



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS: FATORES
DE RISCO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS**

Londrina
2010

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS: FATORES
DE RISCO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof.^a. Dr.^a. Regina Kazue Tanno de Souza

Co-orientador:

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Londrina
2010

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS: FATORES DE
RISCO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza

Prof^a. Dr^a. Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Londrina, 30 de junho de 2010.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, especialmente aos meus pais Hiroshi e Circe, ao meu esposo Anderson e ao meu filho Kim, que me apoiaram durante todo o processo.

AGRADECIMENTOS

No feliz ensejo da conclusão deste mestrado, alegro-me em apresentar meus sinceros agradecimentos a quantos comigo se fizeram presentes e me apoiaram ao longo de todo o processo, particularmente:

- a Deus, pela saúde, pela força espiritual e pela oportunidade de poder estar realizando este desejo;

- à minha orientadora, Professora Dr^a Regina Tanno, não só pela constante orientação neste trabalho e pelas oportunidades de crescimento geradas, mas sobretudo pela sua amizade, compreensão, apoio, paciência e carinho, sua admirável inteligência e seu imenso coração, as valiosas palavras e conselhos que me deu em todas as fases por que passei nesses últimos anos e a incansável dedicação a mim dispensada;

- ao professor Dr. Marcos Cabrera, pela co-orientação e apoio durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho;

- à professora Brígida Gimenez Carvalho, que sempre me incentivou e foi da maior importância para mim;

- à minha amiga Fernanda da Silva Floter pela amizade, pela colaboração e por estar sempre preocupada em me ajudar;

- a meus pais, ao meu esposo e ao meu filho, pela compreensão, paciência, motivação e apoio em todos os momentos;

- a toda equipe da Unidade Básica de Saúde do Jardim Bandeirantes, em especial à coordenadora Eunice Hokama e aos agentes comunitários de saúde daquela UBS;

- aos meus colegas do Mestrado em Saúde Coletiva, que contribuíram para a construção deste trabalho;

- aos funcionários do NESCO, por toda atenção dispensada;

- aos moradores do Jardim Bandeirantes, pela participação e concessão de informações valiosas para a realização da pesquisa;

- à CAPES, pela bolsa de Mestrado;

- à todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

YAGI, Mara Cristina Nishikawa. **Doenças cardiovasculares em adultos: fatores de risco e utilização de serviços preventivos**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Apesar da alta incidência e da gravidade dessas doenças, grande parte poderia ser evitada com medidas de controle e prevenção dos fatores de risco. Este estudo objetivou caracterizar a prevenção às doenças cardiovasculares entre adultos residentes na área de abrangência de uma unidade básica de saúde. Foi realizado inquérito domiciliar com 427 pessoas de idade igual ou superior a 40 anos, selecionadas aleatoriamente, sendo 238 do sexo feminino e 189 do sexo masculino, residentes na área de abrangência de uma unidade básica de saúde de Londrina-PR. Foram consideradas todas as microáreas da região. A seleção dos entrevistados se deu por amostragem sistemática, utilizando-se de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Foram definidas cotas para cada microárea assegurando-se a mesma proporção por sexo e faixa etária. Entre os principais resultados, observou-se que a média de idade foi de 57,6 anos. Dos entrevistados, 66,7% eram casados e 66,0% pertenciam às classes econômicas B2, C1 e C2 segundo o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Quanto à prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, 72,1% não realizavam atividade física ou o faziam menos de três vezes por semana, 60,9% apresentavam sobrepeso ou obesidade, 42,4% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 14,1% de diabetes. Em relação ao consumo alimentar, 60,9% relataram consumir frutas e 73,8% verduras ou legumes cinco ou mais vezes por semana, e 41,0% referiram consumir carne vermelha diariamente. Os homens apresentaram significativamente maior prevalência dos fatores de risco do que as mulheres no tocante ao tabagismo (23,8% e 12,2%), o consumo de bebidas alcoólicas (35,4% e 9,2%), o consumo de carne vermelha com gordura (44,9% e 19,7%); e por outro lado, menor frequência de consumo de verduras ou legumes (64,6% e 81,1%) e de frutas (55,0% e 65,5%). Por faixa etária, observou-se maior prevalência de tabagismo (20,6%) e consumo de álcool (26,3%) entre os entrevistados de 40 a 59 anos em comparação às pessoas com 60 anos e mais (12,1% para tabagismo e para o consumo de álcool). As pessoas que mencionaram diagnóstico médico de hipertensão arterial e ou diabetes apresentaram significativamente menor prevalência de tabagismo e de consumo de carne vermelha com gordura, além de terem referido com mais frequência o consumo habitual de frutas. Verificou-se uma tendência crescente do tabagismo com a piora da situação econômica e um maior consumo de verduras ou legumes quanto melhor esta situação. Em relação à utilização dos serviços de saúde, as mulheres tiveram maior frequência de consultas médicas (84,0%) e dosagem de colesterol (88,7%). Os filiados a planos privados consultaram mais o médico (84,6%), aferiram mais a pressão arterial (46,3% com intervalo inferior a 1 mês), realizaram mais dosagem de colesterol (89,4%), receberam mais orientação profissional (33,5%) e tiveram maior participação em cursos (20,8%). Conclui-se que as pessoas do sexo masculino, as de faixa etária mais jovem e as de mais baixa classe econômica utilizam menos os serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviços Preventivos de Saúde. Fatores De Risco. Doenças Cardiovasculares.

YAGI, Mara Cristina Nishikawa. **Cardiovascular diseases in adults: risk factors and the use of preventive services.** 2010. 103 f. Dissertation (Master's Degree Program in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases account for the first cause of morbid-mortality in Brazil and worldwide. Despite their high incidence and severity, most of them could be avoided by measures of control and prevention of risk factors. This present study aimed at the characterization of the prevention against cardiovascular diseases in adults residing within the area covered by a Basic Health Unit. A home enquiry was made with a randomly selected population of 427 people aged 40 years of age or older, 238 females and 189 males, residents in the area of the Basic Health Unit of Londrina – PR. All the regional microareas were considered. Selection was made by systematic sampling with data from SIAB – the Information System for Basic Care. Quotas for each micro-area were defined and the same ratio for sex and age range was assured. The main results evidenced an age mean of 57.6 years. Out of all the interviewees, 66.7% are married and 66.0% belong to B2, C1 e C2 economic classes according to the economic classification of the Brazilian Association of Research Companies. As for the prevalence of risk factors of cardiovascular diseases, 72.1% either did not perform any physical activity or did it less than three times a week, 60.9% were either overweight or obese, 42.4% were diagnosed with arterial hypertension and 14.1% with diabetes. In relation to feeding habits, 60.9% reported that they ate fruits and 73.8% ate either greens or vegetables five or more times a week and 41.0% ate red meat daily. The males presented a significantly higher prevalence of risk factors than did the females respectively to smoking (23.8% and 12.2%), alcoholic drinking (35.4% and 9.2%), fat red meat consumption (44.9% and 19.7%), and lower prevalence in the habit of eating greens or vegetables (64.6% and 81.1%) and fruits (55.0% and 65.5%). In the age range, higher prevalence of smoking (20.6%) and alcoholic drinking (26.3%) was among the interviewees aged 40 to 59 years old as compared to those over 60 years of age (12.1% for smoking and alcoholic drinking). Those who reported a medical diagnosis of arterial hypertension and diabetes had a significantly lower prevalence of smoking and consumption of fat red meat and a higher frequency for the habit of eating fruits. An increasing tendency to smoking was verified accordingly to a lesser economic status whereas a higher consumption of greens and vegetables followed a better economic status. As for the use of health services, it was verified that the females had a higher frequency in medical consultations (84.0%) and cholesterol dosage tests (88.7%). The subjects who have a private health care plan more often made visits to a doctor (84.6%), had their arterial pressure checked (46.3% with less than a month interval), tested their cholesterol dosage (89.4%), received professional guidance (33.5%), and took part in courses (20.8%). In conclusion, the male population, the younger and those of a lower economic class, make less use of health services.

Keywords: Preventive Health Services. Risk Factors. Cardiovascular Diseases.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009..... 39
- Figura 2** – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo classe econômica em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009 48
- Figura 3** – Utilização de serviços de saúde para doenças cardiovasculares em área coberta por ESF em Londrina-PR, 2009 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População estimada e número de participantes do estudo (amostra) de 40 anos e mais, residentes na área de abrangência da UBS Bandeirantes segundo sexo, faixa etária e área (microárea) de atuação da ESF, Londrina – PR, 2009	26
Tabela 2 – Características socioeconômicas e demográficas por sexo da população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	38
Tabela 3 – Frequência de tabagismo, atividade física e consumo de bebidas alcoólicas em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	40
Tabela 4 – Frequência de consumo de frutas, verduras ou legumes, carne vermelha, frango e leite em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	41
Tabela 5 – Frequência de hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e diabetes <i>mellitus</i> em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	42
Tabela 6 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo sexo, razão de prevalência (masculino/feminino) e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009	43
Tabela 7 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo faixa etária, razão de prevalência (40 a 59 anos/60 anos e mais) e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009	44
Tabela 8 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo presença ou não de hipertensão arterial e ou diabetes, razão de prevalência e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009	46
Tabela 9 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo classe econômica em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009	47

Tabela 10 – Utilização de serviços de saúde segundo sexo em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	50
Tabela 11 – Utilização de serviços de saúde segundo faixa etária em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	51
Tabela 12 – Utilização de serviços de saúde segundo filiação a planos privados de saúde em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009	52

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	As Doenças Cardiovasculares Como Problema de Saúde Pública: Magnitude e Transcendência	13
1.2	Principais Fatores de Risco Cardiovasculares	15
1.3	A Importância do Acesso aos Serviços Assistenciais Preventivos	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo Geral	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	METODOLOGIA	24
3.1	Delineamento de Pesquisa	24
3.2	Local de Estudo	24
3.3	População de Estudo	24
3.4	Amostragem	25
3.5	Coleta de Dados	28
3.6	Variáveis de Estudo	28
3.6.1	Variáveis sociodemográficas	28
3.6.2	Variáveis relacionadas aos fatores de risco para doenças cardiovasculares	29
3.6.3	Variáveis relacionadas à utilização de serviços preventivos	34
3.7	Pré-teste do instrumento e estudo piloto	35
3.8	Análise Estatística	36
3.9	Aspectos Éticos	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Caracterização socioeconômica e demográfica da população	37
4.2	Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares	38
4.2.1	Diferencial na prevalência	42
4.2.1.1	Por sexo	42
4.2.1.2	Por faixa etária	44
4.2.1.3	Por presença de hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i>	45
4.2.1.4	Por classe econômica	46

4.3	Utilização de serviços preventivos.....	49
4.3.1	Caracterização da utilização de serviços preventivos	49
4.3.2	Diferencial na utilização de serviços preventivos	50
4.3.2.1	Por sexo.....	50
4.3.2.2	Por faixa etária	51
4.3.2.3	Por filiação a plano privado de saúde	51
5	DISCUSSÃO	50
5.1	Caracterização socioeconômica e demográfica da população	50
5.2	Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares	50
5.2.1	Diferenciais na prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	52
5.3	Utilização de serviços preventivos.....	56
6	CONCLUSÕES	63
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	75
	APÊNDICE A – Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde	76
	APÊNDICE B – Orientações de campo para entrevistadores	78
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados	81
	APÊNDICE D – Manual de instruções para abordagem domiciliar	86
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido	98
	APÊNDICE F – Folheto educativo	99
	ANEXO	102
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: MAGNITUDE E TRANSCENDÊNCIA

As doenças cardiovasculares constituem-se em um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes (LESSA, 1999). Segundo a WHO (2002), as doenças cardiovasculares lideram como as maiores causas de mortalidade e são responsáveis por um terço dos óbitos no mundo. Estima-se, para o ano de 2020, que 24.800.000 pessoas morrerão por estas causas, das quais 45% por doenças isquêmicas do coração e 31% por doenças cerebrovasculares (OLIVEIRA; KLEIN; SILVA, 2003).

Apesar de as doenças cardiovasculares representarem uma das principais causas de morte, tem sido descrita uma tendência declinante da mortalidade por essas doenças em diversas regiões do mundo. No Japão, um estudo estabelecido por três coortes, cada uma acompanhada por doze anos, em população com 40 anos ou mais, constatou que a mortalidade por doenças cardiovasculares declinou marcadamente entre os anos de 1960 e 1970 e menos intensamente de 1980 a 1990 (KUBO et al., 2003).

