostas dentro do grupo. Para a interpretação das letras deve-se proceder da seguinte maneira:

- duas proporções seguidas de pelo menos uma mesma letra minúscula não diferem quanto aos respectivos grupos, na categoria de resposta em consideração;
- duas proporções seguidas de pelo menos uma mesma letra maiúscula não diferem quanto às respectivas categorias de resposta, dentro do grupo em consideração.

Foi utilizada a técnica da análise de variância não-paramétrica para o modelo de uma via (Teste de Kruskal-Wallis) complementada com o teste de comparação múltipla de Dunn e para amostras independentes foi utilizado o teste t de Student. Também foi realizado coeficiente de correlação linear de Spearman (Zar, 1999).

Também foi empregada a técnica do estudo da proporção de ocorrência, utilizando o intervalo de confiança de 95%, além da análise de correlação de Pearson (Norman & Streiner, 1994). Todas as discussões foram realizadas no nível de 5% de significância.

# RESULTADOS

---

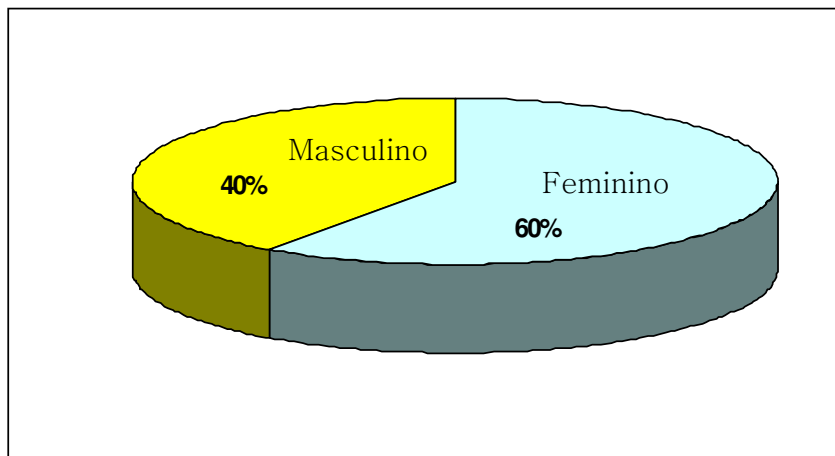
## 4. RESULTADOS

No período de Fevereiro de 2007 até Agosto de 2008 foram avaliados 1869 sujeitos da pesquisa, correspondendo a 43,5% dos habitantes da cidade que aderiram ao estudo.

As 36 variáveis consideradas para este estudo e constantes do Protocolo 1 (Anexo 3) e 2 (Anexo 4) estão representadas por meio de gráficos e tabelas. Considerando que algumas questões não foram informadas pelos sujeitos, a somatória das respostas nunca foi igual a 100%.

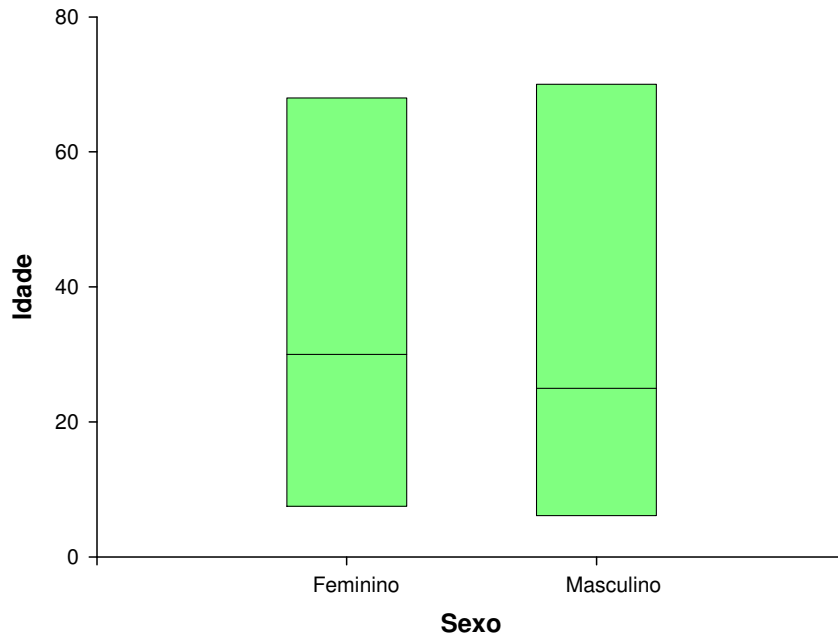
### 4.1 Avaliação do perfil demográfico e sócio-econômico dos participantes do estudo

O grupo populacional em questão distribuiu-se quanto ao sexo em 1108 mulheres, 746 homens e 15 pessoas que não tiveram o sexo informado (Figura 4).



**Figura 4** - Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao sexo -UNESP, 2008.

O questionário do protocolo 1 foi aplicado para pessoas de todas as faixas etárias, num intervalo de idade que variou de 1 mês de vida a 86 anos. A média geral de idade dos entrevistados foi de 31 anos, sendo de 32,0 para as mulheres e 29,8 para os homens (Figura 5).



**Figura 5** - Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartil referentes a idade dos indivíduos residentes em Pratânia e participantes do estudo segundo sexo- UNESP, 2008.

Quanto a cor da pele, a população foi considerada predominantemente branca (62,7%), e, em menor proporção, negra (5,4%) e parda (3,9%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto à cor da pele – UNESP, 2008.

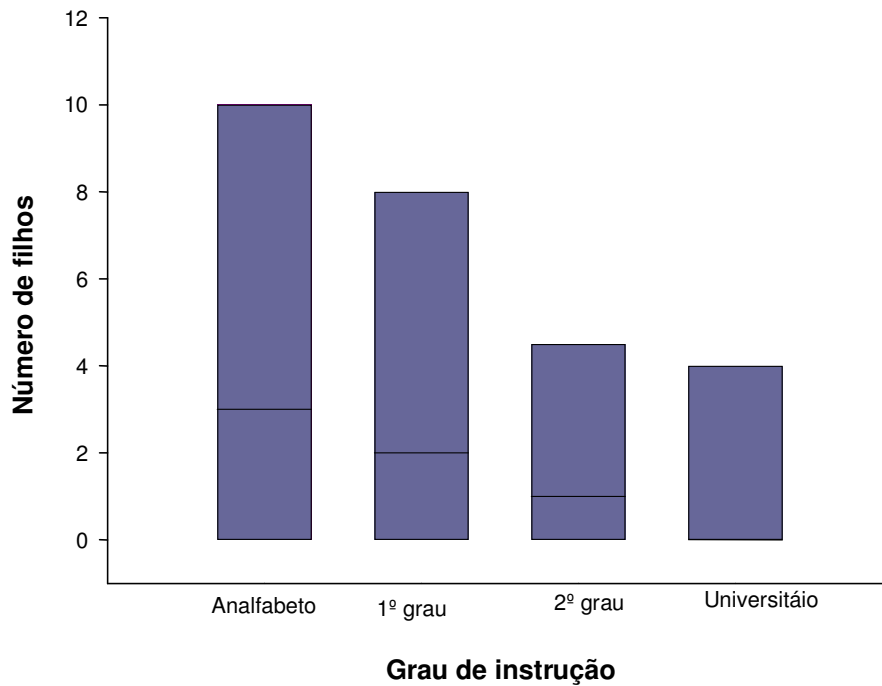
Cor da Pele	Número de Indivíduos	Porcentagem (%)
Branca	1172	62,7
Negra	101	5,4
Parda	74	4,0
Outras	2	0,1
Não informada	520	27,8
Total	1869	100

Quanto ao grau de instrução, 12,6% dos entrevistados eram analfabetos; 62,1% da população terminaram o 1º grau, 19,8 % tinham o 2º grau, e 2,8% haviam cursado o ensino superior (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao grau de instrução – UNESP, 2008.

Grau de instrução	Número de indivíduos	Porcentagem
Analfabeto	236	12,6
1º grau	1161	62,1
2º grau	371	19,8
Universitário	53	2,8
Não informado	48	2,6
Total	1869	100

A avaliação das medidas descritivas do número de filhos segundo o grau de instrução, mostra que as pessoas mais instruídas apresentavam menor número de filhos, quando comparadas com as que possuíam menor grau de instrução (Figura 6).



**Figura 6** - Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes ao número de filhos segundo grau de instrução, em residentes no Município de Pratânia participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

A maioria dos participantes do estudo era solteira, representando 43,3% dos indivíduos; 36,7% eram casados, apenas 4,6% viúvos, 2,7%, divorciados e 9,73 eram amasiados ou em outra condição (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo quanto ao estado civil – UNESP, 2008.

Estado civil	Número de indivíduos	Porcentagem
Solteiro	810	43,3
Casado	687	36,7
Divorciado	51	2,7
Viúvo	87	4,6
Outros	182	9,7
Não informado	52	2,8
Total	1869	100

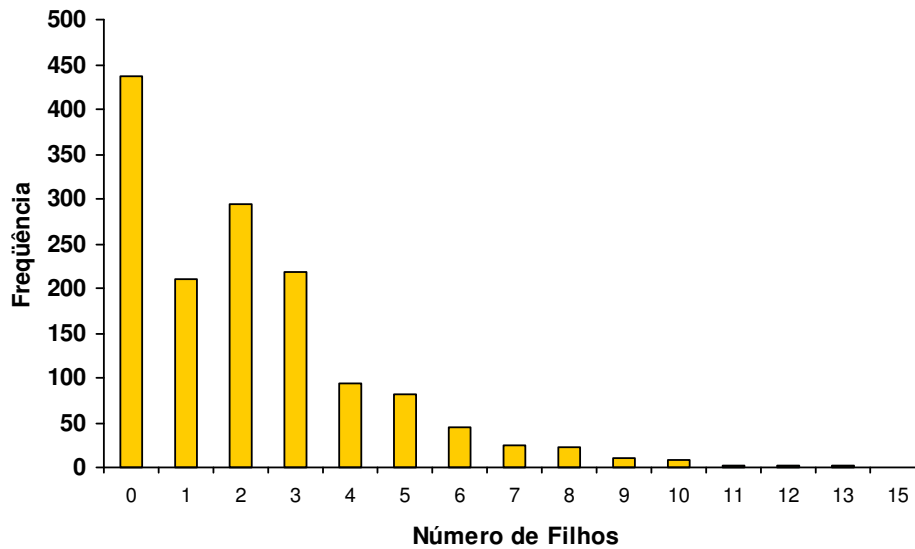
Não estavam exercendo atividades profissionais 53,9% dos indivíduos (Tabela 4).

