

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

Áreas temáticas: Promoção da saúde nas empresas | Controle dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, sedentarismo, tabagismo e estresse) e do risco assistencial

- **Nome do autor:** Gabriela Herrmann Cibeira, Nutricionista, Mestre e Doutoranda em Medicina Cardiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) | Avenida Assis Brasil, 8787 | Serviço Social da Indústria (SESI-RS) / Gerência de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação | Porto Alegre | Rio Grande do Sul | (51) 9 9124 9436 | gabriela.cibeira@sesirs.org.br

- **Nome do orientador:** Prof. Dr. Emilio Moriguchi, MD, PhD | Professor e Pesquisador da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Rua Vicente da Fontoura, 2719 – 701 | Bairro Bela Vista | 90640-003 Porto Alegre, RS, Brasil | (51) 3346-8882 | emilio.moriguchi@gmail.com

- **Nome do colaborador:** Prof^a Rita Mattiello | PhD em Pediatria e Saúde da Criança | Rua Nicola Mathias Falci, 151 apto 1410 | Jardim do Salso | (51) 9 93273252 | rita.mattiello@puhrs.br

Instituição de ensino na qual se realizou o trabalho: Programa de Pós Graduação em Medicina Cardiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Serviço Social da Indústria (SESI – Departamento Nacional)

Resumo

Faltam estudos que avaliem as condições de saúde de trabalhadores da indústria para contribuir na proposição de ações de contenção, favorecendo à sustentabilidade da indústria brasileira. Avaliaram-se os fatores de risco e proteção das DCNT em trabalhadores da indústria brasileira, entre 2007 e 2016. Foi aplicado presencialmente um questionário com perguntas sócio demográficas, estilo de vida, uso de plano de saúde, absenteísmo por doença, morbidade auto referida e uso de medicamentos. Aferiram-se medidas antropométricas, pressão arterial e glicemia. Avaliaram-se 1.347.496 trabalhadores, de ambos os sexos. 71,9% eram homens, 80,9% residiam em zona rural, 49,9% possuía ensino médio completo. Ainda, 65,3% tinham plano de saúde, 11,2% era fumante e 9,2% hipertensos. A pesquisa, realizada em todo o Brasil, mostrou que é significativa a prevalência de fatores de risco para as DCNT, mais frequente em homens, muito embora com taxas menores do que as verificadas para a população brasileira em estudos prévios.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho faz parte de uma tese de doutorado que se encontra em processo de finalização, realizada no Programa de Pós Graduação em Cardiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e cujo período previsto para a defesa é o mês de Dezembro de 2018.

A justificativa para a execução desta pesquisa é decorrente do aumento no número de estudos que estão sendo desenvolvidos com o intuito de avaliar a relação entre a saúde do trabalhador e seu impacto na produtividade no trabalho¹. Estudos demonstram que, em média, para cada dólar gasto com custos médicos ou farmacêuticos de adoecimento de trabalhadores, os empregadores absorvem de dois a três dólares desta conta em redução da produtividade². Esses custos são manifestados em forma de presenteísmo (uma condição na qual o trabalhador está no trabalho, mas não totalmente produtivo), faltas ao trabalho e incapacidade física. Além disso, outros estudos têm evidenciado que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a obesidade e a depressão estão elevando os custos totais relacionados à saúde no local de trabalho^{3,4} e têm impactado negativamente na produtividade laboral no trabalho.

Apesar dos números alarmantes, o diagnóstico e a avaliação das ações de promoção da saúde do trabalhador realizadas no Brasil ainda são insipientes, sendo essa uma temática pouco explorada. Diante das poucas pesquisas que estudam as variáveis relacionadas à saúde de trabalhadores no âmbito industrial, especialmente devido à dificuldade de acessar tais trabalhadores, o presente estudo propõe explorar as condições de saúde destes trabalhadores, contribuindo na proposição de ações assertivas e favorecendo à sustentabilidade da indústria brasileira.

INTRODUÇÃO

O perfil do ambiente e das condições de trabalho vem se modificando desde a década de 70. Embora exista um crescente esforço para as melhorias nas condições do trabalhador, ainda não há um cenário ideal. Uma das principais limitações neste sentido é a falta de indicadores/diagnóstico específicos que direcionem medidas para a promoção da saúde de forma ampla, precisa e eficaz⁵⁻⁷.