Na União Européia foi observado um declínio superior a 55% para a mortalidade por doenças cardiovasculares em ambos os sexos no período de 1965 a 1988. A partir dos anos 90 também na Polônia e na República Tcheca ocorreu diminuição da mortalidade por essas doenças (LEVI et al., 2002).

A mortalidade decrescente desses agravos se deve, em parte, à melhor identificação e tratamento das populações expostas a alto risco e, provavelmente, à melhoria das condições de vida das pessoas (OLIVEIRA; KLEIN; SILVA, 2003). É importante enfatizar também que o declínio da mortalidade advém da introdução de tratamentos eficazes para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares (LOTUFO, 2005).

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todas as regiões do país, em ambos os sexos (BRASIL, 2010). No ano de 2005 elas foram responsáveis por 31,5% dos óbitos em todas as faixas etárias, sendo que as doenças cerebrovasculares foram a primeira causa de morte, com coeficiente de mortalidade de

48,9/100.000 habitantes, seguidas pelas doenças isquêmicas do coração, com 35 mortes por 100.000 habitantes. Da mesma forma, em relação à morbidade hospitalar, as doenças do aparelho circulatório representam 10,8% das internações, respondendo à faixa etária superior a 60 anos por aproximadamente 30% dessas internações (BRASIL, 2006a). Não obstante, o país também vem apresentando uma redução no risco de mortalidade tanto por doenças isquêmicas do coração como por doenças cerebrovasculares, fato este observado na maioria das capitais (MANSUR et al., 2002).

O padrão brasileiro de morbimortalidade tem as doenças cerebrovasculares como a primeira causa de morte e a principal causa de gastos com internações hospitalares (MALTA et al., 2006). Segundo Lessa (1998), à medida que se elevam os patamares de industrialização e de modernização, as doenças cerebrovasculares vão cedendo lugar, como principal causa de morte, às doenças isquêmicas do coração. Existe uma tendência à inversão das causas de morte, a qual já se vem verificando nas regiões Sul e Sudeste e nas capitais com melhor situação social e econômica (LESSA; MENDONÇA, TEIXEIRA, 1996).

No município de Londrina, no ano de 2007, as doenças do aparelho circulatório figuraram como a principal causa de óbitos, respondendo por 30,9% do total (LONDRINA, 2008a). Na última década as taxas de mortes por essas doenças apresentaram aumento de 4,2% no município e se constituíram como a principal causa de morte, tanto no sexo masculino quanto no feminino (LONDRINA, 2007).

Em um estudo sobre as doenças cardiovasculares em Londrina verificou-se que, em dois quadriênios analisados (1997-2000 e 2002-2005), as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração representavam mais de 63% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório. Este estudo constatou também uma diminuição significativa na mortalidade por doenças cerebrovasculares em pessoas com mais de 59 anos em ambos os sexos, mas aumento em 10% nas internações, e aumento de 40% na taxa de internação para as doenças isquêmicas do coração (CARVALHO et al., 2009).

Embora a mortalidade por doenças cardiovasculares esteja apresentando diminuição (GODOY, 2007), a magnitude e o declínio podem variar por períodos, regiões, sexo e idade (FARIAS et al., 2009); portanto o conhecimento do padrão desses agravos pode contribuir para subsidiar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco nos diferentes grupos sociais.

1.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Com os estudos com seguimento de elevado número de pessoas, como a coorte do Framingham Heart Study¹, foi possível determinar, com mais segurança, alguns fatores de risco (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002). Segundo Mackay e George (2004), aproximadamente 75% das doenças cardiovasculares podem ser atribuídos aos fatores de risco convencionais, como a hipertensão arterial, dieta inadequada, inatividade física, anormalidade nos níveis de colesterol, o tabagismo e o diabetes *mellitus*.

O INTERHEART, um estudo realizado com amostras de vários países com delineamento caso controle, com o objetivo de avaliar a importância dos fatores de risco para a doença arterial coronariana, identificou nove fatores que explicaram mais de 90% dos riscos de infarto agudo do miocárdio, dos quais o tabagismo e a dislipidemia perfizeram mais de dois terços (YUSUF et al., 2004). Lanas et al. (2007) descreveram a associação do tabagismo, da dislipidemia, da hipertensão, do diabetes, da obesidade abdominal, do estresse, da falta de consumo diário de frutas e verduras e da falta de prática de exercícios físicos com o risco de desenvolvimento do infarto cardíaco.

Os achados de um estudo denominado AFIRMAR, desenvolvido em 104 hospitais de 51 cidades do Brasil, confirmam a importância dos fatores de risco tradicionais (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, dislipidemia, história familiar) na associação com o infarto agudo do miocárdio (PIEGAS et al., 2003).

Em virtude da relevância das doenças cardiovasculares no perfil de morbimortalidade mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirmou a importância do monitoramento e vigilância das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco como estratégia para redução do problema (WHO, 2002). Deste modo, ao se analisarem as condições de saúde de uma população é possível identificar a distribuição populacional dos principais fatores de risco, o que pode orientar a política de saúde na prevenção de agravos futuros (BARATA, 2008).

Diversos estudos têm demonstrado que a prevalência dos fatores de risco é mais elevada em determinados grupos populacionais, devendo-se considerar a existência dos fatores de risco não modificáveis pelos serviços de saúde (sexo, idade, etnia, classe econômica, entre outros) e modificáveis (hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso e obesidade,

¹ <http://www.framinghamheartstudy.org/about/index.html>

inatividade física, tabagismo, abuso de álcool, consumo inadequado de alimentos) (SACCO, 2000; MELLO, 2003; FARIAS et al., 2009). A literatura tem descrito como fatores de risco não modificáveis a idade maior que 65 anos, o sexo masculino, a raça negra, a história de acidente vascular cerebral prévio e a história familiar de acidente vascular cerebral em parentes de primeiro grau (MELLO, 2003; NÓVAK et al., 2003; SACCO, 2000).

O fator determinante não modificável mais importante para a doença cardiovascular é a idade. O risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral dobra a cada década após os 55 anos. Em relação ao sexo, a incidência de doenças cardiovasculares é superior entre os homens. Após a menopausa o risco para doenças cardíacas entre as mulheres é semelhante ao dos homens (MACKAY; GEORGE, 2004).

A história familiar de doença cardíaca também está relacionada a um maior risco de doenças cardiovasculares, portanto estas doenças podem ser atribuídas à predisposição herdada ou familiar (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é considerada a mais importante para as doenças cardiovasculares (MACKAY; GEORGE, 2004). Estudos indicam que o tratamento adequado do paciente hipertenso poderia evitar em 40% os acidentes vasculares cerebrais (BRASIL, 2004; FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003). Dessa forma, a ação dos serviços de atenção básica no controle da hipertensão arterial é essencial para a redução da mortalidade por doença cerebrovascular (BARATA, 2008).

Outro fator de risco modificável importante é o tabagismo, considerado a maior causa do desenvolvimento das doenças que mais levam à morte no mundo (WHO, 2007). A redução do uso do tabaco diminui o risco de problemas cardiovasculares, de sintomas respiratórios e da incidência de câncer, principalmente de pulmão (WHO, 2001). Johns, Gold e Leinbach (1993) também citam que os indivíduos que param de fumar reduzem à metade seus riscos de sofrer um novo infarto, e mostraram que a sobrevivência daqueles que paravam de fumar era maior do que a dos que não o faziam.

O tabagismo aumenta tanto mais o risco da ocorrência do acidente vascular cerebral quanto maior for o número de cigarros fumados, e esse risco se reduz rapidamente naqueles que deixam de fumar (FERNANDES, 1996; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; SACCO, 2000).

Assim como o hábito de fumar, o sobrepeso e a obesidade vêm sendo ressaltados como importantes entraves para o controle das doenças cardiovasculares. A obesidade está ligada à mortalidade por várias doenças crônicas, especialmente a doença cardiovascular. O estudo em Framingham demonstrou a gravidade da obesidade como fator

de risco para a doença arterial coronariana, evidenciando que o aumento de peso na idade adulta aumenta o risco para doença coronária em ambos os sexos, independentemente da presença de outros fatores de risco. Além de contribuir como fator isolado para doença arterial coronariana, a obesidade é fortemente associada aos fatores de risco para essa doença, destacando-se sua relação com a hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. O excesso de gordura depositado na região abdominal é, comprovadamente, um forte preditor para doença cardiovascular (COLOMBO et al., 2003).

O sobrepeso e a obesidade, que podem ser medidos pelo índice de massa corporal (IMC), constituem problemas que vêm crescendo em decorrência das mudanças nos hábitos de vida, principalmente na dieta e na atividade física (BARATA, 2008).

Assim, a inadequada ingestão de alimentos constitui outro fator de risco modificável, em que o indivíduo pode interferir aumentando a ingestão de verduras, legumes e frutas e diminuindo a de gorduras. Frutas e hortaliças fazem parte de uma dieta saudável e o aumento de seu consumo em quantidade adequada pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares (LOCK et al., 2005). A diminuição da ingestão de gorduras na dieta pode retardar ou reverter a progressão da aterosclerose e conseqüentemente a ocorrência de um infarto (JOHNS; GOLD; LEINBACH, 1993).

Nesse sentido, o consumo de gorduras de origem animal, a alta ingestão de ácidos graxos saturados e o aumento do peso são determinantes para a hiperlipidemia (LOTUFO, 1998). Esses desarranjos nos valores dos lipídios séricos (triglicerídios, colesterol, lipoproteínas de alta e baixa densidade) estão associados ao maior risco de coronariopatias. (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; SACCO, 2000).

A inatividade física é outro importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doença coronariana. No estudo de Brown, Thomas e Kotecki (2001), a inatividade física apresentou a maior prevalência (60%) entre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Este fator de risco está associado à maior mortalidade por enfermidades cardiovasculares, além de estar relacionado ao sobrepeso e à obesidade (BARATA, 2008).

Evidências apontam efeitos benéficos da atividade física também na prevenção do acidente vascular cerebral. A atividade física mais vigorosa e de duração maior possui maiores benefícios, mas mesmo atividades leves ou caminhar conferem um efeito protetor significativo (SACCO, 2000). Desse modo, a prática de atividade física pode ajudar no controle do colesterol, diabetes e obesidade, assim como no da hipertensão arterial (BROWN; THOMAS; KOTECKI, 2001).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde para reduzir o risco cardiovascular consiste em realizar atividade física com intensidade regular ou moderada, por no mínimo trinta minutos no maior número de dias possível (WHO, 2003).

Outro fator de risco modificável conhecido é o consumo de álcool. Diferentemente do tabagismo, porém, o consumo moderado de álcool é considerado fator de prevenção de doenças cardiovasculares. Define-se como consumo moderado a ingestão de uma dose (uma lata de cerveja ou uma taça de vinho) por dia para mulheres e duas doses por dia para homens, sendo a ingestão superior a esse nível considerada prejudicial à saúde (BARATA, 2008). O consumo exagerado de álcool aumenta o risco de coronariopatias e pode acarretar outros efeitos adversos à saúde, como a hipertensão arterial e o acidente vascular cerebral, por aumentar a ocorrência de hemorragias intracerebrais (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005; O CORAÇÃO, 2000; POLANCZYK, 2005).

Segundo uma pesquisa de vigilância dos fatores de risco e proteção contra doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) realizada pelo Ministério da Saúde, o consumo abusivo de álcool refere-se ao consumo maior que quatro doses e que cinco doses - respectivamente para mulheres e para homens - de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, nos últimos trinta dias (BRASIL, 2007b).

O diabetes *mellitus* é outro fator associado às doenças cardiovasculares, por acelerar o processo de aterosclerose (RADANOVIC, 2000; SACCO, 2000). Fisiopatologicamente, a influência do diabetes no infarto agudo do miocárdio ocorre devido à hiperglicemia, que resulta na aceleração da aterotrombogênese e, conseqüentemente, no prolongamento da meia-vida da lipoproteína de baixa densidade (LDL) (SIQUEIRA, PITTITO; FERREIRA, 2006).