**Tabela 4**- Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo que exerciam atividade profissional – UNESP, 2008.

Exerce atividade profissional	Número de indivíduos	Porcentagem
Não	1007	53,9
Sim	749	40,1
Não informado	113	6,0
Total	1869	100

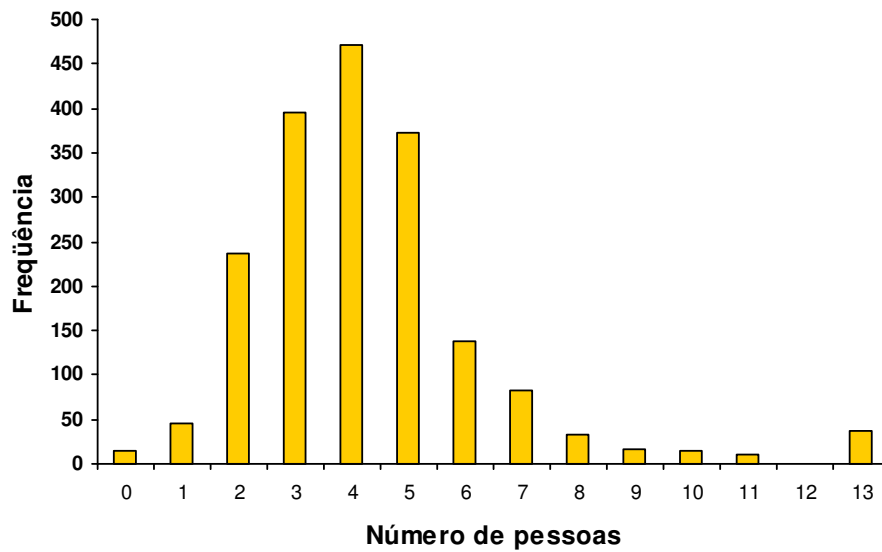
Com relação ao número de filhos por indivíduo, observou-se que 23,3% não possuíam nenhum filho, 11,2% possuíam um filho, 15,7%

dois filhos, 11,7% três filhos e, em proporções bem menores, expressaram-se os indivíduos com quatro filhos ou mais (Figura 7).



**Figura 7** – Distribuição dos indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de filhos – UNESP, 2008.

Segundo a condição de moradia e levando-se em conta o número de pessoas que habitavam em uma mesma residência, 0,7% dos indivíduos moravam sozinhos, 2,4% moravam com uma pessoa, 12,6% com duas pessoas, 21,1% com três pessoas, 25,5% com quatro pessoas, 19,9% com cinco pessoas e 7,3% com seis pessoas; outras composições foram pouco representativas (Figura 8).



**Figura 8** – Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de pessoas habitando em uma mesma residência – UNESP, 2008.

Para renda individual, 29,8% percebia de um a dois salários mínimos, 17,5% até um salário mínimo, 10,2% de três a quatro salários e 42,3% não teve a informação revelada (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto a renda individual em salários mínimos – UNESP, 2008.

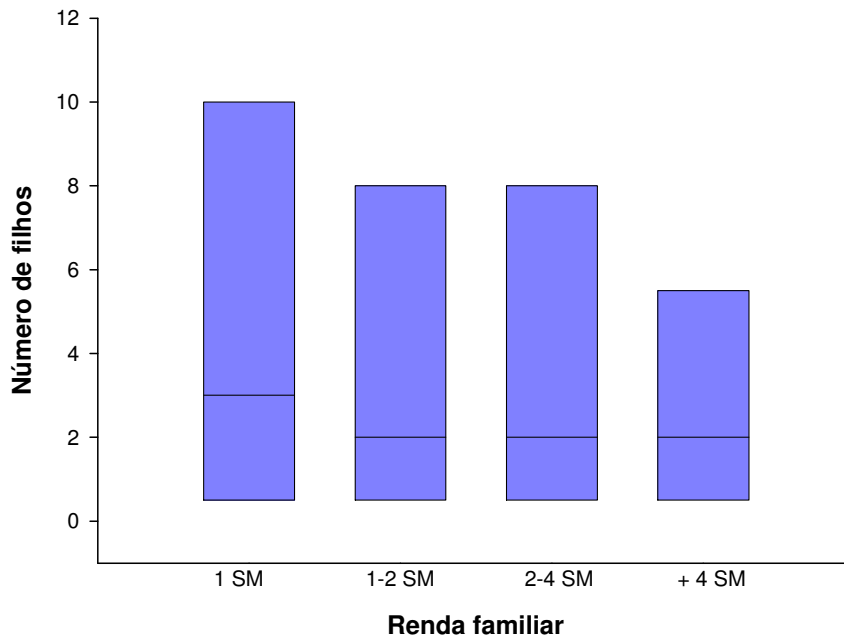
Renda individual	Número de Indivíduos	Porcentagem
Até 1 salário mínimo	328	17,5
1-2 salários	558	29,8
3-4 salários	191	10,2
Não informado	792	42,4
Total	1869	100

Já para renda familiar, 45,2% contava com renda de um a dois salários mínimos, 39,5% com três a quatro, 9,5% com um e 5,6% não informaram a renda familiar (Tabela 6).

**Tabela 6**– Distribuição de indivíduos residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto a renda familiar em salários mínimos – UNESP, 2008.

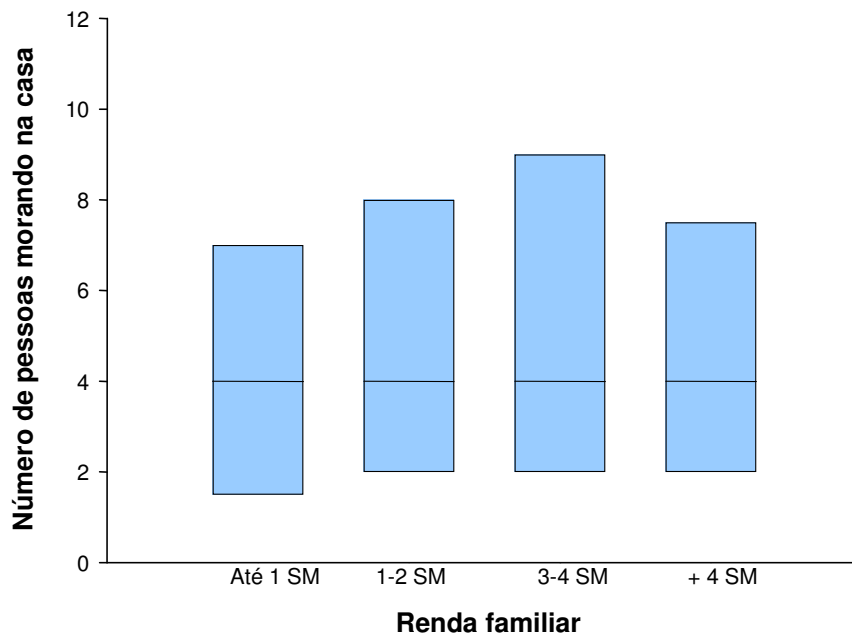
Renda familiar	Número de Indivíduos	Porcentagem
Até 1 salário mínimo	179	9,6
1 a 2 salários	845	45,2
3 a 4 salários	739	39,5
Não informado	106	5,7
Total	1869	100

A avaliação das medidas descritivas do número de filhos segundo renda familiar, mostrou que os indivíduos de menor renda apresentam maior número de filhos em relação aos de maior renda (Figura 9).



**Figura 9** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes ao número de filhos segundo renda familiar, em residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Assim, considerando-se que pessoas que habitam em um mesmo ambiente com relação ao que percebem como salário, observa-se pela Mediana que o número de pessoas dentro de um mesmo domicílio não sofreu influência da renda familiar (Figura 10).



**Figura 10** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartil, referentes ao número de pessoas morando no mesmo domicílio segundo renda familiar, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

#### 4.2 Avaliação da condição de saúde referida nos familiares e nos participantes do estudo

O protocolo 2 (Anexo 4) avaliou os antecedentes pessoais, familiares e morbidades referidas.

Com relação aos antecedentes pessoais (AP) clínicos, 26,1% dos sujeitos apresentaram AP materno de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 16,3% AP paterno de HAS. (Tabela 7).

**Tabela 7-** Distribuição de indivíduos que referiram antecedente, materno e paterno de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Hipertensão Arterial Sistêmica	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Mãe	488/26,1	629/33,7	752/40,2	1869/100
Pai	305/16,3	798/42,7	766/41,0	1869/100

Com AP materno de Diabetes *mellitus* 12% (DM) e 5% AP paterno de DM (Tabela 8).

**Tabela 8** – Distribuição de indivíduos que referiram possuir antecedente materno e paterno de Diabetes *mellitus*, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Diabetes Mellitus	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Mãe	220/12,0	935/50,0	714/38,2	1869/100
Pai	88/5,0	1041/56,0	740/40,0	1869/100

A maioria dos indivíduos (76,9%) não apresentava diabetes familiar. Dos que apresentavam diabetes na família, a presença da doença na mãe ou no pai foi semelhante. Quando o pai e a mãe eram diabéticos, a chance de o sujeito apresentar diabetes foi superior (11,3% contra 2,1%). Quando o sujeito se referia diabético a presença da doença na mãe foi superior que a observada no pai ou em ambos (Tabela 9).

**Tabela 9** - Distribuição de indivíduos que referiram diabetes em familiares segundo antecedente pessoal de diabetes, em residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes em Familiares				Total
	Não	Pai	Mãe	Pai e Mãe	
Não	609(76,9%) <sup>bC</sup>	36(4,5%) <sup>aA</sup>	130(16,4%) <sup>aB</sup>	17(2,1%) <sup>aA</sup>	792
Sim	40(56,3%) <sup>aC</sup>	6(8,4%) <sup>aA</sup>	17(23,9%) <sup>aB</sup>	8(11,3%) <sup>bA</sup>	71

P<0,01

A hipertensão arterial foi referida como não familiar em 50,1% dos indivíduos. Quando havia antecedente familiar para hipertensão, não houve diferença entre estar presente no pai ou na mãe do sujeito, mas quando a doença estava presente em ambos, a chance de o indivíduo ser hipertenso foi significativamente maior (24,6% contra 6,5%) (Tabela 10).

**Tabela 10** - Distribuição de hipertensão arterial referida em familiares segundo realização de tratamento para hipertensão em residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo – UNESP, 2008.

Hipertensão Arterial	Hipertensão em familiares				Total
	Não	Pai	Mãe	Pai e Mãe	
Não	178(50,1%) <sup>bC</sup>	47(13,2%) <sup>aA</sup>	107(30,1%) <sup>aB</sup>	23(6,5%) <sup>aA</sup>	355
Sim	74(30,3%) <sup>aB</sup>	32(13,1%) <sup>aA</sup>	78(32,0%) <sup>aB</sup>	60(24,6%) <sup>bB</sup>	244

P<0,001

**Tabela 11** - Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Hipertensão Arterial	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Sujeito	321/17,2	844/45,1	704/37,7	1869/100

Diabetes estava presente em cerca de 4,4% das pessoas que participaram do estudo (Tabela 12).

**Tabela 12**- Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal de Diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa- UNESP, 2008.

Diabetes	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Sujeito	82/4,4	793/42,4	994/53,1	1869/100

Na amostra estudada, a hipertensão arterial esteve presente em 17,2% dos sujeitos (Tabela 11), dos quais 97,8% estavam seguindo as orientações médicas quanto ao tratamento (Tabela 13).