O diagnóstico das condições de saúde dos trabalhadores e como estas afetam a saúde de maneira individual e global tem sido um grande desafio para as pesquisas. Segundo o documento publicado em 2016 pelo grupo de estudos da saúde do trabalhador "*Health Inequalities Research Group, Employment Conditions Network*" uma grande iniciativa nesta área seria produzir modelos teóricos que considerem a diversidade dos trabalhadores e do mercado de trabalho dentro de cada país que incentivassem medidas específicas de promoção à saúde e bem-estar geral de todos envolvidos⁶.

Diversas iniciativas vêm sendo desenvolvidas para melhorar a cultura da importância do diagnóstico e de ações que promovam segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores. Um exemplo destas ações criação do Instituto Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (NIOSH) em 2003^{8,9}. O objetivo inicial era a promoção da saúde e prevenção das doenças relacionadas ao trabalho. Desde a criação do programa, diversos centros e Universidades importantes começaram a participar dentre eles: *University of Iowa Healthier Workforce Center of Excellence (University of Iowa), the Center for the Promotion of Health in the New England Workplace (University of Massachusetts Lowell and University of Connecticut), and the Harvard T.H. Chan School of Public Health's Center for Work, Health, and Well-Being (Harvard University), formerly the Harvard School of Public Health's Center for Work, Health, and Well-Being, Oregon Healthy Workforce Center (Oregon Health and Science University), Oregon Health & Science University's Center for Research on Occupational and Environmental Toxicology.*

O interesse destas instituições surge a partir do número crescente de publicações que evidenciam que a saúde do trabalhador é um problema de saúde pública a ser considerado mundialmente^{5,6,8,10-14}. Em 2007, 53.445 mortes poderiam ser atribuídas a doenças relacionadas ao trabalho¹². Somando a este fato, o custo das fatalidades, lesões e doenças relacionadas ao trabalho nos Estados Unidos foram estimados em US \$ 250 bilhões¹². Além do impacto econômico destes desfechos não se pode deixar de considerar a dor e o sofrimento enfrentados pelos trabalhadores, suas famílias, empresas e comunidades⁵⁻¹⁷.

Apesar do diagnóstico e da associação do número significativo de instituições de referência que estão trabalhando neste tema, ainda há uma

série de fatores que aumentam a complexidade das ações. No Brasil, destaca-se o Serviço Social da Indústria (SESI) que atua seguindo este modelo de ações nas indústrias de todo o país. No entanto, ainda existe uma escassez de dados de pesquisas que mapeiem a saúde do trabalhador brasileiro para a promoção da mesma.

O Sistema Indústria

A Confederação Nacional da Indústria (CNI) é a representante da indústria do Brasil. Seu objetivo é defender e representar a indústria na promoção de um ambiente favorável aos negócios, à competitividade e ao desenvolvimento sustentável do país. Sediada em Brasília, discute e apresenta sugestões para a construção e o aperfeiçoamento de políticas e leis que fortaleçam o setor produtivo e modernizem o setor industrial brasileiro. Importante interlocutora no cenário nacional, a CNI também estimula a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento tecnológico da indústria brasileira. Além disso, mantém programas e apoia iniciativas que visam a valorização, a promoção social e a formação profissional do trabalhador. É o órgão máximo do sistema sindical patronal da indústria brasileira e, desde a sua fundação, em 1938, defende os interesses da indústria nacional, além de constantemente promover debates e buscar consensos em torno de grandes temas nacionais, sobretudo os que têm impacto sobre o desempenho da indústria e da economia brasileira.

A CNI é formada por 27 Federações, distribuídas nos estados brasileiros. Compõem as Federações da Indústria:

- O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) responsável por ministrar cursos e prestar serviços tecnológicos às indústrias;
- O Instituto Euvaldo Lodi (IEL) atuante da educação empresarial para as indústrias;
- O Serviço Social da Indústria (SESI) que presta serviços para promoção da qualidade de vida do trabalhador.

Neste contexto, qualidade de vida é um foco estratégico do Sistema Indústria e um desafio contemporâneo para a competitividade empresarial. Por isso, o SESI atua apoiando a indústria brasileira a reduzir gastos com saúde e a diminuir os índices de absenteísmo e presenteísmo. A realização de ações avaliativas é importante para o SESI porque permite o planejamento de intervenções de forma mais adequada às necessidades da Indústria e porque torna possíveis a verificação e a demonstração dos resultados alcançados por meio dos programas e intervenções para promoção da saúde. Para as indústrias é importante porque orienta sobre a gestão dos programas corporativos de promoção da saúde, permite identificar o retorno desse investimento e porque a empresa tem acesso a um conjunto de indicadores que representam informações estratégicas úteis para o planejamento de longo prazo e para a antecipação ao risco e às tendências futuras.