Os diabéticos apresentam o dobro do risco de morrer por causa cardiovascular. No estudo de Avezum, Piegas e Pereira (2005) o infarto do miocárdio, angina e morte súbita ocorreram duas vezes mais em diabéticos do que em não diabéticos.

A alta incidência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares está relacionada, em parte, ao estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco, os quais comprovadamente contribuem para o aumento do número de pessoas acometidas por essa doença.

1.3 A IMPORTÂNCIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS PREVENTIVOS

O acesso aos serviços de saúde exprime a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. Há um conjunto de características que influenciam a maior ou menor capacidade de utilização desses serviços, constituindo-se, muitas vezes, como barreiras ao acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Entre essas barreiras destaca-se a indisponibilidade ou falta de presença física de serviços e recursos humanos, mas apenas a eliminação dessa barreira não garante o acesso aos serviços de saúde. As barreiras geográficas incorporam os aspectos localização, espaço físico, distância e outros. Outra barreira consiste na questão financeira, em que se observa um aumento na desigualdade social no tocante ao acesso aos serviços, o qual é desfavorável aos mais pobres, que têm menor capacidade de pagar (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Existem também as barreiras organizacionais, que expressam as características de organização dos serviços e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos. O horário de funcionamento do serviço, o tempo de espera, as medidas de acolhimento, a política de humanização e a qualidade técnica do serviço podem impactar o acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

As desigualdades na utilização de serviços de saúde são reflexos das desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Diferenças no comportamento do indivíduo em relação à doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para sua população, também influenciam em sua utilização (PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS et al., 2000).

De maneira geral, a literatura mostra que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, o que se explica, em parte, por variações no perfil de necessidade de saúde e pelo maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Pinheiro et al. (2002) apontam que os indicadores de acesso a serviços de saúde possuem diferenças importantes de gênero, favoráveis às mulheres, tanto no uso regular de um mesmo serviço de saúde quanto no número de consultas médicas. A faixa etária também influencia nessa utilização, conforme verificou Lima-Costa (2004) em pesquisa na qual os idosos apresentaram alta prevalência na utilização de serviços preventivos de saúde em comparação com as pessoas mais jovens.

Outro aspecto relevante diz respeito à maior utilização dos serviços de saúde entre as pessoas de maior renda e com cobertura de planos de saúde. Verifica-se que os indivíduos mais pobres os procuram, geralmente, por motivo de doença, enquanto os mais ricos o fazem para exames de rotina e prevenção (NERI; SOARES, 2002).

Ante as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, a implementação de modelos de atenção à saúde que incluam ações estratégicas individuais e coletivas para a melhoria da qualidade da atenção e redução da morbimortalidade pelas doenças do aparelho circulatório constitui um dos maiores desafios da atenção básica no combate aos fatores de risco (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações no sentido de reduzir a ocorrência de doenças cardiovasculares, como as medidas antitabágicas, as políticas de alimentação e nutrição, ações de atenção à hipertensão arterial e diabetes *mellitus* com garantia de medicamentos básicos na rede pública e a capacitação de profissionais (BRASIL, 2006c).

Em 2006 as propostas do Pacto pela Saúde por meio do Pacto pela Vida reafirmaram os objetivos de promoção da saúde e da atenção básica consolidada pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

Integrante da atenção básica, o programa Saúde da Família representa uma estratégia de mudança do Sistema Único de Saúde (SUS) de um modelo meramente assistencial e hospitalocêntrico para um baseado na atenção básica como sua porta de entrada. Mais abrangente que o modelo tradicional, o programa Saúde da Família engloba ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, de vigilância à saúde, de tratamento e reabilitação por meio do acesso universal, integral e contínuo a serviços de saúde (BRASIL, 2007a). Por essas características esse programa constitui a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006c).

Em Londrina, a atenção básica tem sua base estruturante nas Equipes de Saúde da Família (ESF). A implantação maciça do programa Saúde da Família em 2001, no município, possibilitou melhorias no processo de trabalho, além de aumentar o vínculo com as famílias e a comunidade (LONDRINA, 2008a).

A prevenção de novos eventos cardiovasculares deve ser orientada não pelos riscos da elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol, mas pela somatória de vários fatores (BRASIL, 2006c).

Em relação aos serviços de saúde, as intervenções preventivas centralizam-se na garantia e facilidade do acesso com enfoque no cuidado contínuo, na promoção da saúde, em práticas assistenciais com a participação de usuários, profissionais, familiares e gestores, na capacitação e desenvolvimento de profissionais de saúde para planejamento e implementação de programas para aplicação de medidas preventivas (V DIRETRIZES..., 2007).

Juntamente com a ESF, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam a porta de entrada do SUS, em que a população deve ser assistida integralmente em suas necessidades básicas de saúde por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (LONDRINA, 2008b). Estes serviços precisam estar organizados de maneira que visem ao controle efetivo dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Não apenas os cuidados clássicos por meio de tratamento medicamentoso, mas também sua associação com programas de adesão ao tratamento não medicamentoso.

Apesar dos fatores de risco para doenças cardiovasculares estarem bem estabelecidos há mais de cinco décadas, quando foram divulgados os achados do *Framingham Heart Study*, poucas modificações têm sido observadas no comportamento da população.

Há, portanto, necessidade de refletir sobre as estratégias preventivas e assistenciais que deveriam ser adotadas pelas ESF, visando à redução das mortes por doenças do aparelho circulatório, uma vez que só mais recentemente estão sendo adotadas estratégias de promoção à saúde. A Política Nacional de Promoção à Saúde, publicada em 2002 pelo Ministério da Saúde, fez vários apontamentos, porém não foi suficiente para deflagrar o desenvolvimento de ações concretas nesse campo (CARVALHO et al, 2009).

Carvalho et al. (2009), ao analisarem a mortalidade e a internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde, por doenças do aparelho circulatório, baseados em dados secundários e agregados antes e após a implantação da ESF em Londrina-PR, constataram redução significativa apenas na mortalidade por doenças cerebrovasculares em idosos. Ressaltam que estes resultados indicam, de certo modo, impacto dos investimentos no controle da hipertensão arterial na prevenção dos eventos cerebrovasculares. Todavia, a manutenção dos níveis de mortalidade e o incremento de internações hospitalares entre adultos não idosos, além da sobremortalidade masculina, apontam a necessidade de se aprofundar a análise em nível local, no sentido de verificar em que medida as ações têm alcançado diferentes grupos populacionais, em especial os inseridos no mercado de trabalho, uma vez que avanços ulteriores na promoção da saúde cardiovascular dependem em grande

parte da capacidade de inclusão das pessoas tradicionalmente à margem do sistema de saúde, com destaque para a atenção básica.

Assim, considerando-se que os altos índices dessas doenças sugerem que as ações educativas de caráter geral e o acesso aos serviços preventivos de saúde não estão ao alcance da população, estudos populacionais que aprofundem conhecimentos acerca dos fatores de risco e acesso às ações de prevenção e controle das doenças cardiovasculares são importantes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a prática da prevenção às doenças cardiovasculares entre adultos residentes na área de abrangência de uma unidade básica de saúde no município de Londrina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- caracterizar os adultos de 40 anos ou mais, residentes na área de atuação de equipes de saúde da família segundo variáveis sociais, demográficas e de utilização de serviços;
- identificar a prevalência de fatores de risco para as doenças cardiovasculares por sexo, faixa etária, situação econômica e presença de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*;
- verificar a cobertura das ações de prevenção e acompanhamento das doenças cardiovasculares por sexo, faixa etária e filiação a planos privados de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

A pesquisa consiste em um estudo transversal, observacional, individuado de base populacional, realizado por meio de inquérito domiciliar.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bandeirantes, da zona urbana do município de Londrina, localizado no Norte do Estado do Paraná. Segundo o IBGE (2009), a população desse município é estimada em 510.707 habitantes. Sua rede assistencial de saúde conta com 52 unidades básicas de saúde, das quais 39 se localizam na zona urbana e 13 na área rural, e com 90 equipes de Saúde da Família (LONDRINA, 2008a).

A área de abrangência dessa unidade básica de saúde, situada na região Oeste de Londrina, compreende 39 bairros, além de conjuntos residenciais. O horário de funcionamento da UBS é de segunda a sexta-feira, das sete às dezenove horas (LONDRINA, 2008b).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo se constituiu por adultos de 40 anos ou mais, residentes na área de abrangência de uma UBS coberta pela Estratégia Saúde da Família.

3.4 AMOSTRAGEM

Para a definição da amostra foram consideradas as áreas de atuação de três equipes de saúde da família (áreas A, B e C), da referida unidade básica de saúde, subdivididas em 14 microáreas.

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (LONDRINA, 2009), no consolidado das famílias cadastradas do ano de 2009, o número total de habitantes da área de abrangência da UBS Bandeirantes era de 12671 pessoas, das quais 5.392 (42,6%) tinham idade de 40 anos ou mais.

Todas as microáreas foram incluídas neste estudo e a definição do número de pessoas entrevistadas em cada microárea foi calculada proporcionalmente à quantidade de adultos de 40 anos ou mais. Em cada microárea, o número de entrevistados foi proporcional ao número de residentes de cada grupo etário (40 a 59 anos e 60 anos ou mais) e sexo, conforme distribuição do SIAB (Tabela 1).

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se o aplicativo Epi Info 3.5.1, considerando-se margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95% e acréscimo de 20% para eventuais perdas, resultando em uma amostra de 431 pessoas a serem entrevistadas. Para o cálculo da amostra por sexo e faixa etária utilizou-se o programa Excel, e com o arredondamento de casas decimais, a amostra resultou em 435 pessoas, das quais 194 eram homens (122 entre 40 e 59 anos e 72 de 60 anos ou mais) e 241 mulheres (144 entre 40 e 59 anos e 97 de 60 anos ou mais) (tabela 1).

Tabela 1 – População estimada e número de participantes do estudo (amostra) de 40 anos e mais, residentes na área de abrangência da UBS Bandeirantes segundo sexo, faixa etária e área (microárea) de atuação da ESF, Londrina – PR, 2009.

Área	Micro área	Pop.	População de 40 anos e mais				Amostra por sexo				Amostra por sexo e faixa etária							
			Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino				Feminino			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	1	1244	219	48,1	236	51,9	17	47,2	19	52,8	12	70,6	5	29,4	13	68,4	6	31,6
	2	1212	230	42,6	310	57,4	19	43,2	25	56,8	12	63,2	7	36,8	15	60,0	10	40,0
	3	1045	203	45,7	241	54,3	17	46,0	20	54,0	10	58,8	7	41,2	11	55,0	9	45,0
	4	973	171	44,5	213	55,5	14	45,2	17	54,8	10	71,4	4	28,6	12	70,6	5	29,4
	5	1103	197	46,8	224	53,2	16	47,1	18	52,9	13	81,3	3	18,7	14	77,8	4	22,2
B	1	633	126	38,2	204	61,8	11	40,7	16	59,3	6	54,5	5	45,5	8	50,0	8	50,0
	2	833	157	44,4	197	55,6	12	42,9	16	57,1	6	50,0	6	50,0	9	56,3	7	43,7
	3	867	171	43,0	227	57,0	14	43,8	18	56,2	8	57,1	6	42,9	10	55,6	8	44,4
	4	773	170	45,1	207	54,9	14	45,2	17	54,8	8	57,1	6	42,9	9	53,0	8	47,0
	5	793	142	41,2	203	58,8	11	40,7	16	59,3	7	63,6	4	36,4	10	62,5	6	37,5
C	1	760	150	46,9	170	53,1	12	48,0	13	52,0	7	58,3	5	41,7	7	53,8	6	46,2
	2	776	130	48,7	137	51,3	11	50,0	11	50,0	8	72,7	3	27,3	7	63,6	4	36,4
	3	727	129	44,5	161	55,5	10	43,5	13	56,5	7	70,0	3	30,0	8	61,5	5	38,5
	4	932	195	41,8	272	58,2	16	42,1	22	57,9	8	50,0	8	50,0	11	50,0	11	50,0
Total		1267	2390	44,3	3002	55,7	194	44,6	241	55,4	122	62,9	72	37,1	144	59,8	97	40,2

Para seleção das moradias a serem incluídas na pesquisa foi utilizado o mapa da região para identificação das áreas, microáreas, ruas e quadras (APÊNDICE A). As quadras de cada microárea foram numeradas e ordenadas, a partir de sorteio, para definição do percurso obedecido pelos entrevistadores. O início da rota percorrida foi definido por meio do sorteio de um dos cantos da quadra (esta orientada no sentido norte a partir do canto sorteado) e o deslocamento se deu no sentido anti-horário (APÊNDICE B).