**Tabela 13-** Distribuição de indivíduos que referiram hipertensão, segundo indivíduos que realizavam tratamento para hipertensão, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Tratamento Hipertensão	Hipertensão		Total
	Não	Sim	
Não	308(86,0%) bB	50(14,0%) aA	358
Sim	6(2,2%) aA	263(97,8%) bB	269

Para AP de angina, 3,4% referiram serem portadores de Angina, 1,2% tinha AP de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Revascularização miocárdica em 0,85% e AVC em 2% (Tabela 14).

**Tabela 14-** Distribuição de indivíduos com antecedente pessoal referido de Angina, Infarto Agudo do Miocárdio, Revascularização miocárdica e Acidente Vascular Cerebral, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Antecedente Pessoal	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Angina	64/3,4	1107/59,2	698/37,3	1869/100
Infarto agudo miocárdio	23/1,2	1158/62	688/37	1869/100
Revascularização miocárdica	16/0,8	1152/62	701/37,5	1869/100
Acidente vascular Cerebral	31/2	1134/61	704/38	1869/100

Referiram serem portadores de dislipidemia (DLP) 10,7% do total dos sujeitos estudados (Tabela 15).

**Tabela 15**– Distribuição de indivíduos com dislipidemia referida, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa– UNESP, 2008.

Dislipidemia	Número de Indivíduos	Porcentagem
Não	894	47.8
Sim	200	10.7
Não Informado	775	41.5
Total	1869	100

Avaliando-se a presença de doenças cardiovasculares em portadores de diabetes em habitantes da cidade de Pratânia, observou-se que dos 67 portadores de diabetes, 18,7% apresentavam também doença cardiovascular (Tabela 16).

**Tabela 16** - Presença de doenças cardiovasculares em portadores de diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Diabetes	Doenças Cardiovasculares		
	Não	Sim	Total
Não	743(91,7%) bB	67(8,3%) aA	810
Sim	65(81,2%) aB	15(18,7%) bA	80

P<0,01

Avaliando-se a possibilidade de se ter associação de diabetes e hipertensão arterial, observou-se que 58,7% dos diabéticos apresentaram também hipertensão arterial (Tabela 17).

**Tabela 17** – Presença de Hipertensão arterial em portadores de diabetes, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Diabetes	Hipertensão Arterial		Total
	Não	Sim	
Não	611(75,8%) <b>bB</b>	195(24,2%) <b>aA</b>	806
Sim	33(41,2%) <b>aA</b>	40(58,7%) <b>bA</b>	80

P<0,001

Cerca de 83,1% dos participantes não apresentavam aumento do colesterol nem doença cardiovascular. Quando o indivíduo apresentava doença cardiovascular, havia aumento do colesterol estatisticamente significante (29,7% dos sujeitos). 70,3% dos indivíduos, apesar de referirem ser portadores de doença cardiovascular, relatavam ter níveis normais de colesterol (Tabela 18).

**Tabela 18** – Distribuição de doença cardiovascular e hipercolesterolemia referida em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Doença Cardiovascular	Aumento colesterol		Total
	Não	Sim	
Não	851(83,1%) <b>bB</b>	173(16,9%) <b>aA</b>	1024
Sim	64(70,3%) <b>aB</b>	27(29,7%) <b>bA</b>	91

P<0,01

Avaliando-se a hipertensão arterial em relação ao aumento de colesterol referido, cerca de 90% dos sujeitos não referiam hipertensão arterial ou aumento de colesterol. Observou-se também, que a

hipercolesterolemia foi mais freqüente nos que se sabiam hipertensos (Tabela 19).

**Tabela 19** - Distribuição de Hipertensão arterial e hipercolestolemia referida em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Hipertensão	Hipercolesterolemia		Total
	Não	Sim	
Não	718(89,2%) bB	87(10,8%) aA	805
Sim	189(62,6%) aB	113(37,4%) bA	302

P<0,001

Dos indivíduos que se diziam hipertensos, 97,8% estavam realizando tratamento para a situação (Tabela 20)

**Tabela 20** - Distribuição de indivíduos que referiam ser hipertensos com relação a realização de tratamento efetivo para hipertensão arterial em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Tratamento de Hipertensão	Hipertensão Arterial		Total
	Não	Sim	
Não	308(86%) bB	50(14%) aA	358
Sim	6(2,2%) aA	263(97,8%) bB	269

P<0,001

Avaliando-se a presença de doenças cardiovasculares em indivíduos em tratamento para hipertensão arterial, 79,8% dos indivíduos hipertensos encontravam-se em tratamento, dos quais 20,2% referiam presença de doença cardiovascular concomitante (Tabela 21).

**Tabela 21** – Distribuição de hipertensos em tratamento e presença de doença cardiovascular referida em residentes no Município de Pratânia e participantes do estudo – UNESP, 2008.

Tratamento de Hipertensão	Doenças Cardiovasculares		Total
	Não	Sim	
Não	335(93%) bB	25(6,9%) aA	360
Sim	213(79,8%) aB	54(20,2%) bA	267

P<0,001

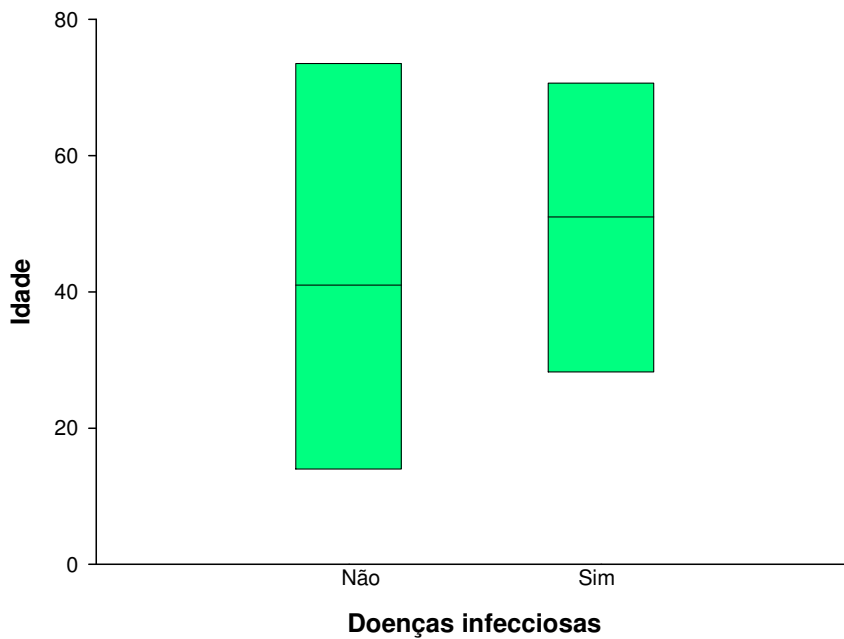
Quanto a doenças infecciosas, 0,4% tinham AP de Tuberculose (Tb), 0,05% referia soro-positividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), 0,4% apresentaram AP de Hanseníase, 0,6%, AP de Toxoplasmose (Tabela 22).

**Tabela 22** – Distribuição de indivíduos que referiram possuir antecedente pessoal para doenças infecciosas (Tuberculose, HIV, Toxoplasmose e Hanseníase), residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa– UNESP, 2008.

Antecedente de Doenças Infecciosas	Número de Indivíduos/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Tuberculose	9/0,5	1162/62,2	698/37,3	1869/100
HIV*	1/0,05	1162/62,2	706/38	1869/100
Hanseníase	8/0,4	1163/62,2	698/37,3	1869/100
Toxoplasmose	13/0,7	1151/61,6	705/38	1869/100

\*HIV – Vírus da imunodeficiência humana

As doenças infecciosas apresentaram tendência a acometer indivíduos mais idosos (Figura 11).



**Figura 11** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartil, referentes a idade e presença de doenças infecciosas referidas, em residentes no município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

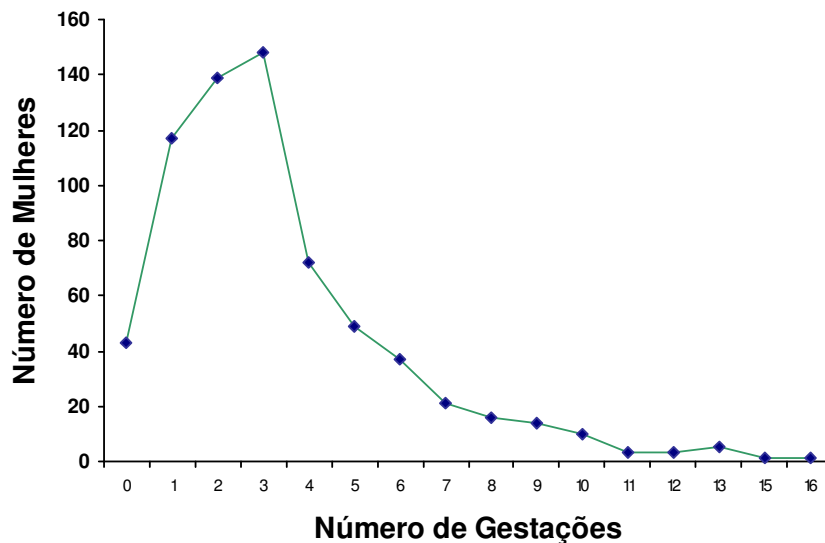
Homens e mulheres tiveram a mesma chance de desenvolver doenças infecciosas, apesar de o percentual de mulheres não infectadas ter sido maior (Tabela 23).

**Tabela 23** – Distribuição de doenças infecciosas segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Doenças Infecciosas	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Não	718(63,3%) aB	417(36,7%) aA	1135
Sim	18(60,0%) aA	12(40,0%) aA	30

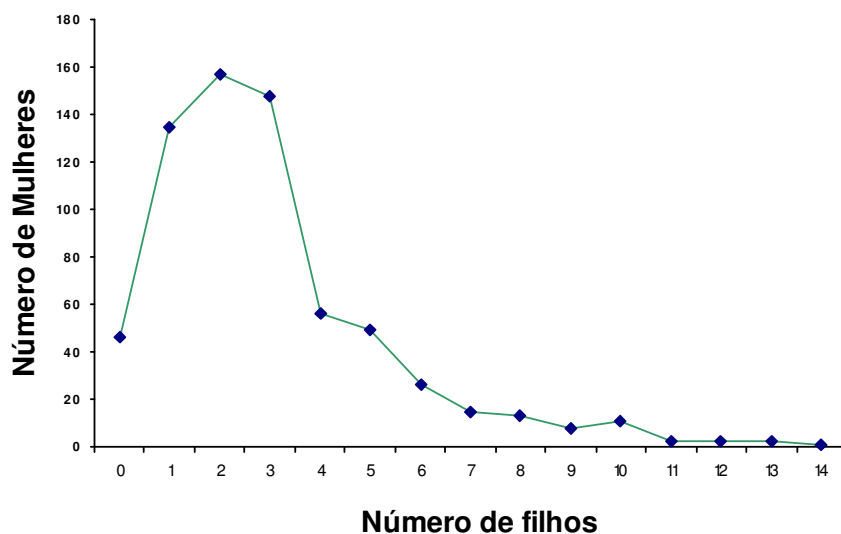
P>0,05

Das 746 mulheres entrevistadas, incluindo todas as faixas etárias, em idade fértil ou não, a maioria referia ter engravidado três vezes (19,8% delas), seguindo-se por duas gestações 18,6%. O perfil do número de gestações em relação a frequência de ocorrência na população feminina estudada está apresentado na Figura 12.