Em consonância com sua missão institucional de elevar sistematicamente a qualidade de vida do trabalhador da indústria, o SESI vem pautando suas ações no rigoroso conhecimento da realidade, através da realização de pesquisas e inquéritos científicos. Com isto busca a melhor relação custo/benefício na utilização dos recursos disponíveis para atender as necessidades básicas de sua demanda, somando esforços e fazendo parcerias com instituições afins, especialmente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Com essas organizações, num trabalho cooperativo muito bem sucedido, foi realizado um estudo epidemiológico pioneiro sobre doenças não-transmissíveis em trabalhadores da indústria, que indicou a necessidade de se aprofundar as investigações nesse campo, tendo em vista a urgência de se implementar programas de educação para a saúde no âmbito desse contingente populacional.

Cientes da importância da promoção da saúde do trabalhador, do olhar multinacional e da diversidade dos ambientes de trabalho nas indústrias brasileiras, o presente estudo tem como objetivo principal identificar modelos teórico-práticos que caracterizem o perfil dos trabalhadores e os fatores agravantes que afetem a saúde e bem-estar dos mesmos, a partir de uma abordagem multifatorial.

OBJETIVOS

Avaliar os fatores de risco e de proteção das DCNT em trabalhadores da indústria brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal.

A aplicação do questionário ocorreu entre os anos 2007 e 2016. O questionário possuía 80 questões e foi elaborado a partir de questionários internacionalmente validados. São eles: SF-12¹⁸, GHQ-12¹⁹, IPAQ²⁰ e AUDIT²¹. Incluiu perguntas sobre aspectos sócio demográficos, qualidade de vida, padrão alimentar, percepção de saúde, prática de atividade física, consumo de álcool, dentre outras variáveis. As variáveis sócio demográficas aferidas foram idade, gênero (feminino ou masculino), estado civil (casado, solteiro, divorciado/viúvo), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo, superior) e renda mensal (número de salários mínimos). As variáveis de estilo de vida incluíram perguntas relacionadas a tabagismo, consumo de bebida alcoólica, auto percepção de saúde, prática de atividade física e dieta consumida. Além disso, o questionário incluía perguntas sobre morbidade auto referida, uso de

medicamentos e plano de saúde e número de faltas ao trabalho por motivos de saúde. Ao término da entrevista, o pesquisador se certificava de que não houve preenchimento incorreto ou esquecimento de alguma pergunta. Após a conclusão da aplicação, os dados obtidos eram digitados pelo entrevistador.

O questionário foi aplicado individualmente no local de trabalho do entrevistado, em ambiente sossegado e reservado, por um profissional da equipe treinada do SESI (enfermeiro, educador físico ou cirurgião dentista). Inicialmente, o entrevistador se apresentava, lia o termo de consentimento e convidava o trabalhador a participar da pesquisa. Caso concordasse, o documento era assinado. O tempo de preenchimento do questionário era, em média, 30 minutos.

Além da entrevista, foram aferidas medidas individuais. O peso corporal foi obtido por meio de balança digital portátil (Marca Plenna, modelo Mea 07400) e a estatura foi mensurada utilizando-se estadiômetro portátil (Marca Tonelli, modelo vertical) com variação de 0 a 220cm. O Índice de Massa Corporal ($\text{peso}/\text{estatura}^2$) foi calculado e classificado, de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde, em três categorias: peso normal ($< 25,0\text{kg}/\text{m}^2$), sobrepeso ($25,0\text{-}29,9\text{kg}/\text{m}^2$) e obesidade ($\geq 30,0\text{kg}/\text{m}^2$). A medida da circunferência da cintura foi realizada em duplicata, com fita inelástica, obedecendo padronizações validadas²². A aferição foi feita com o trabalhador em pé, em posição ereta, utilizando-se uma fita métrica flexível e inextensível de 200 centímetros de comprimento, com precisão de uma casa decimal. Para aferição da Pressão Arterial (PA) foi utilizado o monitor digital da marca Omron, modelo HEM 705 VP. A PA foi aferida pelo método oscilométrico e o manguito foi utilizado considerando-se os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia para circunferência do braço. Foram feitas três aferições com espaço de um minuto entre uma e outra, sendo que para efeito de análise foi considerado o menor valor, e para categorização, dentre o menor valor, a PA que ilustrava a cifra mais elevada, fosse ela a sistólica ou a diastólica. A aferição da glicemia foi realizada exclusivamente por enfermeiro treinado. Foi dosada a glicemia capilar por meio de um glicosímetro, com tira reagente de leitura rápida (glicoseoxidase). O tempo médio de coleta das medidas individuais foi de quinze minutos.