A seleção dos domicílios a serem contatados foi realizada por amostragem sistemática, com a fração de 1:6 (um domicílio a cada seis). Esta fração foi definida considerando-se o tamanho da amostra e o fato de aproximadamente 70% das famílias contarem com pelo menos um membro na faixa etária estipulada (dados obtidos no estudo piloto). O primeiro domicílio contatado foi definido por sorteio entre os seis primeiros e os demais, subsequencialmente, acrescentando-se seis unidades ao anterior. Quando não se encontrou nenhum indivíduo da faixa etária no domicílio selecionado, este foi substituído pelo domicílio vizinho.

A quantidade de domicílios contatados por microárea obedeceu à sequência das casas e de “pulos”, até o esgotamento da cota definida, por faixa etária e sexo.

Em algumas microáreas foi necessário repetir a rota, por não se ter atingido o número de entrevistas após percorrer todas as quadras. Nessa segunda etapa, foi considerada a casa anterior àquela sorteada para reinício da sequência de entrevistas.

Nos domicílios sorteados participou do estudo apenas uma pessoa, cuja escolha também se realizou por sorteio. Quando se atingia a cota por sexo ou por faixa etária essas pessoas eram excluídas dos sorteios. Foram excluídos também visitantes, moradores temporários e empregados domésticos.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por inquérito em domicílio, utilizando-se de um formulário semiestruturado composto por questões abertas e fechadas referentes a dados sociais e ambientais, antecedentes familiares, fatores de risco cardiovasculares, morbidades e utilização de serviços (APÊNDICE C).

As entrevistas foram realizadas durante os meses de junho e julho de 2009, por estudantes universitários da área da saúde e enfermeiros previamente orientados e treinados para aplicação do formulário com a utilização de um manual de instruções elaborado para abordagem domiciliar (APÊNDICE D), sob a orientação e com a participação da pesquisadora principal.

Os dados foram obtidos mediante informações referidas pelos próprios moradores selecionados. No caso de ausência do indivíduo sorteado, foram realizadas novas tentativas. Consideraram-se como perdas as pessoas que se recusaram a responder e o caso de um indivíduo que não foi encontrado após várias tentativas. O conhecimento da existência de pessoas com idade apropriada para este estudo foi obtido pelos moradores encontrados no domicílio sorteado ou, na ausência de todos, pelos vizinhos.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.6.1 Variáveis Sociodemográficas

- Idade: em anos completos e categorizados posteriormente
- Sexo:
 - Masculino
 - Feminino
- Situação conjugal:
 - Solteiro
 - Casado

- Separado/divorciado
- Viúvo
- Classe econômica

Esta classificação compreendeu dados do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008). Tal instrumento estima o poder de compra das pessoas e estabelece oito classes econômicas:

- Classe A1: 42 a 46 pontos;
- Classe A2: 35 a 41 pontos;
- Classe B1: 29 a 34 pontos;
- Classe B2: 23 a 28 pontos;
- Classe C1: 18 a 22 pontos;
- Classe C2: 14 a 17 pontos;
- Classe D: 8 a 13 pontos;
- Classe E: 0 a 7 pontos.

Para análise dos dados foram considerados três grupos:

- Classe econômica alta: os estratos A1, A2 e B1;
- Classe econômica média: os estratos B2, C1 e C2;
- Classe econômica baixa: os estratos D e E.

- Ocupação:

Exerce trabalho remunerado:

- Sim
- Não

3.6.2 Variáveis Relacionadas aos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares

Foi utilizado um conjunto de variáveis baseado nas categorias propostas pelo instrumento do sistema VIGITEL (BRASIL, 2007b), a seguir apontadas e descritas.

- Tabagismo

Foram analisados os dados de prevalência de tabagismo a partir do percentual de fumantes diários e ocasionais. Para análise dos resultados foram consideradas como fumantes (do grupo “sim”) as pessoas que relataram fumar diariamente e ocasionalmente. Destarte, fumante era todo indivíduo que havia relatado ter hábito de fumar, independentemente da frequência e intensidade desse hábito. Como ex-fumante classificou-se todo indivíduo não fumante que relatou já ter fumado em algum período da vida. Perguntou-se também a esses indivíduos com que idade haviam começado a fumar regularmente e quando haviam parado de fazê-lo.

Se fuma:

- Sim, diariamente
- Sim, ocasionalmente
- Não

Quantidade de cigarros que fuma por dia:

- 1 – 4
- 5 – 9
- 10 – 14
- 15 – 19
- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 ou mais

Se já fumou:

- Sim
- Não

- Excesso de peso ou obesidade

O excesso de peso foi constatado quando o índice de massa corporal (IMC), obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros), alcançou valor igual ou superior a 25 kg/m^2 , e a obesidade a partir de IMC de 30 kg/m^2 (BRASIL, 2007b).

- Peso em kg (valor aproximado)
- Altura

- Consumo alimentar carne vermelha, frutas, verduras e gorduras

Considerou-se como comportamento de risco o consumo habitual de carne vermelha e baixo consumo de frutas, verduras ou legumes (inferior a cinco dias por semana). Sendo assim, as categorias “1 a 2 dias por semana”, “3 a 4 dias por semana”, “quase nunca” e “nunca” corresponderam a “não” e as categorias “5 a 6 dias por semana” e “todos os dias” corresponderam a “sim”.

Consumo de carne vermelha:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias
- Quase nunca
- Nunca

Hábito de ingestão de carne vermelha com gordura:

- Tira sempre o excesso de gordura visível
- Ingere com gordura
- Não ingere carne vermelha com gordura

Consumo de frutas:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias
- Quase nunca
- Nunca

Consumo de verduras ou legumes:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias
- Quase nunca
- Nunca

- Atividade física

Foram analisadas a prática de atividade física nos últimos três meses e sua frequência. Considerou-se como prática de atividade física regular aquela realizada três vezes ou mais por semana, e irregular a realizada em menos de três dias da semana.

- Prática de algum exercício físico ou esporte nos últimos três meses:

- Sim
- Não

- Frequência da prática de exercício ou esporte:

- Menos que 3 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias

- Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas correspondeu à ingestão, nos últimos trinta dias, em um único dia, de mais de quatro doses para mulheres e mais de cinco doses para homens. Foram consideradas como dose uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho (BRASIL, 2007b).

Hábito de consumir bebida alcoólica:

- Sim
- Não

Frequência da ingestão de bebida alcoólica:

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias
- Menos de 1 dia por semana
- Menos de 1 dia por mês

Consumo maior que 4 doses (para mulheres) ou 5 doses (para homens) de bebida alcoólica nos últimos 30 dias:

- Sim
- Não

Ocorrência do consumo maior que 4 ou 5 doses de bebida alcoólica no mês:

- Em um único dia
- Em 2 dias
- Em 3 dias
- Em 4 dias
- Em 5 dias
- Em 6 dias
- Em 7 dias ou mais
- Não sabe

- Hipertensão arterial

Foi definida pela história de diagnóstico médico para hipertensão arterial referida pelo indivíduo ou seus familiares (BRASIL, 2007b).

Foi diagnosticada hipertensão arterial por um médico:

- Sim
- Não
- Não se lembra

- Diabetes *mellitus*

Foi definida pela história de diagnóstico médico de diabetes referida pelo indivíduo ou seus familiares (BRASIL, 2007b).

Foi diagnosticada a diabetes por um médico:

- Sim
- Não
- Não se lembra

- Com hipertensão arterial e ou diabetes *mellitus*

Foi definida pela história de diagnóstico médico de hipertensão arterial e ou diabetes *mellitus* referida pelo indivíduo ou seus familiares.

- Sim
- Não
- Não se lembra

Para fins de análise da prevalência de fatores de risco segundo diferentes grupos populacionais foi considerado também, como um grupo distinto, as pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes *mellitus*, dois fatores de risco modificáveis, considerados prioridades de atuação nos programas de saúde que visam à redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

3.6.3 Variáveis Relacionadas à Utilização dos Serviços Preventivos

- Consulta médica nos últimos doze meses:

Consultou o médico nos últimos doze meses:

- Sim
- Não

- Filiação a planos de saúde privados:

- Sim
- Não

- Utilização de Unidade Básica de Saúde (UBS):

- Sim
- Não

• Orientação profissional sobre fatores de risco: perguntou-se aos entrevistados se haviam recebido dos profissionais de saúde explicações a respeito da importância da prevenção dos fatores de risco cardiovasculares. Participações em cursos, palestras, reuniões ou grupos também foram analisados, conforme as seguintes perguntas e respostas:

Recebeu algum tipo de explicação sobre prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares nos últimos doze meses?

- Sim
- Não

Participou de cursos, palestras, reuniões sobre doenças do coração ou grupos de hipertensão e diabetes?

- Sim
- Não
- Aferição da pressão arterial

O entrevistado foi questionado sobre se verificara sua pressão arterial nos últimos doze meses, a frequência dessas verificações e se haviam sido feitas por profissional da saúde ou com aparelho de pressão próprio, de uso doméstico. Na frequência, as categorias “diariamente”, “semanalmente” e “1 a 3 vezes por mês” foram agrupadas e corresponderam a “intervalo inferior a um mês”.

Frequência com que verifica a pressão arterial:

- Diariamente
- Semanalmente
- 1 a 3 vezes por mês
- Intervalo superior a 1 mês
- Nunca

- Dosagem de colesterol

Foi analisada a realização da coleta de dosagem de colesterol referida pelo entrevistado nos últimos doze meses, como segue.

Realização de coleta para dosagem de colesterol:

- Sim
- Não

3.7 PRÉ –TESTE DO INSTRUMENTO E ESTUDO PILOTO

Houve um estudo piloto realizado nos dias 22, 23 e 25 de maio de 2009, na população residente em outra área de abrangência de UBS, porém semelhante em termos socioeconômicos e demográficos. Foram entrevistadas 34 pessoas com vista a testar o instrumento de pesquisa, além de quantificar os domicílios, as pessoas nas faixas etárias propostas pelo estudo, as recusas e as ausências em horário comercial.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise da associação de variáveis foi utilizado o teste de qui-quadrado com correção de Yates. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$. Para a análise da prevalência de fatores de risco, calculou-se também a razão de prevalência (RP) e o respectivo intervalo de confiança de 95%, sendo considerada significativa a diferença quando o intervalo não contemplasse a unidade. A análise dos dados foi realizada após dupla digitação em um banco de dados elaborado para este estudo para correção de inconsistência dos dois bancos.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, mediante o Parecer N.º 010/09 (ANEXO A).

Os entrevistados foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos. Após concordância, responderam às questões contidas no formulário para coleta de dados. Obteve-se também, após sua leitura, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), em que se garantia o anonimato na divulgação dos resultados. No final da entrevista, foi entregue a cada entrevistado um folheto explicativo (APÊNDICE F) com informações sobre conceito, consequências, fatores de risco e prevenção de doenças cardiovasculares.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

Dos 435 indivíduos de 40 anos ou mais amostrados para este estudo, foram entrevistados 427 (98,2%), sendo 238 do sexo feminino e 189 do sexo masculino. Ocorreram sete recusas e apenas uma perda, por não encontrar a pessoa selecionada em mais de três tentativas.

A média de idade dos entrevistados foi de 57,6 anos (desvio padrão=11,9) e a mediana, de 56 anos. De seu total, 66,7% eram casados e 66,0% foram classificados como pertencentes aos extratos B2, C1 e C2, considerados como classe econômica média segundo categorização da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Em relação à distribuição etária e à classe econômica, não houve diferença entre os sexos.

Na comparação entre os sexos, a proporção de homens casados (75,7%) foi significativamente superior à de mulheres (59,7%), como o foi também a de homens que exerciam trabalho remunerado em relação à de mulheres (respectivamente, 49,2% e 29,0%) (tabela 2).