**Figura 12** – Distribuição de mulheres residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de gestações – UNESP, 2008.

Ainda não levando em consideração a idade da mulher ou se ela se encontrava em idade fértil ou não, apurou-se que não tinham filhos 6,1% das mulheres, 18% tinham ou tiveram um filho, 21% dois filhos, 19,8% três filhos, 7,5% quatro filhos e 6,5% cinco filhos, e, em proporções menos representativas, mais de cinco filhos (Figura 13).



**Figura 13** – Distribuição de mulheres residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de filhas – UNESP, 2008.

A maioria das mulheres nunca havia abortado, mas quando foi referido, na maioria havia ocorrido apenas um episódio (Tabela 24).

**Tabela 24** – Distribuição de mulheres residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa quanto ao número de abortos – UNESP, 2008.

Nº abortos	Número de Mulheres	Porcentagem
Nenhum	423	56.7
1	137	18.4
2	27	3.6
3	17	2.3
4	6	0.8
Não informado	136	18.2
Total	746	100

Do total de mulheres, 65,2% ainda menstruavam, e 6,4% faziam terapia de reposição hormonal (TRH) (Tabela 25).

**Tabela 25**– Distribuição de mulheres residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa que apresentavam menstruação e menopausadas – UNESP, 2008.

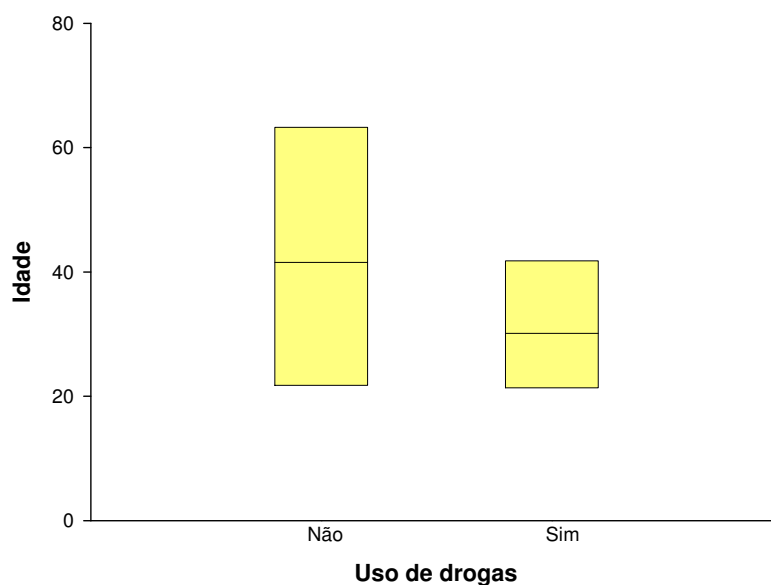
	Número de Mulheres/Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Menstruando	487/65,3	255/34,2	4/0,5	746/100
Menopausadas em TRH*	48/6,4	267/36	431/58	746/100

\*TRH – Terapia de reposição hormonal

#### 4.3 Hábitos e costumes referidos pelos participantes do estudo

Quanto aos vícios e hábitos, foi observado o que se reporta a seguir.

O uso de droga esteve presente entre os indivíduos mais jovens (Figura 14).



**Figura 14** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes a idade segundo uso de drogas, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Quanto ao uso de drogas, observou-se que 1,6 % dos entrevistados referiam serem usuários de drogas (Tabela 26).

**Tabela 26**– Distribuição de indivíduos que referiram antecedente pessoal de uso de drogas, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Uso drogas	Número de Indivíduos	Porcentagem
Não	1125	60.2
Sim	36	1,6
Não informado	708	37.9
Total	1869	100

A maioria dos usuários de drogas eram homens (67,9%) (Tabela 27).

**Tabela 27**– Distribuição de indivíduos usuários de drogas em relação ao sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Drogas	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Não	720 (64,2%) bB	402 (35,8%) aA	1122
Sim	9 (32,1%) aA	19 (67,9%) bB	28

P<0,01

Referiram já ter experimentado bebida alcoólica 47% e 16,1% bebiam regularmente (Tabela 28), sendo que 12,8% bebiam uma vez por semana, 3,9% bebiam de duas a três vezes por semana e 2% bebiam todos os dias (Tabela 29).

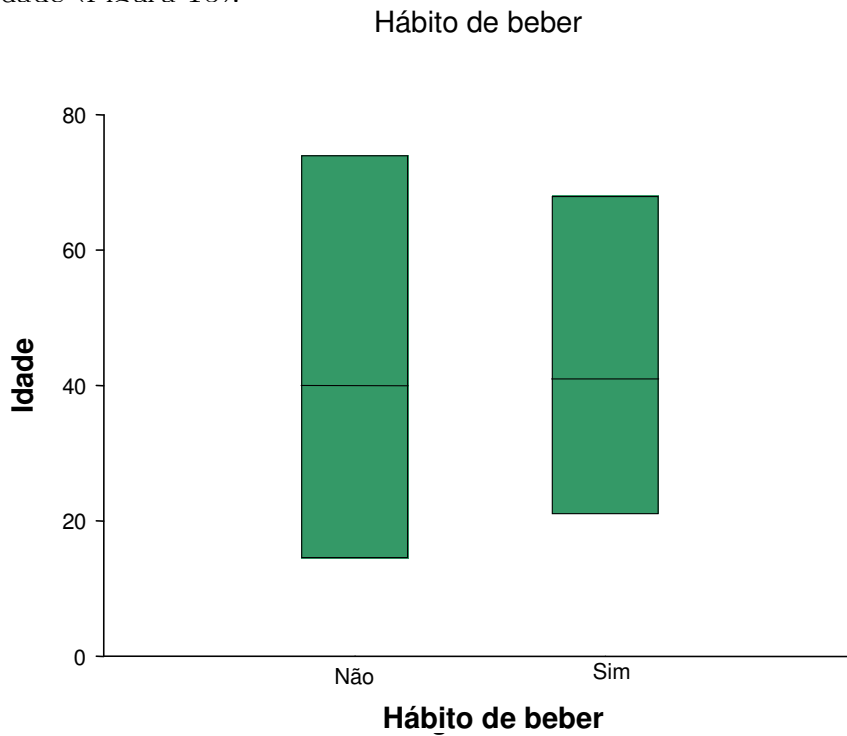
**Tabela 28**– Distribuição de indivíduos que já ingeriram álcool e que tem o hábito de beber regularmente, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Uso de Bebida Alcoólica	Número de Indivíduos/ Percentual			Total
	Sim	Não	Não informado	
Já ingeriu bebida alcoólica	874/47	287/15,3	708/38	1869/100
Bebe regularmente	301/16,1	775/41,5	793/42,4	1869/100

**Tabela 29** – Distribuição de indivíduos quanto a frequência com a qual consomem bebidas alcoólicas, residentes do Município de Pratânia – UNESP, 2008.

Frequência de consumo de bebida alcoólica	Numero de Indivíduos	Porcentagem
1 X/semana	240	12.8
2 a 3 X/semana	74	3.9
Todos os dias	39	2.1
Não informado	1516	81.1
Total	1869	100

O hábito de ingerir bebida alcoólica não apresentou associação com a idade (Figura 15).



**Figura 15** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes a idade segundo hábito de ingerir bebida alcoólica, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008

A maioria das mulheres referia não ter o hábito de ingerir bebida alcoólica, em contraposição aos homens nos quais o hábito era estatisticamente maior (61,1%) (Tabela 30).

**Tabela 30** – Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Hábito de ingerir bebida alcoólica	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Não	573(72,7%) bB	215(27,3%) aA	788
Sim	118(38,9%) aA	185(61,0%) bB	303

P<0,001

Considerando-se o hábito de ingerir bebida alcoólica, em relação ao grau de instrução, não houve diferença estatística entre universitários, 1º e 2º grau, sendo estes mais propensos ao etilismo que os analfabetos (Tabela 31).

**Tabela 31** – Distribuição do hábito de ingerir bebida alcoólica segundo o grau de instrução em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Grau de instrução	Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica		Total
	Não	Sim	
Analfabetos	91(85,0%)bB	16(14,9%)aA	107
1º grau	486(71,7%)aB	192(28,3%)bA	678
2º grau	179(70,7%)aB	74(29,2%)bA	253
Universitários	25(56,8%)aA	19(43,2%)bA	44

P<0,01

Com relação ao hábito de ingerir bebida alcoólica e estado civil, o hábito foi mais freqüente entre os solteiros (Tabela 32).

**Tabela 32** – Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica segundo estado civil em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Estado civil	Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica		Total
	Não	Sim	
Solteiros	127(58,8%) <sup>aB</sup>	89(41,2%) <sup>bA</sup>	216
Casados	459(76,2%) <sup>bB</sup>	143(23,7%) <sup>aA</sup>	602
Divorciados	34(75,5%) <sup>bB</sup>	11(24,4%) <sup>aA</sup>	45
Viúvos	59(78,7%) <sup>bB</sup>	16(21,3%) <sup>aA</sup>	75
Outros	112(70,9%) <sup>bB</sup>	46(29,1%) <sup>aA</sup>	158

P<0,001

A avaliação da possibilidade de desenvolver o hábito de ingerir bebida alcoólica em relação a atividade profissional, observou-se que os desempregados bebiam menos do que os que estavam empregados (Tabela 33).

**Tabela 33** – Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica, segundo atividade profissional em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Trabalho	Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica		Total
	Não	Sim	
Não	356(82,6%) <sup>bB</sup>	75(17,4%) <sup>aA</sup>	431
Sim	401(64,5%) <sup>aB</sup>	221(35,5%) <sup>bA</sup>	622

P<0,001

Com relação à renda individual, o hábito de beber esteve mais presente entre os indivíduos que percebiam salários maiores (Tabela 34).