As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas através de médias e desvio-padrão já as assimétricas foram expressas por meio de mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas serão apresentadas em frequências absolutas e relativas. O nível de significância adotado será de 5%. As análises dos dados serão realizadas utilizando o programa SPSS, versão 20.0.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

(Processo: 2.492.377, 8 de fevereiro de 2018). Foram respeitados os requisitos quanto à confidencialidade e sigilo das informações coletadas no estudo conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 que estabelece as Diretrizes e as Normas Regulamentadoras para Pesquisa em Seres Humanos²³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A base de dados contém informações sócio demográficas e de condições de saúde de 1.347.496 trabalhadores, com idade superior a 18 anos, que responderam a pesquisa entre os anos de 2007 e 2016. Do total de trabalhadores incluídos no estudo, 71,9% eram homens, 43% residiam na região sudeste do Brasil, conforme mostrado na Figura 1.

Em relação ao local geográfico de residência, 80,9% residia em área rural, 61,3% era casado, 50,17% era de cor branca e 49,9% possuía ensino médio completo. Em relação ao plano de saúde, 65,3% referiram possuir plano de saúde. No que diz respeito às condições de saúde dos trabalhadores, 11,2% é fumante, 2,1% referiu possuir Diabetes Mellitus (DM), 9,2% são hipertensos, 90,9% referiram que a última aferição da pressão arterial ocorreu há menos de um ano do momento da entrevista e 57,5% disseram ter consultado o dentista pela última vez há menos de 1 ano. Na tabela 1, é possível verificar essas informações.

Tabela 1. Características gerais da amostra estudada

Característica	Frequência	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	968.853	71,9
Feminino	378.643	28,1
Localização da residência		
Área urbana	257.432	19,1
Área rural	1.090.064	80,9
Estado Civil		
Casado	827.185	61,3
Não casado	520.311	38,7
Cor		
Branco	676.092	50,1
Não branco	671.404	49,9
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	516.964	38,4

Ensino Médio Completo / Superior	830.532	61,6
Plano de saúde		
Possui	879.938	65,3
Não possui	467.558	34,7
Tabagismo		
Fuma	151.144	11,12
Não fuma	1.196.352	88,8
Morbidade auto referida		
Hipertensão Arterial	123.363	9,2
Diabetes Mellitus	28.054	2,1
Última aferição da pressão arterial		
Há mais de 1 ano	1.225.099	9,1
Há menos de 1 ano	122.397	90,9
Última ida ao dentista		
Há mais de 1 ano	774.763	42,5
Há menos de 1 ano	572.733	57,5

Nossos dados demonstraram que a maior parte dos trabalhadores possuía ensino médio completo (61,6%). Neste contexto, dados obtidos no último VIGITEL²⁴, estudo realizado por ligação telefônica, demonstraram que o excesso de peso reduz conforme aumentam os anos de estudo da população. Diante disso, é possível inferir que as condições de saúde positivamente observadas na população de trabalhadores deste estudo estejam relacionadas ao maior nível de educação observado.

Dados brasileiros previamente coletados demonstraram que o percentual de fumantes entre 2008 e 2016 reduziu, respectivamente de 12,4 para 7,3%. Nossos dados demonstraram que 11,2% (151.144 trabalhadores) referiram ser fumantes, sugerindo alta prevalência de fumantes entre os trabalhadores da indústria, reforçando que a realização de ações educativas para a redução do tabaco no local de trabalho pode ser uma estratégia efetiva de redução deste fator de risco.