Tabela 2 – Características socioeconômicas e demográficas por sexo da população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Características	Sexo						p
	Total		Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	n	%	
Idade*							
40-49 anos	126	30,3	57	30,7	69	30,0	0,132
50-59 anos	131	31,5	62	33,3	69	30,0	
60-69 anos	80	19,2	26	14,0	54	23,5	
70-79 anos	62	14,9	33	17,7	29	12,6	
80 anos ou mais	17	4,1	8	4,3	9	3,9	
Situação conjugal							
Casado	285	66,7	143	75,7	142	59,7	< 0,001
Não casado	142	33,3	46	24,3	96	40,3	
Classe econômica							
A1, A2 e B1	79	18,5	44	23,3	35	14,7	0,076
B2, C1 e C2	282	66,0	117	61,9	165	69,3	
D e E	66	15,5	28	14,8	38	16,0	
Trabalho remunerado							
Sim	162	37,9	93	49,2	69	29,0	< 0,001
Não	265	62,1	96	50,8	169	71,0	

* 11 pessoas se recusaram a informar ou não sabiam referir a data de nascimento.

4.2 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A figura 1 apresenta a prevalência referida de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Verifica-se que 63,5% dos entrevistados não costumavam praticar ou não haviam praticado nenhuma atividade física nos três meses que antecederam a entrevista. Foi observado que 72,1% não realizavam atividade física ou o faziam menos de três vezes por semana. Entre os que praticavam, 76,3% mencionaram frequência igual ou superior a três vezes por semana. A não prática da atividade física foi o fator de risco mais frequente neste estudo, seguida pela prevalência de sobrepeso ou obesidade (60,9%) e pela hipertensão arterial (42,4%). O diabetes foi referido por 14,1% dos entrevistados.

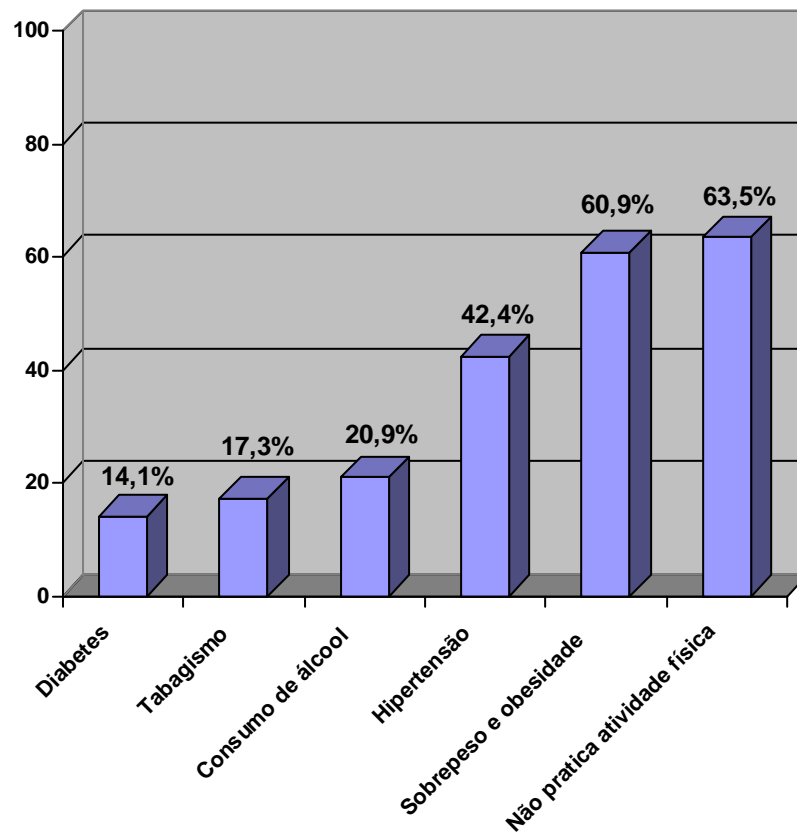


Figura 1– Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

As tabelas 3, 4 e 5 apresentam a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população estudada com estratificação mais detalhada das categorias.

Tabela 3 – Frequência de tabagismo, atividade física e consumo de bebidas alcoólicas em população residente em uma área coberta por uma ESF, Londrina-PR, 2009.

Fatores de risco	n	%
Tabagismo		
Sim, diariamente	67	15,7
Sim, ocasionalmente	7	1,6
Não	353	82,7
- Fumante		
Sim	74	17,3
Não	353	82,7
- Ex-fumante		
Sim	104	29,5
Não	249	70,5
Atividade física		
- Prática de exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses:		
Sim	156	36,5
Não	271	63,5
- Prática de exercício físico ou esporte:		
Menos que 3 dias/semana	37	23,7
3 a 4 dias/semana	55	35,3
5 a 6 dias/semana	23	14,7
Todos os dias	41	26,3
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	89	20,8
Não	338	79,2
- Consumo abusivo de álcool		
Sim	26	29,2
Não	63	70,8

Verifica-se pela tabela 4 que 60,9% das pessoas relataram consumir frutas no mínimo em cinco dias da semana e 73,8% referiram consumir verduras ou legumes. Em relação ao consumo de carnes, 41,0% referiram ingerir carne vermelha diariamente, enquanto o consumo diário de frango foi relatado por 7,5%. Quanto ao leite, 63,7% referiram consumir todos os dias.

Tabela 4 – Frequência de consumo de frutas, verduras ou legumes, carne vermelha, frango e leite em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Fatores de risco	n	%
Consumo alimentar		
- Consumo de carne vermelha:		
1 a 2 dias/semana	73	17,1
3 a 4 dias/semana	114	26,7
5 a 6 dias/semana	35	8,2
Todos os dias	175	41,0
Quase nunca	20	4,7
Nunca	10	2,3
- Consumo de verduras ou legumes:		
1 a 2 dias/semana	30	7,0
3 a 4 dias/semana	62	14,5
5 a 6 dias/semana	26	6,1
Todos os dias	289	67,7
Quase nunca	18	4,2
Nunca	2	0,5
- Consumo de frutas:		
1 a 2 dias/semana	36	8,4
3 a 4 dias/semana	67	15,7
5 a 6 dias/semana	31	7,3
Todos os dias	229	53,6
Quase nunca	53	12,4
Nunca	11	2,6
- Consumo de frango:		
1 a 2 dias/semana	171	40,0
3 a 4 dias/semana	131	30,7
5 a 6 dias/semana	48	11,2
Todos os dias	32	7,5
Quase nunca	31	7,3
Nunca	14	3,3
- Consumo de leite:		
1 a 2 dias/semana	13	3,0
3 a 4 dias/semana	25	5,9
5 a 6 dias/semana	6	1,4
Todos os dias	272	63,7
Quase nunca	53	12,4
Nunca	58	13,6

Na população estudada a ocorrência de infarto agudo do miocárdio nos últimos doze meses foi de 1,6% e a de acidente vascular cerebral foi de 1,9% (tabela 5). Verificou-se, ainda, que 46,6% dos entrevistados fizeram menção a diagnóstico médico de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. Além disso, 9,9% referiram presença simultânea das duas condições (tabela 5). Dentre as pessoas portadoras de hipertensão arterial 23,3% mencionaram também diabetes, e a prevalência de hipertensão arterial entre as 60 pessoas com diabetes foi de 70,0%.

Tabela 5 – Frequência de hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e diabetes *mellitus* em população residente em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Fatores de risco	n	%
Infarto agudo do miocárdio no último ano		
Sim	7	1,6
Não	420	98,4
Acidente vascular cerebral no último ano		
Sim	8	1,9
Não	419	98,1
Hipertensão arterial*		
Sim	180	42,4
Não	245	57,6
Diabetes <i>mellitus</i>*		
Sim	60	14,1
Não	365	85,9
Presença de hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i>*		
Sim	198	46,6
Não	227	53,4
Presença simultânea de hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i>*		
Sim	42	9,9
Não	383	90,1

* 2 pessoas referiram não se lembrar de ter sido diagnosticada a hipertensão arterial e/ou diabetes por um médico.

4.2.1 Diferencial na Prevalência

4.2.1.1 Por sexo

Em relação aos fatores de risco para doenças cardiovasculares por sexo, o tabagismo e o consumo de bebida alcoólica e de carne vermelha com excesso de gordura foram significativamente mais frequentes entre os homens. Além disso, observou-se também que a proporção de homens que consomem frutas, verduras ou legumes uma ou mais vezes na semana foi significativamente inferior à de mulheres (tabela 6).

Não se observaram diferenças significativas entre os sexos na prevalência de sobrepeso ou obesidade, na prática regular de atividade física, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Tabela 6 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo sexo, razão de prevalência (masculino/feminino) e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009.

Fatores de risco	Sexo				RP (IC 95%)	Valor p
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%		
Tabagismo						
Sim	45	23,8	29	12,2	1,95 (1,28-2,99)	0,002
Não	144	76,2	209	87,8		
Consumo de bebida alcoólica						
Sim	67	35,4	22	9,2	3,84 (2,46-5,97)	< 0,001
Não	122	64,6	216	90,8		
Consumo de carne vermelha com excesso de gordura*						
Sim	84	44,9	46	19,7	2,28 (1,68-3,08)	< 0,001
Não	103	55,1	187	80,3		
Consumo habitual de verduras ou legumes						
Sim	122	64,6	193	81,1	0,80 (0,70-0,90)	< 0,001
Não	67	35,4	45	18,9		
Consumo habitual de frutas						
Sim	104	55,0	156	65,5	0,84 (0,72-0,98)	0,034
Não	85	45,0	82	34,5		
Excesso de peso ou obesidade**						
Sim	106	59,2	139	62,3	0,95 (0,81-1,11)	0,593
Não	73	40,8	84	37,7		
Prática de atividade física nos últimos três meses						
Sim	67	35,4	89	37,4	0,95 (0,74-1,22)	0,753
Não	122	64,6	149	62,6		
Prática de atividade física $\geq 3x$/semana						
Sim	55	29,1	64	26,9	1,08 (0,80-1,47)	0,691
Não	134	70,9	174	73,1		
Hipertensão arterial***						
Sim	74	39,3	106	44,7	0,88 (0,70-1,10)	0,311
Não	114	60,7	131	55,3		
Diabetes mellitus***						
Sim	25	13,3	35	14,7	0,90 (0,56-1,45)	0,770
Não	163	86,7	202	85,3		

* 7 pessoas não responderam.

**25 pessoas não souberam referir seu peso e ou altura.

*** 2 pessoas referiram não se lembrar de ter sido diagnosticada a hipertensão arterial ou diabetes por um médico.

4.2.1.2 Por faixa etária

A tabela 7 mostra que as pessoas entre 40 e 59 anos apresentaram maior prevalência de tabagismo e de consumo de álcool e menor prevalência de consumo habitual de frutas comparativamente às de 60 anos e mais.

Tabela 7– Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo faixa etária, razão de prevalência (40 a 59 anos/60 anos e mais) e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009.

Fatores de risco	Faixa etária				RP (IC 95%)	Valor p
	40 a 59 anos		60 anos e mais			
	n	%	n	%		
Tabagismo						
Sim	54	20,6	20	12,1	1,70 (1,06-2,73)	0,033
Não	208	79,4	145	87,9		
Consumo de bebida alcoólica						
Sim	69	26,3	20	12,1	2,17 (1,37-3,44)	< 0,001
Não	193	73,7	145	87,9		
Consumo de carne vermelha com excesso de gordura*						
Sim	85	32,8	45	28,0	1,17 (0,87-1,59)	0,346
Não	174	67,2	116	72,0		
Consumo habitual de verduras ou legumes						
Sim	193	73,7	122	73,9	1,00 (0,89-1,12)	0,960
Não	69	26,3	43	26,1		
Consumo habitual de frutas						
Sim	147	56,1	113	68,5	0,82 (0,71-0,95)	0,014
Não	115	43,9	52	31,5		
Excesso de peso ou obesidade**						
Sim	150	60,0	95	62,5	0,96 (0,82-1,13)	0,694
Não	100	40,0	57	37,5		
Prática de atividade física nos últimos 3 meses						
Sim	91	34,7	65	39,4	0,88 (0,69-1,13)	0,383
Não	171	65,3	100	60,6		
Prática de atividade física ≥ 3x/semana						
Sim	70	26,7	49	29,7	0,90 (0,66-1,23)	0,576
Não	192	73,3	116	70,3		
Hipertensão arterial***						
Sim	82	31,5	98	59,4	0,53 (0,43-0,66)	< 0,001
Não	178	68,5	67	40,6		
Diabetes mellitus***						
Sim	27	10,4	33	20,0	0,52 (0,32-0,83)	0,009
Não	233	89,6	132	80,0		

* 7 pessoas não souberam informar.