**Tabela 34** – Distribuição de indivíduos que têm o hábito de ingerir bebida alcoólica, segundo renda individual em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Renda individual	Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica		Total
	Não	Sim	
Até 1 SM	181(78,0%) <sup>cB</sup>	51(22,0%) <sup>aA</sup>	232
1 a 2 SM	300(67,4%) <sup>bB</sup>	145(32,6%) <sup>bA</sup>	445
3 a4 SM	71(53,8%) <sup>aA</sup>	61(46,2%) <sup>cA</sup>	132

P<0,001

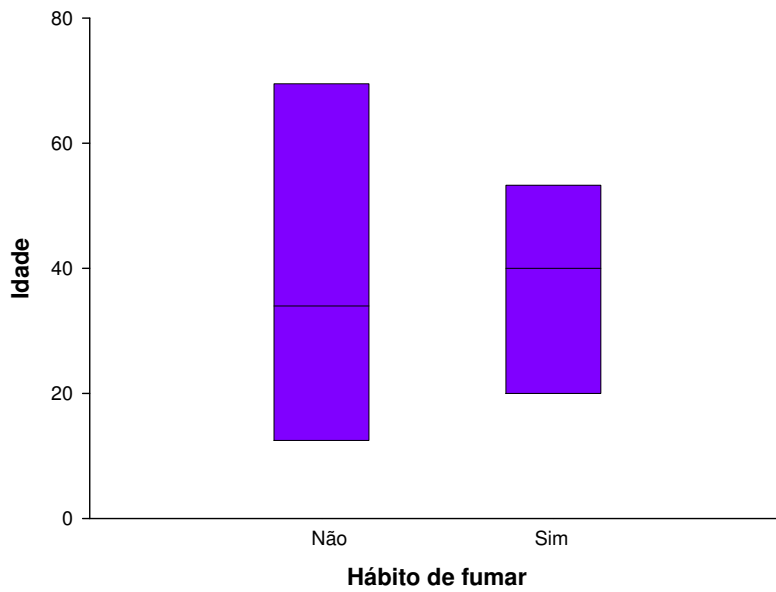
SM = salário mínimo

Quanto ao hábito de fumar, do total de indivíduos entrevistados 28,5% referiram já ter fumado mais de 100 cigarros ao longo da vida (Tabela 35).

**Tabela 35**– Distribuição de indivíduos que já fumaram mais de 100 cigarros ao longo da vida, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Fumante (mais de 100 cigarros)	Número de Indivíduos	Porcentagem
Não	558	29.8
Sim	532	28.5
não informado	779	41.7
Total	1869	100

A avaliação das medidas descritivas em relação ao hábito de fumar mostrou que indivíduos mais idosos possuem maior tendência a apresentar o hábito (Figura 16).



**Figura 16** – Representação da Mediana, primeiro e terceiro quartis, referentes a idade segundo hábito de fumar, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Analisando homens e mulheres, em relação ao hábito de fumar, a maioria das mulheres referia não fumar (71,3%) enquanto que a maioria dos homens referia ser fumante (44,4%) (Tabela 36).

**Tabela 36** – Distribuição do hábito de fumar segundo sexo em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Hábito de Fumar	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Não	410(71,3%) bB	165(28,7%) aA	575
Sim	300(55,5%) aB	240(44,4%) bA	540

P<0,001

A maioria das pessoas, tanto homens quanto mulheres, quando fumantes, consumiam de seis a 20 cigarros por dia (Tabela 37).

**Tabela 37** - Distribuição da quantidade de cigarros consumida por dia segundo sexo, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Sexo	Quantidade de Cigarros/dia			Total
	Até 5 cigarros	6-20 cigarros	>20 cigarros	
Mulheres	97(33,3%) bB	159(54,6%) aC	35(12,0%)aA	291
Homens	36(15,7%) aA	151(65,9%) bB	42(18,3%)aA	229

O número de cigarros consumidos por dia, não apresentou associação com o grau de instrução. A maioria das pessoas, quando fumante, fumava até 20 cigarros por dia (Tabela 38).

**Tabela 38** - Distribuição de quantidade de cigarros consumidos por dia segundo grau de instrução, em residentes no Município de Pratânia participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Grau de instrução	Quantidade de Cigarros/dia			Total
	Até 5 cigarros	Até 20 cigarros	> 20 cigarros	
Analfabetos	21(35,0%)aAB	33(55,0%)aB	6(10,0%)aA	60
1º grau	85(23,8%)aA	217(60,8%)aB	55(15,4%)aA	357
2º grau	21(23,6%)aA	54(60,7%)aB	14(15,7%)aA	89
Universitários	5(41,7%)aA	5(41,7%)aA	2(16,7%)aA	12

A quantidade de cigarros consumidos por dia, não apresentou associação com a renda (Tabela 39).

**Tabela 39** - Distribuição da quantidade de cigarros consumida por dia segundo renda individual, em residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Renda individual	Quantidade de Cigarros/dia			Total
	Até 5 cigarros	Até 20 cigarros	>20 cigarros	
Até 1 SM	40(31,0%) <sup>aA</sup>	72(55,8%) <sup>aB</sup>	17(13,2%) <sup>aA</sup>	129
1-2 SM	48(21,0%) <sup>aA</sup>	150(65,5%) <sup>aB</sup>	31(13,5%) <sup>aA</sup>	229
3-4 SM	9(15,8%) <sup>aA</sup>	35(61,4%) <sup>aB</sup>	13(22,8%) <sup>aA</sup>	57

SM = salário mínimo

O hábito de fumar diminui de acordo com o aumento do grau de instrução (Tabela 40).

**Tabela 40** - Distribuição de indivíduos que têm o hábito de fumar, segundo grau de instrução, residentes no Município de Pratânia e participantes da pesquisa - UNESP, 2008.

Grau de instrução	Hábito de Fumar		Total
	Não	Sim	
Analfabetos	43(40,2%) <sup>aA</sup>	64(59,8%) <sup>bB</sup>	107
1º grau	317(45,4%) <sup>aA</sup>	381(54,6%) <sup>bB</sup>	698
2º grau	177(68,3%) <sup>bB</sup>	81(31,7%) <sup>aA</sup>	259
Universitários	33(73,3%) <sup>bB</sup>	12(26,7%) <sup>aA</sup>	45

P<0,001

A renda individual não influenciou no estabelecimento do hábito de fumar, ou seja, indivíduos que recebiam até 1 salário mínimo ou mais do que 4 salários, apresentaram a mesma chance de se envolver com tabaco (Tabela 41).

**Tabela 41**– Distribuição de indivíduos que têm o hábito de fumar, segundo renda individual, residentes do Município de Pratânia e participantes da pesquisa – UNESP, 2008.

Renda individual	Hábito de Fumar		Total
	Não	Sim	
Até 1 SM	108(45,6%) <sup>aA</sup>	129(54,4%) <sup>aA</sup>	237
1-2 SM	221(48,9%) <sup>aA</sup>	231(51,1%) <sup>aA</sup>	452
3-4 SM	75(55,1%) <sup>aA</sup>	61(44,8%) <sup>aA</sup>	136

SM – Salário mínimo

# DISCUSSÃO

---

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 Quanto a metodologia do estudo

Estudos populacionais são pouco realizados em nosso país, conforme se constata pelas referências citadas no capítulo introdutório. As causas apontadas para sustentar esta afirmação poderiam estar baseadas no custo dos estudos, já que há necessidade de se ter equipes grandes e que atuem efetivamente na comunidade para que se tenha sucesso na abordagem da população de forma universal.

Tendo em vista que estas dificuldades existem, estudar populações pequenas poderia dar um painel do que se tem na população geral e este foi um dos motivos que nos levou até Pratânia.

Além disso, os dados sobre desenvolvimento humano da população deste pequeno e jovem Município mostram que uma pesquisa como a que estamos realizando trará benefícios diretos para os habitantes, pois estamos fornecendo os meios necessários para se ter o diagnóstico de doenças potencialmente lesivas para os indivíduos, com possibilidade de atuar preventivamente em situações adversas.

É muito importante o relacionamento da equipe executora com o pessoal que trabalha com a Saúde do Município. Há necessidade de se ter a adesão da equipe local, uma vez que será ela que, no futuro, arcará com o ônus de seguir os indivíduos detectados e este pacto foi feito com a Secretaria de Saúde do Município.

Mesmo com o esclarecimento da comunidade, por meio de mídia falada e escrita, convite por carta enviada para as residências, auto-falante, agentes comunitários a adesão ao estudo foi insuficiente. Além disso, era possível ao participante da pesquisa a escolha do dia da consulta, com oportunidades inclusive nos finais de semana, para que se pudesse avaliar os indivíduos que estivessem no trabalho.

Mesmo sem nenhum ônus e com possibilidade de ganho para o participante do estudo, a adesão foi muito baixa. Até o momento de finalização da pesquisa que agora apresentamos, havíamos coberto menos da metade da população pretendida, com apenas 43,5% de aderência. Como esta porcentagem representa um número considerável de indivíduos, optou-se pela apresentação dos mesmos, uma vez que os nossos dados se assemelham muito aos dados obtidos na literatura, o que nos leva a acreditar que o número de entrevistados foi o suficiente para que fosse possível traçar o perfil desta população. Entretanto, para a continuidade de nossos estudos, estamos realizando um mapeamento da comunidade, com entrevista domiciliar sobre alguns aspectos da população, tentando identificar as causas para a não adesão.

O estudo foi feito baseando-se na aplicação de questionários, aplicados pela própria autora. Os dados constantes do questionário estiveram baseados em outros estudos populacionais, realizados nos Estados Unidos da América, na Austrália e na Nova Zelândia (Klein & Klein, 2005; CERA, 2004). Todos estes estudos visaram a avaliação da condição ocular dos participantes. Houve necessidade, além da tradução para a língua portuguesa, de adequação do conteúdo para a realidade brasileira.

Algumas das respostas dos questionários podem ter ficado comprometidas, uma vez que os mesmos foram aplicados em salas abertas, havendo possibilidade de que os próprios entrevistados estivessem no mesmo ambiente e ouvindo as respostas dos demais.

As avaliações foram marcadas seqüencialmente, em geral avaliando-se cerca de 100 indivíduos por visita da equipe ao Município.

Entretanto, apesar de não se ter as condições ideais para a realização da pesquisa, o relacionamento da equipe com os participantes sempre foi muito cordial, sendo possível desenvolver todo o exame do

indivíduo, até mesmo o exame oftalmológico completo e o exame clínico, com apenas uma consulta.

Este tipo de atividade está se multiplicando, havendo várias equipes que atuam utilizando Unidades Móveis, havendo até um projeto do Ministério da Saúde que possibilita a montagem das mesmas (Ministério da Saúde, 2009).

## **5.2 Avaliando o perfil demográfico e sócio-econômico dos participantes do estudo**

Os dados sócio-econômicos e os antecedentes relativos a doenças que foram aqui relatados espelham o perfil dos entrevistados que participaram do estudo, traçando um perfil demográfico, sócio-econômico e epidemiológico da amostra populacional da cidade de Pratânia.

O predomínio significativo de mulheres em todas as faixas etárias pode ser explicado por se ter tido maior adesão das pessoas do sexo feminino por se ter mais homens em atividades laborativas fora do domicílio. Também é notória a presença de mulheres em levantamentos que envolvem atendimento a saúde, provavelmente por serem elas mais preocupadas com a própria saúde. Também fatores biológicos, ligados ao sexo e sócio-culturais, relacionados ao gênero podem ter feito esta diferença (Barreto *et al.*, 2004).