Dados do VIGITEL também demonstraram um crescimento, entre 2006 e 2016, no número de diagnósticos de DM e HAS, variando, respectivamente, de 5,5% para 8,9% e de 22,5% 25,7%. Em nosso estudo, verificamos uma prevalência de 2,1% de DM, dados esses bem inferiores àqueles verificados no VIGITEL. No que diz respeito à HAS, nossos dados demonstraram uma prevalência de 9,2%, ou seja, menor do que o evidenciado no VIGITEL. É

possível que esse menor valor esteja associado ao controle efetivo da pressão arterial, confirmado a partir do relato do monitoramento frequente, já que 90,9% referiram que a pressão arterial foi aferida pela última vez há menos de um ano.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa, realizada em todos os estados brasileiros, mostrou que é significativa a prevalência de fatores de risco para as doenças não-transmissíveis, com maior frequência no gênero masculino, muito embora com taxas menores do que as verificadas para a população brasileira. Diante disso, fica evidente que os locais de trabalho são excelentes sítios para iniciativas de promoção da saúde. Dado que a maior parte da população adulta brasileira é empregada e permanece oito horas diárias ou mais no local de trabalho, esse é um local apropriado para a promoção de hábitos saudáveis com o intuito de reduzir a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Salienta-se que os dados expostos neste trabalho e obtidos no estudo são parciais, tendo em vista que os mesmos compõem uma tese de doutorado que ainda não foi defendida.

Figura 1. Número de trabalhadores incluídos no estudo por região do Brasil



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pamela A. Hymel, MD, Ronald R. Loeppke, MD, Catherine M. Baase, MD, Wayne N. Burton, MD, Natalie P. Hartenbaum, MD, T. Warner Hudson, MD, Robert K. McLellan, MD, Kathryn L. Mueller, MD, Mark A. Roberts, MD, Charles M. Yarborough, MD, Doris L. Konicki, MHS, and Paul W. Larson, MS Workplace Health Protection and Promotion A New Pathway for a Healthier—and Safer—Workforce. *JOEM* Volume 53, Number 6, June 2011.
2. Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler R, Jinnett K. Health and productivity as a business strategy: a multi-employer study. *J Occup Environ Med.* 2009;51:411–428.
3. Collins JJ, Baase C, Sharda C, et al. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med.* 2005;47:547–557.
4. Loeppke R, Taitel M, Richling D, et al. Health and productivity as a business strategy. *J Occup Environ Med.* 2007;49:712–721.
5. Kalleberg AL. Book review symposium: Response to Reviews of Arne L Kalleberg, *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s to 2000s.* 2013.
6. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C. What should we know about precarious employment and health in 2025 ? framing the agenda for the next decade of research. 2016;(January):232–8.
7. L V. *Managing the Margins: Gender, Citizenship, and the International Regulation of Precarious Employment.* 2011.
8. Total N, Health W. *A National Agenda to Advance Total Worker Health ® Research , Practice , Policy , and Capacity.* 2016;(April).
9. Article R. *Workplace Violence against Health Care Workers in the United States.* 2016;1661–9.
10. BLS. *Census of fatal occupational injuries summary, 2014.* Washington, DC: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics [Internet]. Available from: <https://www.bls.gov/news.release/cfoi.nr0.htm>.
11. Hamra GB, Richardson DB, Cardis E, Daniels RD, Gillies M, Hagan JAO, et al. Cohort Profile : The International Nuclear Workers Study (INWORKS). 2016;(July 2015):693–9.
12. Insurance S, Leigh JP. *Illness in the United States.* 2011;89(4):728–72.
13. Peckham TK, Baker MG, Camp JE, Kaufman JD, Seixas NS. *Creating a Future for Occupational Health.* 2017;61(1):3–15.
14. Sorensen G, Mclellan DL, Sabbath EL, Dennerlein JT, Nagler EM, Hurtado DA, et al. Integrating worksite health protection and health promotion : A conceptual model for intervention and research. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2016;91:188–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.005>.
15. Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of

certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med.* 2004;46(4):398–412.

16. Rojatz D, Merchant A, Nitsch M. Factors in influencing workplace health promotion intervention : a qualitative systematic review. 2016;1–9.

17. Hanifi MA, Mamun A Al, Paul A, Hasan S Al, Hoque S, Urni F, et al. Profile : The Chakaria Health and Demographic Surveillance System. 2012;667–75.

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

19. GHQ-12. Goldberg, D., Williams, P., 1988. A User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson, UK.

20. IPAQ: Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 Aug;35(8):1381-95.

21. AUDIT: Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva, 2001.

22. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD, et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988. p. 39-54.

23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde and BM da S (MS). CN de S. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012.

24. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.*