** 25 pessoas não souberam referir seu peso e/ou altura.

*** 2 pessoas referiram não se lembrar de ter sido diagnosticada a hipertensão arterial ou diabetes por um médico.

No entanto, em relação à presença de hipertensão arterial e diabetes, a faixa etária de 60 anos ou mais apresentou prevalência mais elevada.

4.2.1.3 Por presença de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*

Segundo a tabela 8, as pessoas portadoras de diabetes e hipertensão arterial apresentaram menor prevalência de tabagismo (RP: 0,52 IC95%: 0,33;0,81) e de consumo de carne vermelha com gordura (RP: 0,59 IC95%: 0,43;0,80), entretanto, tiveram maior prevalência de sobrepeso ou obesidade (RP: 1,52 IC95%: 1,30;1,79).

Tabela 8 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo presença ou não de hipertensão arterial e ou diabetes *mellitus*, razão de prevalência e intervalo de confiança (95%) em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009.

Fatores de risco	Hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i> *				RP (IC 95%)	Valor p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Tabagismo						
Sim	23	11,6	51	22,5	0,52 (0,33-0,81)	0,005
Não	175	88,4	176	77,5		
Consumo de bebida alcoólica						
Sim	33	16,7	56	24,7	0,68 (0,46-0,99)	0,057
Não	165	83,3	171	75,3		
Consumo de carne vermelha com excesso de gordura**						
Sim	44	22,6	86	38,4	0,59 (0,43-0,80)	< 0,001
Não	151	77,4	138	61,6		
Consumo habitual de verduras ou legumes						
Sim	156	78,8	157	69,2	1,14 (1,02-1,28)	0,032
Não	42	21,2	70	30,8		
Consumo habitual de frutas						
Sim	126	63,6	132	58,1	1,09 (0,94-1,27)	0,291
Não	72	36,4	95	41,9		
Excesso de peso ou obesidade***						
Sim	139	74,3	104	48,8	1,52 (1,30-1,79)	< 0,001
Não	48	25,7	109	51,2		
Prática de atividade física nos últimos 3 meses						
Sim	74	37,4	81	35,7	1,05 (0,81-1,35)	0,795
Não	124	62,6	146	64,3		
Prática de atividade física \geq 3x/semana						
Sim	59	29,8	60	24,3	1,13 (0,83-1,53)	0,508
Não	139	70,2	167	75,7		

* 2 pessoas referiram não se lembrar de ter sido diagnosticada a hipertensão arterial ou diabetes por um médico.

** 6 pessoas não responderam.

*** 25 pessoas não souberam referir seu peso e/ou altura.

4.2.1.4 Por classe econômica

De acordo com a tabela 9, o tabagismo foi mais frequente nas classes econômicas média e baixa, enquanto as pessoas pertencentes às classes alta e média apresentaram maior prevalência no consumo habitual de verduras ou legumes. O excesso de peso ou obesidade foi mais frequente no grupo pertencente à classe média (64,5%), seguida pela alta (55,1%).

Tabela 9 – Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo classe econômica em população residente em área coberta por ESF, Londrina - PR, 2009.

Fatores de risco	Classe econômica						Valor p
	Alta		Média		Baixa		
	n	%	n	%	n	%	
Tabagismo							
Sim	6	7,6	53	18,8	15	22,7	0,030
Não	73	92,4	229	81,2	51	77,3	
Consumo de bebida alcoólica							
Sim	23	29,1	50	17,7	16	24,2	0,067
Não	56	70,9	232	82,3	50	75,8	
Consumo de carne vermelha com excesso de gordura*							
Sim	25	32,1	81	29,2	24	36,9	0,471
Não	53	67,9	196	70,8	41	63,1	
Consumo de verduras ou legumes							
Sim	69	87,3	207	73,4	39	59,1	< 0,001
Não	10	12,7	75	26,6	27	40,9	
Consumo de frutas							
Sim	57	72,2	165	58,5	38	57,6	0,075
Não	22	27,8	117	41,5	28	42,4	
Excesso de peso ou obesidade**							
Sim	43	55,1	171	64,5	28	47,5	0,032
Não	35	44,9	94	35,5	31	52,5	
Prática de atividade física nos últimos 3 meses							
Sim	32	40,5	101	35,8	23	34,8	0,711
Não	47	59,5	181	64,2	43	65,2	
Prática de atividade física ≥ 3x/semana							
Sim	24	30,1	77	27,3	18	27,3	0,859
Não	55	69,9	205	72,7	48	72,7	

* 7 não responderam.

** 25 pessoas não souberam referir seu peso e/ou altura.

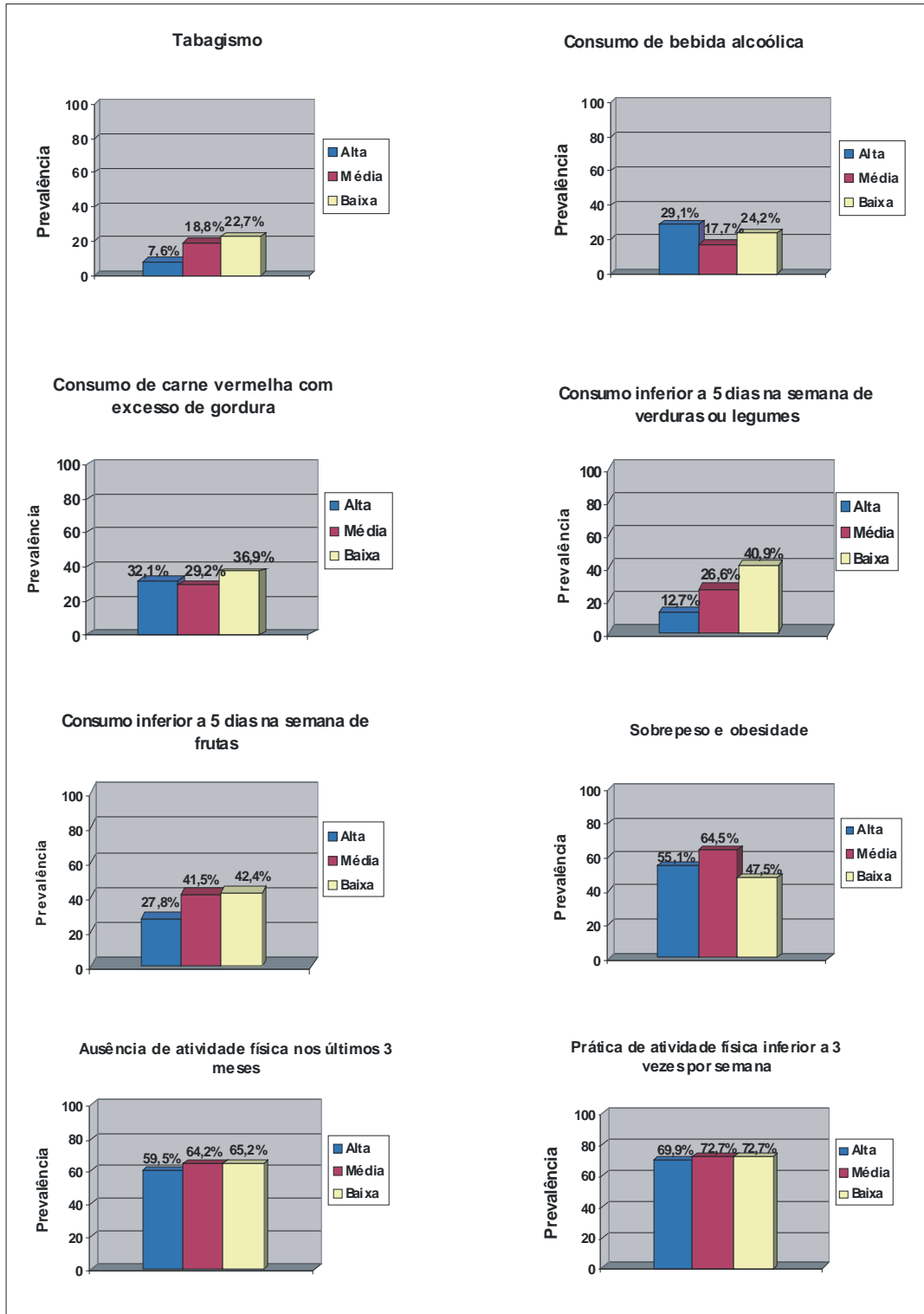


Figura 2: Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo classe econômica em população residente em área de abrangência coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

4.3 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS

4.3.1 Caracterização da Utilização dos Serviços Preventivos

A utilização de UBS foi referida por 78,9% dos entrevistados e 44,1% referiram possuir plano privado de saúde. Destes, 44,1% eram homens e 55,8% mulheres.

A figura 3 mostra a cobertura das ações de prevenção e acompanhamento dos serviços de saúde em relação às doenças cardiovasculares. Observou-se que 82,4% relataram já ter realizado dosagem de colesterol. A realização de consulta médica no último ano foi referida por 78,9%. Quanto à aferição da pressão arterial, 43,1% das pessoas referiram tê-la realizado mensalmente ou mais de uma vez por mês. As menores coberturas dos serviços foram encontradas no relato de orientação profissional sobre fatores de risco (25,5%) e na participação em cursos, palestras, reuniões sobre doenças cardiovasculares ou nas atividades em grupo de hipertensão ou diabetes (14,3%).

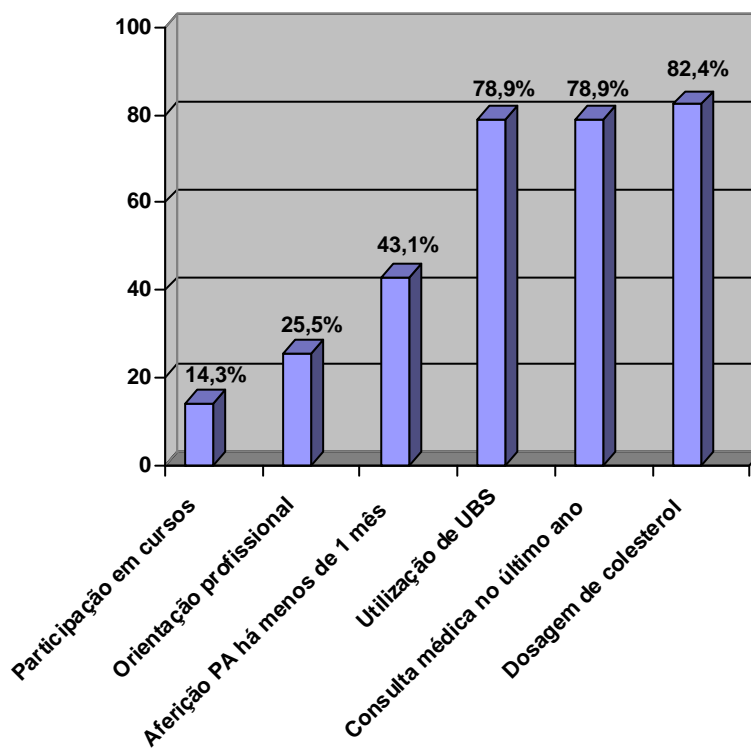


Figura 3 – Utilização de serviços de saúde para doenças cardiovasculares em área coberta por ESF em Londrina-PR, 2009.

4.3.2 Diferencial na Utilização de Serviços Preventivos

4.3.2.1 Por sexo

No que se refere à utilização de serviços de saúde segundo sexo, as mulheres efetuaram maior proporção de consultas médicas (84,0%) que os homens (72,5%) nos últimos 12 meses e realizaram com maior frequência a dosagem de colesterol (88,7% e 74,6% respectivamente) (tabela 10).

Tabela 10 – Utilização de serviços de saúde segundo sexo em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Utilização de serviços	Sexo				Valor p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Utilização de UBS					
Sim	144	76,2	193	81,1	0,265
Não	45	23,8	45	18,9	
Consulta médica no último ano					
Sim	137	72,5	200	84,0	0,005
Não	52	27,5	38	16,0	
Aferição da PA					
Intervalo inferior a 1 mês	80	42,3	104	43,7	0,450
Intervalo superior a 1 mês	59	31,2	83	34,9	
Nunca	50	26,5	51	21,4	
Dosagem de colesterol					
Sim	141	74,6	211	88,7	< 0,001
Não	48	25,4	27	11,3	
Orientação profissional sobre fatores de risco					
Sim	49	25,9	60	25,2	0,954
Não	140	74,1	178	74,8	
Participação em cursos*					
Sim	25	13,7	34	14,8	0,873
Não	157	86,3	196	85,2	

* 15 pessoas referiram não se lembrar de ter participado de cursos.