A faixa etária se encontrou bastante variável, mas com uma média de 31 anos e com Mediana próxima a isso. Este fato aconteceu tanto para a população feminina, quanto para a masculina, denotando que a população do Município em questão é jovem.

A maioria dos participantes do estudo possuía cor da pele branca. O Brasil é um país bastante miscigenado, tendo-se na nossa região uma mistura importante de indivíduos de pele clara, descendentes de europeus, principalmente italianos e portugueses, com negros do

período da escravatura e que vieram trabalhar na lavoura cafeeira e indígenas que estavam presentes nesta área antes da colonização. Apesar de nesta região que estamos estudando predominar a população de pele branca, segundo levantamentos realizados recentemente, o maior percentual de indivíduos brasileiros é miscigenado e os mulatos estão aumentando. Segundo IBGE, em 2007, a população residente do País estava composta por 49,4% brancos, 7,4% pretos, 42,35 pardos e 0,8% outras. Na comparação com 2006, verificou-se um aumento de 0,5 ponto percentual dentre aqueles declarados negros, e redução de 0,3 ponto percentual de brancos. O aumento da participação dos negros foi verificado em todas as regiões, exceto na Região Norte, onde houve queda de 0,7 ponto percentual da população negra.

Observando o nível de instrução dos participantes do estudo, a maioria apresentava pelo menos o 1º grau completo e apenas 2,8%, grau universitário, ainda com muitos analfabetos. Este fato mostra que, apesar dos esforços do Governo brasileiro, a educação não avançou como se esperaria. A falta de informação pode ser a grande responsável pela falta de oportunidades a que está sujeita a população deste pequeno Município.

A maioria dos indivíduos era solteira, seguidos pelos casados. Este fato pode estar aliado a baixa idade da população participante do estudo, na sua grande maioria, jovens.

Aliado a este fator, surge o seguinte, quando foi observado que cerca de 53,8% dos participantes não exercia atividade profissional. Entretanto, neste grupo estavam também incluídos indivíduos estudantes e aposentados, ou seja, apenas alguns deles poderiam ser economicamente suficientes.

A população também se caracterizou por apresentar cerca de dois ou três filhos, na sua maioria. E a maioria das pessoas vive em casas com cerca de três a cinco pessoas por moradia.

Segundo dados do IBGE, o tamanho médio das famílias diminuiu, em parte pelo reflexo da maior presença das mulheres no mercado de trabalho e da conseqüente redução da fecundidade. Entre 1995 e 2005, o número de componentes das famílias passou de 3,9 para 3,4 no Nordeste e de 3,4 para 3,1 no Sudeste. Ainda a proporção, entre os arranjos familiares, dos casais com filhos e parentes caiu, no Nordeste, de 6,8% para 5,0%. No Sudeste, esse percentual passou de 4,8% para 3,7%. Reduziu-se também o percentual de casal com filhos, de 57,6% para 49,8% no país; de 57,7% para 51,3% no Nordeste e de 56,6% para 48,5% no Sudeste. Portanto Pratânia encontra-se nas mesmas condições que o observado em outras regiões brasileiras.

Quando questionados quanto a renda pessoal, 42% dos entrevistados não quiseram revelar quanto ganham. Dos que forneceram a informação, a maioria ganhava até dois salários mínimos. A avaliação da renda familiar mostrou que a maioria possui renda familiar de um a quatro salários mínimos. A renda *per capita* da maioria estava abaixo de um salário mínimo, mostrando a situação de pobreza dos entrevistados.

Observou-se em levantamento feito pelo IBGE, em todas as regiões metropolitanas, que as famílias maiores tinham menor rendimento *per capita*, enquanto os maiores rendimentos eram característicos das famílias menores.

Estudando-se o número de pessoas morando na mesma casa com a renda familiar, notou-se que a constituição familiar não esteve ligada com os percentuais que se percebe no domicílio.

### **5.3 Avaliando a condição de saúde referida nos familiares e nos participantes do estudo**

Com relação aos antecedentes familiares (AF) o que chamou mais a atenção foi a alta porcentagem de AF de hipertensão arterial

sistêmica – HAS. Sabidamente a hipertensão arterial é importante de morbidade em nosso meio.

Apesar de não se ter levantado causas de óbito na cidade de Pratânia, as doenças cardiovasculares podem ser causa importante de morbidade e mortalidade na população. A exemplo disso, Ruiz *et al.* (2001) constataram que, no Município de Botucatu, vizinho ao de Pratânia, quase 60% da população tem como causa de óbito as doenças cardiovasculares.

Com antecedente pessoal (AP) de HAS, estavam 17,2%, percentual inferior ao encontrado por Hartmann *et al.* (2007), no Sul do Brasil, que foi de 26,2% mulheres hipertensas e muito próximo do que relata Sousa (2000) num estudo feito em São Paulo, onde a hipertensão arterial referida na população foi de 18%, apresentando as mulheres uma taxa bem mais elevada de hipertensão, o que nos leva a acreditar que talvez o encontrado por Hartmann *et al.*(2007) no Sul, tenha sido maior por ter estudado apenas mulheres.

Outro fator que poderia influenciar nos índices observados seria a idade que foi considerada para os participantes do estudo. No presente trabalho, todas as faixas etárias foram incluídas, possibilitando que crianças influenciem os índices com aumento de normalidade.

Hipertensão arterial foi constatada em 17,2% dos participantes do estudo, sendo que quase a totalidade dos hipertensos, realizava tratamento para a doença, representando 97,8% dos que referiam hipertensão, e a maioria, quando tinha antecedente familiar, este estava presente na mãe.

Ainda fica notório que esta afecção é herdada, quando quase a metade dos portadores possuía história familiar do problema. A chance de se ter a mãe e o pai hipertensos possibilita mais fortemente o problema nas gerações futuras, conforme foi aqui observado.

Muitas vezes, o tratamento da hipertensão arterial é fornecido pelo próprio sistema de saúde local, denotando que o sistema de saúde daquele Município se empenha em fornecer os meios de tratamento necessários para prevenir morbidades.

Mesmo assim, 20,2% dos indivíduos já apresentavam alguma afecção cardiovascular, sem grandes repercussões ainda provavelmente devido ao perfil jovem da população.

Assim, angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização miocárdica e acidente vascular cerebral, morbidades muitas vezes associadas a hipertensão arterial e ao diabetes, foram observadas em baixos percentuais.

O baixo índice de infarto agudo do miocárdio, talvez esteja ligado com o fato de que a média de idade dos entrevistados era de apenas 31 anos, idade em que as chances de se apresentar infarto agudo do miocárdio são bem menores. Silva *et al.* (1998), em um estudo multicêntrico sobre os Fatores de Risco para a Insuficiência Coronariana na América do Sul (FRICAS), realizado em 20 centros médicos no Brasil, revelou que a idade média dos infartados foi de 58 anos, com predominância no sexo masculino. Os resultados da Argentina neste mesmo estudo, também apontaram faixa etária mais alta, de 57 anos para os homens e 67 anos, para as mulheres.

Da mesma maneira, o baixo índice de acidente vascular cerebral, pode estar relacionado com a idade dos entrevistados. Cardoso *et al.* (2003), em um estudo retrospectivo feito em todos os pacientes admitidos no Hospital Pedro Hispano, revelaram que apenas 6% dos acometidos pelo acidente vascular cerebral tinham idade entre 18 e 45 anos, reforçando que o acidente vascular cerebral é uma patologia rara em jovens.

Com colesterol referido como aumentado encontravam-se 10,7% dos entrevistados, resultado semelhante ao encontrado num

estudo feito com 81.262 brasileiros, quando levando-se em consideração colesterol > 240mg/dL, que foi de 13% (Martinez *et al.*, 2003).

Com relação ao Diabetes *mellitus*, muitas vezes a doença não é do conhecimento da própria pessoa. Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 8% na população brasileira, de 30 a 69 anos, sendo que metade dos pacientes acometidos pela doença desconhece a condição, o que piora o prognóstico (Mokdad *et al.*, 2001). Neste sentido, é muito importante que se avalie a população não só pela anamnese e pelo exame clínico, mas também realizando exame de glicemia, o que foi feito nesta comunidade de Pratânia, embora não seja objeto do presente estudo.

Antecedente pessoal de diabetes foi referido por 4,38% dos entrevistados, também valor encontrado próximo ao de um estudo realizado no Sul, por Costa *et al.* (2006), onde foi referido que o diabetes estava presente em 5,6% da população de Pelotas, RS, e em outras investigações feitas por Goldenberg *et al.* (1996), em São Paulo e Mokdad *et al.* (2001), nos Estados Unidos. Em nosso estudo, a maioria dos diabéticos apresentava também hipertensão arterial, o que é fácil compreender quando se estuda a fisiopatogenia da doença diabética e suas repercussões sistêmicas.

Interessante notar que a maioria das vezes era a mãe a apresentar diabetes. Este fato pode estar relacionado a outro fator aqui não reportado, a obesidade, mais freqüente em mulheres. E também que, quando o pai e a mãe eram diabéticos, a chance do (a) filho (a) ter diabetes era maior.

As doenças infecciosas acometeram mais os idosos que habitam em Pratânia, o que também acontece em outras localidades. Em Uberaba, Minas Gerais, por exemplo, a causa de morte mais freqüente

em idosos, depois das doenças cardiovasculares (43,7%), foram as doenças infecciosas (31,0%) (Oliveira *et al.*, 2004).

Em Pratânia, as doenças infecciosas também tiveram um percentual menor de ocorrência que as cardiovasculares. Observou-se que a Tuberculose esteve presente em apenas 0,4% dos participantes, próximo ao que se encontrou de hanseníase e toxoplasmose. A AIDS se apresentava ainda em menores proporções, em apenas 0,05% dos participantes.

No ano de 2000, foi observada para o Brasil uma incidência média de Tuberculose de cerca de 50 casos por 100 mil habitantes (Souza *et al.*, 2005). Já no ano de 2001 foram notificados 81.432 casos novos, correspondendo ao coeficiente de incidência de 47,2/100 mil habitantes. Como a tuberculose é uma doença com profundas raízes sociais, relacionadas a má distribuição de renda e à pobreza, estas taxas variam de acordo com as regiões e, inclusive dentro das mesmas regiões (Brasil, 2005)

No Brasil, apesar da redução na taxa de prevalência observada, de 19 para 4,52 doentes em cada 10 mil habitantes, no período de 1985 a 2003, a hanseníase ainda constitui problema de saúde pública que exige uma vigilância resolutiva (Brasil, 2005).

Desde 1985, o país vem reestruturando suas ações voltadas para este problema. Em 1999, ratificou o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, com o objetivo de alcançar o nível nacional de menos de um doente em cada 10 mil habitantes e, até 2010, sustentar os níveis de eliminação nos estados e conquistá-los em cada município. Em Pratânia, oito pessoas referiram ser portadoras de hanseníase, o que sugere que seja este um dado que mereça atenção. Uma busca ativa da doença na população, e educação da comunidade e preparo de profissionais, seria muito importante para detecção precoce, tratamento, evitar seqüelas e impedir a transmissão (Brasil, 2005).

Para toxoplasmose, no Mato Grosso do Sul, um estudo revelou uma taxa de 0,42% de gestantes com infecção aguda pelo *T. gondii* (42 casos em 10.000 pacientes) (Figueiró-Filho *et al.*,2005). Em Pratânia encontramos um valor um pouco acima, 0,69%, incluindo também os homens.

Já para o HIV, de acordo com a Secretaria de Vigilância da Saúde, as taxas de incidência do Brasil e nas regiões têm sido crescentes desde 1990, alcançando em 2003, 21,3 casos por 100 mil habitantes, 30,9 na região Sul e 27,5 na região Sudeste (Brasil, 2005). Em Pratânia esta doença não foi significativa, apesar de que portadores muitas vezes não referem a doença pelo estigma ainda existente.

Vale ressaltar aqui que as morbidades foram avaliadas pelo que informavam os participantes do estudo, pessoas simples, sem instrução e que poderiam, em várias situações, confundirem as informações prestadas, principalmente quando referentes a situações presentes em antecedentes familiares, pessoas já falecidas, etc.

Da população feminina a maioria referiu duas a três gestações e dois a três filhos, indicando que as entrevistadas apresentaram baixo índice de abortos, e este quando referido, na maioria havia ocorrido apenas em um episódio. Ainda menstruavam 65% das mulheres, mostrando um alto percentual delas em idade fértil.

A taxa de fecundidade das brasileiras passou de 6,28 filhos por mulher em 1960, para 2,38, de acordo com pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) levantada no Censo 2000. Para os valores observados entre os participantes da pesquisa em Pratânia, estão entre o observado para a média nacional, tendo em vista que o Amapá foi considerado no ano 2000, o Estado brasileiro com a maior taxa de fecundidade, com 3,6 filhos por mulher. No outro extremo, o Distrito Federal, com 1,96 filhos por mulher, apresentava a menor taxa.

Pequena parcela das menopausadas fazia terapia de reposição hormonal (6,4%), o que pode ser explicado pelo custo relativamente alto desta terapia. Pinto Neto *et al.* (2002), revelara que o uso da TRH, foi maior nos estratos sociais mais elevados e as mulheres brancas foram maioria entre as usuárias e ex-usuárias da TRH. Além da associação com a situação sócio-econômica, talvez essa observação possa ser explicada parcialmente pela prescrição seletiva do uso da TRH com a finalidade de prevenir a osteoporose, que apresenta maior incidência entre as mulheres brancas. De acordo com Gali (2001), ser de cor de pele branca é um dos fatores de risco para osteoporose. Outro ponto a ser levantado seria a impossibilidade de uso pelas mulheres predispostas ao câncer de mama.

#### **5.4 Hábitos e costumes referidos pelos participantes do estudo**

Quanto aos hábitos, o uso de drogas esteve presente em 1,6% dos participantes da pesquisa.

O hábito de beber estava presente em 47% dos entrevistados e não apresentou associação com a idade, mas entre os sexos a diferença foi significativamente maior nos homens e nos que recebiam maiores salários.

Os analfabetos e os que não exerciam atividade profissional apresentaram-se menos propensos ao hábito de beber, e quanto ao estado civil, o hábito se apresentou maior entre os solteiros. Bebiam regularmente 16,1% e destes, a maior parte bebia com frequência de uma vez por semana. Provavelmente os solteiros possuem menor responsabilidade com os familiares, o que os leva a assumir comportamentos mais lascivos.

Os analfabetos, assim como os desempregados, possuem menor renda, o que os leva a ter limitações para gastos com vícios.

As pessoas que se encontram empregadas, possuem mais condições e também foram as que relataram ingerir mais bebidas alcoólicas.

Referia fumar ou já ter fumado, 28% da população, sendo que a maioria dos homens entrevistados fazia uso do cigarro, ao contrário do observado nas mulheres, não havendo diferença entre os sexos em relação à quantidade de cigarros consumidos por dia (a maioria fumava até 20 cigarros por dia). Valor inferior ao encontrado por Moreira *et al.*, na região Sul do Brasil, em 1995, que foi de 34,9 % e acima da descrita nos Estados Unidos 25,7%, em 1991 (*Centers for Disease Control*, 1993). Pesquisas mais recentes naqueles locais poderiam mostrar que houve diminuição do hábito de fumar, uma vez que fortemente a mídia revela os males que o fumante pode desenvolver.

Os indivíduos mais idosos apresentaram maior tendência ao hábito, o que também foi observado por Moreira *et al.* (1995), na Região Sul do Brasil, e este diminuiu de acordo com o aumento do grau de instrução, o que denota que as campanhas podem estar surtindo efeito.

Apesar dos jovens fumarem menos que os idosos, nossa pesquisa revela que eles usam mais drogas ilícitas que os idosos. Uma realidade que é presente em qualquer local que se façam levantamentos sobre o assunto.

O grau de instrução mais elevado faz com que a população tenha menos filhos, receba melhores salários, embora o tabaco continue de forma semelhante e não influenciado pelo grau de instrução.

# CONCLUSÃO

---

## 6. CONCLUSÃO

Os dados estudados permitem concluir:

### 6.1 Quanto ao perfil demográfico e sócio-econômico da população estudada:

- os participantes do estudo são jovens, a maioria brancos e com grau de instrução muito baixo, assim como com a renda *per capita* menor que 1 salário mínimo.

### 6.2 Quanto as morbidades referidas:

- a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma afecção sistêmica importante na população estudada.
- o Diabetes *mellitus* foi referido por uma pequena parcela, que também possuía a doença em familiares.
- Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e doenças infecciosas foram encontrados em baixas proporções, tendo estas últimas acometido indivíduos mais idosos.
- grande parte das mulheres encontrava-se em idade fértil, com dois a três filhos, e com baixo índice de abortos.
- poucas mulheres menopausadas são usuárias de terapia de reposição hormonal.

### 6.3 Quanto aos hábitos e costumes:

- encontrou-se como usuários de drogas 1,6% da população estudada.
- homens que percebiam maiores salários foram os que mais freqüentemente apresentavam o hábito de ingerir bebida alcoólica, assim como solteiros e de grau de instrução mais elevado.
- os homens, mais idosos e com menor grau de instrução, estavam entre a maioria dos fumantes.

De modo geral, indivíduos com grau de instrução mais elevado possuem número menor de filhos, recebem melhores salários, consomem maior quantidade de bebida alcoólica e apresentam menor tendência ao hábito de fumar.

## REFERÊNCIAS

---

## 7. REFERÊNCIAS

Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. 1992; 1:5-16.

Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77: 576-81.

Barreto SM, Giatti I, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16:110-7.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3:21-33.

Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, de Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41:502-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. *Doenças cardiovasculares no Brasil – SUS*. Brasília; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Normas técnicas para o Programa Nacional da Hipertensão Arterial (pnecha). Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6a.ed. Brasília; 2005. (Série A, normas e manuais técnicos).

Cardoso T, Fonseca T, Costa M. Acidente Vascular Cerebral no adulto jovem. *Acta Méd Port.* 2003; 16:239-44.

Centers for Disease Control and Prevention. State-specific trends in self-reported blood pressure screening and high blood pressure - United States, 1991-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2002; 51:456-60.

CERA. Clear Insight: the economic impact and cost of vision loss in Australia. A report prepared by Access Economics Pty Ltd. Melbourne: The Centre for Eye Research Australia; 2004.

Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults - United States, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1993; 42:230-3.

César JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegielka R, Machado, J, Gonçalves, TS, et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24:1835-45.

Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Brasília: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, MS/ INAN;1991.

Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série A. Normas Técnicas e Manuais.

Costa JSC, Ointon MTA, Assunção MCF, Gigante DP, Macedo S, Menezes AMB. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:542-5.

Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz LKT, Castanheira M, Olinto MTA, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88:59-65.

Cruz IBMC, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Méd Brás*. 2004; 50: 172-7.

Duncan BB. As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não transmissíveis [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1991.

Figueiró- Filho EA, Lopes AHA, Senefonte FRA, Souza Junior VG, Botelho CA, Figueiredo MS, et al. Toxoplasmose aguda: estudo da frequência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27:442-9.

Freitas OC, Carvalho FR, Neves MJ, Veludo PK, Parreira SR, Gonçalves R, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77:9-21.

Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. *Arq Brás Cardiol*. 1995; 63: 473-9.

Gali JC. Osteoporose. *Acta Ortop Bras*. 2001; 9:53-62.

Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto M TA, Menezes AMB, Macedo S. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande de Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 1873-9.

Goldenberg P, Franco LJ, Pagliaro H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12:37-45.

Gomes KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:75-82.

Goodman LA. On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. *Technometrics*. 1965; 7: 247-54.

Goodman LA. Simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial populations. *Ann Math Stat*. 1964; 35:716-25.

Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tramontini A. Prevalência de Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:1857-66.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage da Internet]. Cidades. Brasília, 2008 [Acesso 9 jul 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage da Internet]. Censo 2000. Brasília: IBGE; 2000 [acesso 7 jan 2009]. Disponível <http://www.ibge.gov.br/>

IBGE. Censo demográfico. Índice paulista de vulnerabilidade social: espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo- Metodologia. São Paulo: Fundação SEADE; 2004.

IBGE. Pesquisa Nacional sobre Amostras a Domicílio (PNAD) [ homepage da Internet]. Brasília: IBGE; 2007 [acesso 14 nov 2008]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/populacao/populacao\\_no\\_brasil.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/populacao/populacao_no_brasil.html).

Kannel WB, Wilson PW. Comparison of risk profiles for cardiovascular events: implications for prevention. *Arch Intern Med.* 1997; 42:39-66.

Klein BEK, Klein R. Intraocular pressure and systemic blood pressure: longitudinal perspective: the Beaver Dam Eye Study. *Br J Ophthalmol.* 2005; 89:284-7.

Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR, et al. Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 6:131-7.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:735-43.

Lolio CA, Souza JMP, Santo AH, Buchalla CM. Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1993; 27:262-5.

Lumme P, Laatikainen L. Sociodemographic aspects and systemic diseases of cataract patients. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 1994; 72:79-85.

Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:738-45.

Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, Torres KP, Loures-Vale A, Magalhães ME, et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado. Determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 80:631-4.

Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Diferenças na morbidade referida entre os sexos: evidências de um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:341-6.

Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Portal da Saúde. Brasília: MS; 2009 [ acesso 20 jan 2009]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde [homepage da Internet]. Resposta <sup>+</sup>: experiências do programa brasileira de aids. Programa Nacional de DST e aids. Brasília: MS; 2005 [Acesso 3 dez 2008]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta\\_2005.pdf](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/resposta/resposta_2005.pdf)

Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA*. 2001; 286:1195-200.

Monteiro CA, Conde WL, Popking BM. Is obesity replacing or adding to under- nutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr*. 2002; 5:251-8.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalence of smoking and associated factors in a metropolitan area of southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29:46-51.

Morimoto JM, Latorre MRDO, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, et al. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:169-78.