4.3.2.2 Por faixa etária

Quanto à utilização dos serviços de saúde segundo faixa etária, a tabela 11 mostra que a utilização de UBS ($p = 0,021$), a realização de consultas médicas nos últimos 12 meses ($p = 0,039$) e a aferição da pressão arterial com intervalo inferior a um mês ($p < 0,001$) foram significativamente maiores entre pessoas da faixa etária de 60 anos ou mais.

Tabela 11 – Utilização de serviços de saúde segundo faixa etária em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Utilização de serviços	Faixa etária				Valor p
	40 a 59 anos		60 anos e mais		
	n	%	n	%	
Utilização de UBS					
Sim	196	74,0	141	84,9	0,021
Não	65	26,0	25	15,1	
Consulta médica no último ano					
Sim	197	75,4	140	84,3	0,039
Não	64	24,6	26	15,7	
Aferição da PA					
Intervalo inferior a 1 mês	84	32,2	100	60,3	< 0,001
Intervalo superior a 1 mês	91	34,9	51	30,7	
Nunca	86	32,9	15	9,0	
Dosagem de colesterol					
Sim	209	80,1	143	84,6	0,140
Não	52	19,9	23	15,4	
Orientação profissional sobre fatores de risco					
Sim	66	25,3	43	25,9	0,977
Não	195	74,7	123	74,1	
Participação em cursos*					
Sim	33	13,0	26	16,6	0,382
Não	222	87,0	131	83,4	

* 15 pessoas referiram não se lembrar de ter participado de cursos.

4.3.2.3 Por filiação a planos privados de saúde

Como pode ser observado na tabela 10, dentre os filiados a planos privados de saúde 60,1% utilizavam a UBS e 39,9% utilizavam apenas o plano. Por outro lado, dentre

os não filiados a planos privados de saúde, 93,7% utilizavam a UBS e 6,3% não utilizavam a UBS.

A frequência de consultas médicas (84,6%) e da dosagem de colesterol (89,4%) foi significativamente superior entre os filiados a planos privados. Verificam-se, ainda, coberturas mais elevadas de orientação profissional sobre fatores de risco (33,5%) e de participação em cursos (20,9%) entre os entrevistados com adesão a planos privados de saúde ($p = 0,001$) (Tabela 12).

Tabela 12 – Utilização de serviços de saúde segundo filiação a planos privados de saúde em área coberta por ESF, Londrina-PR, 2009.

Utilização de serviços	Filiação a planos privados de saúde				Valor p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Utilização de UBS					
Sim	113	60,1	224	93,7	< 0,001
Não	75	39,9	15	6,3	
Consulta médica no último ano					
Sim	159	84,6	178	74,5	0,016
Não	29	15,4	61	25,5	
Aferição da PA					
Intervalo inferior a 1 mês	87	46,3	98	41,0	0,221
Intervalo superior a 1 mês	64	34,0	77	32,2	
Nunca	37	19,7	64	26,8	
Dosagem de colesterol					
Sim	168	89,4	184	77,0	0,001
Não	20	10,6	55	23,0	
Orientação profissional sobre fatores de risco					
Sim	63	33,5	46	19,2	0,001
Não	125	66,5	193	80,8	
Participação em cursos*					
Sim	38	20,8	21	9,2	0,001
Não	145	79,2	208	90,8	

* 15 pessoas referiram não se lembrar de ter participado de cursos.

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

A alta frequência de indivíduos que não exerciam atividade remunerada pode ser explicado pela idade mediana de 56 anos dos entrevistados e pelo predomínio de mulheres, entre as quais apenas 29,0% referiram exercer alguma atividade remunerada. Em uma pesquisa que analisou as características socioeconômicas e demográficas e de saúde de idosos em Porto Alegre, identificou-se que apenas 21,4% realizavam algum tipo de trabalho remunerado e que a renda da maioria das pessoas era advinda de aposentadoria ou pensão (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Com relação à situação econômica, predominou a classe média, com 66% da população estudada pertencentes aos estratos B2, C1 e C2, situação esperada, pois a região estudada constitui um bairro antigo, localizado entre as áreas central e periférica da cidade, em que muitos moradores possuem casa própria.

5.2 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O fator de risco cardiovascular mais frequente nesta pesquisa foi a não prática de atividade física regular (72,1%), em que foram consideradas as pessoas que referiram não ter realizado atividade física nos últimos três meses e as que referiram realizar com frequência inferior a três vezes por semana. Tal resultado concorda com o encontrado por Matsudo et al. (2002), em que a inatividade física apresentou maior prevalência entre os fatores de risco cardiovascular estudados.

Inúmeros estudos sobre atividade física foram conduzidos no Brasil, entretanto a utilização de instrumentos e critérios distintos inviabiliza a comparação. Observa-se, não obstante, que a prevalência de inatividade física é muito acentuada: mais de 60%, como referem Florindo et al. (2009).

Este fato pode estar relacionado ao estilo de vida das pessoas, as quais não inserem o exercício físico em suas atividades diárias, embora se saiba que a prática de atividade física regular, aliada a um estilo de vida ativo, contribui para a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as doenças cardiovasculares, que constituem a principal causa de mortalidade (MATSUDO et al., 2002). A contribuição dessa prática pode ser verificada na melhora do perfil de risco cardiovascular por meio do controle da pressão arterial, da taxa de lipídeos, do peso e da redução da resistência insulínica, além de ela concorrer para o bem-estar mental (BRIFFA et al., 2006).

Para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a atividade física deve ser realizada por no mínimo trinta minutos, na maior parte dos dias da semana, conforme recomenda o CDC/ASCM (Centro de Controle de Doenças/Colégio Americano de Medicina Esportiva) (HASKELL et al., 2007).

Como segundo fator de risco mais frequente encontra-se o excesso de peso ou obesidade (60,9%). A prevalência elevada de sobrepeso ou obesidade não é particularidade deste estudo, pois Eyken e Moraes (2009), ao estudarem os fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens, também encontraram a obesidade como o fator mais frequente.

Nos Estados Unidos, um estudo que examinou a prevalência e as tendências da obesidade de 1999 a 2008, encontrou uma prevalência de 68,0% de pessoas com sobrepeso ou obesidade (FLEGAL et al., 2010). No Brasil, em análise realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2006, observou-se uma prevalência de 58,8% de excesso de peso entre homens de 45 a 54 anos e 53,5% entre as mulheres dessa mesma faixa etária (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009), resultados que se situam muito próximos aos 60,0% observados nesta pesquisa entre pessoas de 40 a 59 anos. Matos et al. (2004), em pesquisa sobre a prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular, encontraram 58,0% de excesso de peso em sua população de estudo.

Na sequência, o fator de risco mais frequente foi a hipertensão arterial (42,4%). Os resultados referentes à prevalência de 31,5% entre pessoas de 40 a 59 anos e de 59,4% entre 60 anos ou mais são compatíveis com os encontrados, respectivamente, por Dias da Costa et al. (2007), em Pelotas (26,5% entre 40 a 49 anos e 42,2% entre 50 a 59 anos) e por Barreto et al. (2001), em Bambuí, de 61,5%. Estes resultados reforçam o aumento da prevalência com o aumento da idade. Em outro estudo, Costa et al. (2009), estudando os idosos, encontraram prevalência autorreferida de hipertensão de 55,0%, também semelhante à encontrada neste estudo.

Para o diabetes *mellitus* a prevalência foi de 14,1%. Schimidt et al. (2009), em análise dos resultados obtidos por inquérito telefônico, observaram prevalência geral de 5,3% para diabetes, mas quando analisaram separadamente as faixas etárias de 44 a 54 anos, 55 a 64 anos, 65 a 74 anos e acima de 75 anos, encontraram resultados semelhantes aos desta pesquisa (respectivamente 7,3%, 15,5%, 18,4% e 17,6%). Nesse estudo, também as prevalências de hipertensão arterial foram próximas da verificada na presente pesquisa (respectivamente, 31,0%, 47,2%, 57,7% e 52,0%).

Os resultados relativos ao consumo de álcool (20,9%) e do consumo abusivo de bebidas alcoólicas (5,6%) diferem do apresentado em um estudo que, utilizando o mesmo critério de definição de consumo abusivo, encontrou uma frequência de 16,1% em 27 cidades (MOURA et al., 2008). Outro estudo de base populacional que considerou como consumo abusivo de álcool a ingestão acima de 30 g por dia de etanol detectou a prevalência de 14,3% (COSTA et al., 2004). A baixa referência no consumo abusivo de álcool no presente estudo pode estar relacionada à faixa etária da população estudada. Nos dois estudos citados anteriormente, foram analisados indivíduos com idade a partir de 18 e 20 anos, pois se sabe que as faixas etárias mais jovens costumam apresentar maior consumo de álcool.

O tabagismo esteve presente em 17,3% dos entrevistados. Moura et al. (2008) também encontraram valor semelhante em seu estudo (16,2%), e Matos et al. (2004) observaram um índice de fumantes de 12,4%.

5.2.1 Diferenciais na Prevalência dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares

Conforme mostram os resultados, as mais altas prevalências de fatores de risco para doenças cardiovasculares foram observadas no sexo masculino, na faixa etária de 40 a 59 anos, entre pessoas não portadoras de diabetes e ou hipertensão arterial e nas classes econômicas mais baixas.

Com relação ao sexo, em sete variáveis estudadas, os homens apresentaram prevalências significativamente mais elevadas em cinco (tabagismo, consumo de álcool, consumo de carne vermelha com excesso de gordura, consumo de frutas, verduras ou legumes menos que cinco dias na semana). Resultado semelhante foi encontrado por Moura et al. (2008), em que cinco fatores de risco selecionados (tabagismo, consumo abusivo de bebidas

alcoólicas, excesso de peso, consumo de carnes com excesso de gordura e sedentarismo) tiveram tendência a ser mais frequentes entre os homens do que entre mulheres.

Os homens relataram fumar, aproximadamente, o dobro das mulheres. Da mesma forma que o tabagismo, o consumo de álcool também foi quase quatro vezes mais alto entre os homens. Em estudo sobre a vigilância dos fatores de risco para doenças crônicas em 26 estados brasileiros, o hábito de fumar se mostrou mais disseminado entre os homens do que entre as mulheres e a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a ser duas vezes maior entre homens do que entre mulheres (MOURA et al., 2008).

Gus, Fischmann e Medina (2002), ao pesquisarem a prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul, também observaram que os homens fumam mais que as mulheres.

As maiores frequências do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas entre os homens podem ser explicadas por questões socioculturais, com destaque para as características associadas ao padrão hegemônico da masculinidade, em que os homens, desde a infância, são estimulados a beber e fumar como forma de se impor na sociedade (BRASIL, 2008a). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), os homens são pressionados socialmente a iniciar o consumo de bebidas alcoólicas. Para Schraiber, Gomes e Couto (2005), os aspectos comportamentais ditados pela cultura influenciam os processos de morbimortalidade.

A frequência do consumo habitual de frutas, verduras ou legumes superior entre as mulheres é similar ao resultado encontrado por vários outros estudos (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008; MOURA et al., 2008; NEUTZLING et al., 2009; JAIME et al., 2009). Figueiredo, Jaime e Monteiro (2008), em estudo transversal realizado em São Paulo, também verificaram que a frequência no consumo desses alimentos era maior entre as mulheres e aumentava de acordo com a escolaridade.

Tendo-se em vista que o consumo de frutas, verduras ou legumes constitui um fator de proteção contra as doenças cardiovasculares, os homens se apresentam desfavoravelmente em relação às mulheres. Tal constatação pode ser explicada pelo fato de as mulheres serem mais preocupadas com o controle alimentar relacionado à estética corporal, em que acabam realizando dietas e consumindo mais os alimentos saudáveis. No estudo de Figueiredo, Jaime e Monteiro (2008) foi observada correlação positiva entre a realização de dieta no último ano e a frequência do consumo de frutas, verduras ou legumes entre as mulheres.