Norman GR, Streiner DL. *Biostatistics – The base essential*. St. Louis: Mosby-YearBook; 1994.

Oliveira FA, Reis MA, Castro ECC, Cunha SFC, Teixeira VPA. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004; 37:33-36.

Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro:Abrasco; 1997. p. 7-30.

Peixoto MRG, Benício MHD, Jardim PCBV. The relationship between body mass index and lifestyle in a Brazilian adult population: a cross-sectional survey. *Cad Saúde Pública*. 2007; 28:11.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde Cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: Estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91:1-10.

Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28:261-7.

Pinto Neto AMP, Pedro AO, Hardy E, Osis MJD, Costa-Paiva LHS, Martinez EZ. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18:121-7.

Ruiz T, Sanches MD, Fioravante AM, Pique XC. Alguns preditores de mortalidade Cardiovascular na população idosa da cidade de Botucatu, São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77:342-8.

Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil- Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol*. 1998; 71:667-75.

Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé Silvaira DS, Hallal PC. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:39-54.

Sousa ALL. Hipertensão Arterial: perfil da morbidade referida na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989 - 1990. *Rev Eletrôn Enferm* [periódico da Internet]. 2000 out-dez [14 dez 2008]2(1): Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>

Souza WV, Albuquerque MFM, Barcellos CC, Ximenes RAA, Carvalho MS. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:82-9.

Testa M. Diagnóstico de saúde. In: Rivera FJ, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 59-76.

World Health Organization. *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organization; 2002.

World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.

World Health Organization. The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2003.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22:285-94.

Zar JH. Bioestatistical analysis. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1999.

# ABSTRACT

---

**ABSTRACT**

Souza, LC. Demographic and socioeconomic profiles and morbidity among the inhabitants of Pratânia Municipality, São Paulo State, Brazil.

[Master's Thesis in General Bases of Surgery] Botucatu: Botucatu Medical School – São Paulo State University; 2009.

**Introduction:** A population study was carried out in the municipality of Pratânia, located in the central-western region of São Paulo State, Brazil. The total population of Pratânia is 4,309 inhabitants and the people have health system directed only for primary and secondary care.

**Aims:** this study aimed to evaluate the demographic and socioeconomic profiles, besides the morbidity and habits of Pratânia inhabitants.

**Material and Methods:** This is a cross-sectional population study of intentional sampling, which was carried out from February 2007 to August 2008 by a staff of the Botucatu Medical School, São Paulo State University-UNESP, Botucatu, São Paulo State, Brazil. The study was evaluated and approved by a local Research Ethics Committee of such Institution. A questionnaire was used to evaluate the demographic and socioeconomic profiles, besides the morbidities of the research subject or their relatives and the habits of Pratânia inhabitants. The collected data were submitted to statistical analysis.

**Results:** 43.5% inhabitants participated of the study of these 60% were women, mean age was 31 years, and most of them were single. The population is predominantly white (62.7%). Approximately 53.8% individuals did not have a job. Most of them had one or two children and lived together with other three or four people. Low-income individuals have a larger number of children and the per capita income was, in general, less than one minimum wage. Hypertension was present in the family history, and 17.2% participants stated to have such disease, of which 97.8% were following medical recommendations for the treatment. *Diabetes mellitus* was mentioned by 4.3%, and dyslipidemia by 10.7%. As regards infectious diseases, indices were very low (0.4% Tuberculosis, 0.05% HIV, 0.4% Leprosy, 0.6% Toxoplasmosis) mainly affecting older individuals.

1.6% interviewee stated to be drug users. 47% have already drunk alcoholic beverages, and 16.1% used to drink regularly; of these 12.8% drank once a week, 3.9% from two to three times a week, and 2% drank every day. The habit of ingesting alcoholic beverages was not associated with age.

As regards smoking, 28.5% stated to have already smoked more than 100 cigarettes over their life. The habit of smoking decreased with higher instruction level. Individual income did not influence the smoking habit. Women smoke less than men. In addition, older individuals are more prone to have such habit.

**Conclusion:** The studied population is very young; most of them are single and present very low per capita income. The most representative diseases were hypertension and diabetes. The habit of ingesting alcoholic beverages and smoking were more frequent among men. Individuals presenting higher wages ingest more alcoholic beverages, and in general smokers present lower instruction level.

**Keywords:** population study, demographic profile, socioeconomic profile, systemic diseases among the population, habits.

ANEXOS

---

---

ANEXO 1

CARTA DE ESCLARECIMENTO DA PESQUISA

A Faculdade de Medicina de Botucatu, juntamente com a Secretaria de Saúde de Pratânia, está realizando um estudo para saber como está a saúde dos moradores da cidade de Pratânia.

O estudo se chama **FATORES SISTÊMICOS E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE OCULAR – ESTUDO POPULACIONAL MULTIVARIADO.**

A equipe é coordenada pela Dra. Silvana Artioli Schellini. Pretende-se examinar todas as pessoas que moram nesta cidade, sem distinção de idade ou qualquer outro parâmetro.

**Deve ser respondido um questionário, do qual constam questões que serão feitas para conhecer um pouco sobre você e sua condição de trabalho e moradia.** Caso seja do seu interesse, poderemos examinar os seus olhos e também saber sobre a sua saúde do corpo. Para isso, haverá necessidade de comparecer par uma consulta agendada, quando haverá outro questionário a ser respondido, sobre dados da saúde do corpo, dos olhos e de problemas que possam ter afetado algum de seus familiares.

Em seguida será feito exame completo dos seus olhos e do seu corpo, mais especificamente verificando pressão arterial, batidas do coração e exame dos pulmões. Para as pessoas que necessitem, será colhido exame de sangue para que se possa saber mais sobre alguma doença que você possa apresentar. A quantidade de sangue a ser colhida será de 10 ml e isso não afeta a sua saúde. O material a ser usado na coleta será estéril e descartável.

O exame dos olhos constará de avaliação da necessidade de se usar óculos, exame da pressão dos olhos e exame do fundo do olho. Será necessário pingar um colírio dilatador da pupila para realizar este exame.

Todos os exames serão gratuitos. Caso seja diagnosticado algum problema, o tratamento também será feito gratuitamente. Quando terminarmos nossa pesquisa, nos comprometemos a informar os responsáveis por sua cidade dos problemas que forem detectados. Também nos comprometemos a manter o sigilo sobre as informações colhidas ou sobre as doenças que forem detectadas, mantendo o anonimato do portador.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por ter recebido as informações a respeito da pesquisa que está sendo realizada, denominada “**FATORES SISTÊMICOS E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE OCULAR - ESTUDO POPULACIONAL MULTIVARIADO**”, concordo em participar da avaliação que será feita na cidade de Pratânea e que as informações do questionário e dos exames que forem feitos sejam usadas para fins do estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

Endereço:

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome da Pesquisadora Responsável: Silvana Artioli Schellini

Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Fone (14) 3811-6256 ou e-mail: sartioli@fmb.unesp.br

ANEXO 3  
PROTOCOLO UNIDADE MOVEL  
Protocolo 1

**Registro estudo:**  
**Registro FMB:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: 0 Feminino 1 Masculino Raça: 0 B 1 N 2 P 3 Outros

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Grau de instrução: 0 analfabeto 1 Primeiro Grau 2 Segundo Grau 3 Universitário

Estado civil: 0 Solteiro 1 Casado 2 Divorciado 3 Viuvo 4 Outros

Profissão: \_\_\_\_\_ Se aposentado, qual profissão anterior: \_\_\_\_\_

Trabalha? 0 Não 1 Sim No de Filhos: \_\_\_\_\_

Numero de pessoas na casa: \_\_\_\_\_

Renda mensal individual:

0 Ate 1 salário mínimo 1 1-2 salários 2 3-4 salários

Renda mensal familiar:

0 Ate 1 salário mínimo 1 1-2 salários 2 3-4 salários 3 >4 salários6

**ANEXO 4**  
**Questionário Clínico**

**Hipertensão:**

**Antecedentes familiares:**

**Hipertensão Mãe:** 0 Não 1 Sim      **Hipertensão Pai:** 0 Não 1 Sim

**Você tem hipertensão?** 0 Não 1 Sim

**Faz tratamento?** 0 Não 1 Sim

**Há quanto tempo tem hipertensão?** \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos ou não sabe

**Doença cardiovascular:**

**Historia de angina?:** 0 Não 1 Sim

**Já teve infarto agudo do miocárdio?:** 0 Não 1 Sim

**113.Procedimento de revascularização miocárdica (stent, ponte safena, angioplastia)?**

0 Não 1 Sim

**Historia de AVC?** 0 Não 1 Sim

**Diabetes:** 0 Não 1 Sim

**Antecedentes familiares:**

**Mãe:** 0 Não 1 Sim      **Pai:** 0 Não 1 Sim

**Faz tratamento?** 0 Não 1 Sim

**Há quanto tempo tem diabetes?** \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ ou não sabe.

**Tem aumento de colesterol?** 0 Não 1 Sim

**Há quanto tempo?** \_\_\_\_meses \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ ou não sabe.

**Outras patologias**

**Tuberculose:** 0 Não 1 Sim      **HIV:** 0 Não 1 Sim

**Lepra:** 0 Não 1 Sim      **Toxoplasmose:** 0 Não 1 Sim

**Uso de drogas:** 0 Não 1 Sim Qual?\_\_\_\_\_

**Outras patologias:** 0 Não 1 Sim Qual?\_\_\_\_\_

**Pacientes do sexo feminino**

**Quantas gestações?** \_\_\_\_\_

**No de filhos** \_\_\_\_\_ **No de abortos** \_\_\_\_\_

**Vc ainda menstrua?** 0 Não 1 Sim

**Se SIM, usa algum método anticoncepcional?** 0 Não 1 Sim Qual:\_\_\_\_\_

**Se NÃO, com quantos anos parou de menstruar?** \_\_\_\_\_

**Qual a causa da menopausa?** 0 Natural 1 Histerectomia 3 Outros

**Faz reposição hormonal?** 0 Não 1 Sim Qual\_\_\_\_\_

**Uso de cigarro**

Você já fumou mais de 100 cigarros durante a sua vida toda? 0 Não 1 Sim

Se SIM:

Há quanto tempo parou? \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos

Quantos cigarros fumava por dia? \_\_\_\_\_

Tipo de cigarro que fumava? 1 Normal 2 Palha 3 Outro

**Ingestão de álcool**

Alguma vez na vida você já tomou algum tipo de bebida alcoólica? 0 Não 1 Sim

Você atualmente bebe algum tipo de bebida alcoólica regularmente (1 vez por semana pelo menos)? 0 Não 1 Sim

Se SIM, quantas vezes: 0 1x/sem 1 2-3x/sem 2 Todos os dias

Em uma semana (média):

Quantas garrafas de cerveja? \_\_\_\_\_

Quantas taças de vinho? \_\_\_\_\_

Quantas doses de pinga? \_\_\_\_\_

Alguma dose de alguma outra bebida? \_\_\_\_\_

Alguma vez na vida já bebeu mais que 4 doses por dia? 0 Não 1 Sim