No consumo de carne com excesso de gordura, assim como no presente estudo, Moura et al. (2008) encontraram consumo mais frequente entre os homens em todas as cidades analisadas. Outro estudo sobre os comportamentos em saúde entre idosos hipertensos revelou que o consumo habitual de carne com excesso de gordura foi duas vezes maior entre os homens do que entre as mulheres (COSTA et al., 2009). Esse maior consumo entre os homens se deve, provavelmente, ao fato de as mulheres serem mais cuidadosas com a saúde e estarem mais informadas quanto à prevenção de doenças.

Quando se analisou a prevalência de fatores de risco por faixa etária, as pessoas entre 40 e 59 anos apresentaram consumo significativamente maior de bebidas alcoólicas. Esta prevalência foi mais do que o dobro da observada na faixa etária de 60 anos e mais. Pesquisa sobre o consumo de álcool constatou maior proporção de consumidores entre homens de 30 a 49 anos e a diminuição dessa prevalência a partir de 50 anos (ALMEIDA; COUTINHO, 1993).

Observou-se também maior frequência no consumo de frutas pelos entrevistados de 60 anos ou mais, o que coincide com o encontrado na literatura, em que o consumo de frutas aumenta conforme a idade (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO et al., 2008; JAIME et al., 2009; NEUTZLING et al., 2009). Segundo Jaime et al. (2009), a associação positiva da idade com o consumo de frutas pode ser interpretada como reflexo da formação de hábitos alimentares entre diferentes gerações. Explicam que as pessoas mais velhas se formaram num período em que o padrão alimentar era diferente e o consumo de alimentos processados era menos marcante. Esses autores referem ainda que esse maior consumo de frutas também se deve ao seguimento de orientações recebidas dos serviços de saúde, mais procurado por pessoas mais velhas em razão da presença de doenças crônicas e maior disponibilidade de tempo.

A análise da prevalência dos fatores de risco segundo presença de diabetes e/ou de hipertensão arterial mostrou que os indivíduos portadores dessas patologias fumavam menos e consumiam menos carne vermelha com excesso de gordura, entretanto apresentaram maior prevalência de excesso de peso ou obesidade.

A menor prevalência de tabagismo e de consumo de carne com gordura em indivíduos diagnosticados como hipertensos e/ou diabéticos pode estar relacionada com a conscientização dessa população a cessar o uso do tabaco e moderar o consumo de carnes vermelhas. Essa população caracteriza-se pelo contato mais frequente com os serviços de saúde e, dessa maneira, a efetividade na comunicação sobre a importância da melhoria dos

hábitos alimentares e de vida por parte dos profissionais de saúde para minimizar o risco cardiovascular também contribui para que esses fatores de risco sejam menos frequentes.

Estes achados coincidem com os encontrados por Ferreira et al. (2009) e Costa et al. (2009), em que o tabagismo apresentou baixa frequência entre os hipertensos. Ferreira et al. (2009) constataram que as pessoas diagnosticadas como hipertensas relataram praticar mais exercícios físicos, ter parado de fumar e ter reduzido a adição de sal nas refeições.

Ainda quanto ao consumo de carne vermelha com gordura, Barreto e Figueiredo (2009) observaram associação inversa com o relato da presença de uma doença crônica não transmissível, o que se assemelha ao encontrado nesta pesquisa, em que as pessoas que referiram ser hipertensas e diabéticas apresentaram menor consumo deste alimento. Possivelmente, os indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis frequentam mais os serviços de saúde, e dessa maneira seriam mais bem orientados quanto aos comportamentos em relação à dieta.

Neste estudo verificou-se que excesso de peso ou obesidade foram mais frequentes entre as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, coincidindo com o encontrado na literatura. Gigante, Moura e Sardinha (2009), ao analisarem fatores associados ao excesso de peso e à obesidade, verificaram que o diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, o infarto e o acidente vascular cerebral foram maiores entre indivíduos com IMC mais elevado. Entre os entrevistados com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ a frequência de diabetes *mellitus* referida foi mais de três vezes maior do que entre aqueles com IMC inferior a 25 kg/m^2 , e para a hipertensão arterial foi cerca de três vezes maior.

Schmidt et al. (2009) destacam maiores prevalências de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial entre pré-obesos e obesos. No estudo de Ferreira et al. (2009), a frequência de hipertensão aumentou à medida que aumentou o IMC. Nesta linha, Costa et al. (2009) observaram que a presença de hipertensão arterial autorreferida foi mais alta entre idosos com sobrepeso em comparação àqueles com peso normal. Segundo os autores, esta associação justifica-se pelo fato de as pessoas com excesso de peso terem maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e outros fatores de risco para as condições crônicas (MANCIA et al., 2007; COSTA et al., 2009).

Na análise por situação econômica foram constatadas diferenças no padrão de consumo de verduras ou legumes. Os resultados mostraram uma tendência a maior consumo desses alimentos com o aumento do nível socioeconômico. Esta mesma associação foi verificada por Neutzling et al. (2009), em estudo realizado no Sul do Brasil, no qual

indivíduos das classes A e B tiveram maior frequência no consumo de verduras ou legumes. Alguns autores encontraram que a frequência no consumo desses alimentos é maior à medida que aumenta o nível de escolaridade (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2009, JAIME et al., 2009).

Assim, o diferencial no consumo de verduras ou legumes pode ser explicado pelas diferenças nos níveis socioeconômicos. Provavelmente, as pessoas menos favorecidas economicamente e de baixa escolaridade têm menores possibilidades de adquirir estes alimentos, devido ao seu custo e ao menor acesso às informações sobre o valor nutricional (NEUTZLING et al., 2009).

Diferenças também foram encontradas na prevalência de fumantes, com tendência ao aumento com a piora da condição econômica. Eyken e Moraes (2009), ao pesquisarem a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens, constataram que quanto menor a escolaridade, maior a prevalência do tabagismo. Para Santos e Duarte (2009), a política de controle do tabagismo no Brasil está sendo mais efetiva na prevenção de jovens de melhor nível socioeconômico, e acrescentam que as intervenções ocorrem, primeiramente, nas classes mais ricas e depois alcançam as mais pobres. Esses dados podem ser explicados pelo fato de as pessoas pertencentes à classe alta terem maior acesso às informações sobre a prevenção dos fatores de risco.

5.3 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PREVENTIVOS

Os resultados apresentados evidenciam os múltiplos fatores que interferem no padrão de utilização de serviços de saúde, aqui verificado por diferenças em relação ao sexo, à faixa etária e à filiação a planos privados de saúde. Este estudo revelou iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre homens e mulheres e nas faixas etárias analisadas. A cobertura por plano de saúde foi um fator associado à maior utilização de serviços de saúde.

A maior utilização de serviços de saúde por mulheres e pelo grupo com idade acima de 59 anos sugere que as pessoas do sexo masculino e as de faixa etária menor, principalmente aquelas inseridas no mercado de trabalho, representam uma parcela da população não coberta adequadamente por esses serviços.

O perfil dos adultos em relação ao uso de serviços para prevenção ou controle das doenças cardiovasculares observado neste estudo é compatível com a literatura. Travassos et al. (2002) e Falcão et al. (2004) descreveram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, são mais atentas, têm facilidade maior em falar e reconhecer problemas de saúde e em procurar e usar os serviços preventivos. Segundo Pinheiro et al. (2002), a procura por serviços de saúde por mulheres ocorre com o intuito de realizarem exames de rotina e prevenção, enquanto os homens utilizam, predominantemente, em casos de doença.

O presente estudo encontrou ainda que nos últimos doze meses as mulheres fizeram mais consultas médicas (84,0%) do que os homens (72,5%). As mulheres referiram também ter realizado mais dosagem de colesterol, o que pode ser explicado pelo fato de elas utilizarem mais os serviços preventivos de saúde, fazerem mais consultas médicas e, conseqüentemente, terem seus exames realizados com maior frequência. Dados semelhantes foram obtidos por Dias da Costa et al. (2008), em que 86,2% das mulheres e 59,3% dos homens consultaram o médico no ano anterior ao da entrevista, e por Pinheiro et al. (2002), que encontraram 62,3% e 46,7%, respectivamente, no tocante a este aspecto.

A menor utilização dos serviços de saúde por homens sugere deficiências no sistema de saúde local em relação à cobertura desse grupo. Assim, o Ministério da Saúde ao lançar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem destacou a necessidade de se compreender a existência de barreiras socioculturais e institucionais na utilização dos serviços de saúde pelos homens tendo em vista que estes, culturalmente, se julgam invulneráveis o que faz com que cuidem menos de sua saúde e se exponham mais às situações de risco. Outras dificuldades no acesso aos serviços assistenciais são a demora na marcação de consultas, a inviabilidade de horários que coincidem com o horário de trabalho, além de filas intermináveis (BRASIL, 2008a).

Dessa forma, verifica-se a importância de elaboração de diagnóstico local para planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares. Considerando a baixa frequência desse subgrupo populacional aos serviços de saúde, a ESF por meio de visitas domiciliares passam a ter papel fundamental na detecção de situações de risco e implementação de propostas voltadas especificamente para essa população (EYKEN; MORAES, 2009).

Outro aspecto importante refere-se à grande quantidade de pessoas que referiram nunca ter recebido orientação profissional sobre fatores de risco, assim como não participar ou nunca ter participado de cursos, palestras, reuniões ou grupos sobre doenças

cardiovasculares. Possivelmente, tal ocorrência advém da deficiência da organização dos serviços de saúde, com barreiras no acesso, além da falta de comunicação entre o profissional e o usuário do serviço.

Na análise por grupo etário, os dados mostraram que as pessoas com 60 anos e mais utilizavam mais os serviços de saúde. De acordo com Travassos e Castro (2008), os serviços de saúde são utilizados mais intensamente nos extremos do ciclo da vida, períodos em que há maior vulnerabilidade biológica. Ressaltam ainda que a gravidade do problema de saúde está positivamente associada ao uso de serviços.

A maior utilização dos serviços de saúde por pessoas com 60 anos ou mais pode ser explicada pelo fato de os idosos terem maior disponibilidade de tempo, uma vez que não estão mais inseridos no mercado de trabalho. Outro fator que pode ter contribuído para esses resultados relaciona-se à ocorrência mais frequente de doenças crônicas, que as leva a maior procura por medicamentos, consultas médicas ou aferição da pressão arterial, aspectos que foram mencionados pela maioria dos entrevistados desta pesquisa.

Os resultados de um trabalho realizado na região metropolitana de Belo Horizonte revelaram altas prevalências no uso de serviços preventivos de saúde entre os idosos. No referido trabalho, que trata da influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde, os idosos, se comparados com os adultos mais jovens, tiveram sua pressão arterial e seu nível de colesterol aferidos com maior frequência (LIMA-COSTA 2004).

Comparativamente ao estudo acima, esta pesquisa mostrou maior frequência na aferição da pressão arterial, considerando-se a verificação mínima mensal, entre pessoas no grupo etário de 60 anos e mais.

A realização de consultas médicas nos últimos doze meses foi significativamente superior entre os entrevistados com 60 anos e mais, semelhantemente ao encontrado na literatura. Em um estudo no município de São Paulo que avaliou as desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde foi observado que os idosos apresentaram altas taxas de utilização de serviços de saúde, tendo 83,3% dos indivíduos realizado, no mínimo, uma consulta nos doze meses anteriores (LOUVISON et al., 2008).

Quanto à utilização de serviços de saúde segundo filiação a planos privados de saúde, os dados revelaram que as pessoas cobertas por plano privado tiveram mais oportunidade de consultar o médico, aferir a pressão arterial, realizar dosagem de colesterol, receber orientação profissional sobre fatores de risco e participar de cursos, palestras e reuniões sobre doenças cardiovasculares que os não filiados.

Vale ressaltar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde 2005, vem estimulando as operadoras de plano privado a mudança no modelo de atenção à saúde por meio da adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (BRASIL, 2006e).

A utilização de serviços preventivos foi significativamente maior entre os filiados a planos privados de saúde, em todas as categorias analisadas. O fato de possuir plano privado de saúde pode estar relacionado com a maior facilidade na utilização desses serviços, pois, conforme Neri e Soares (2002), as pessoas cobertas por plano privado consomem mais os serviços de saúde.

Assim, os resultados apresentados, com diferenças entre homens e mulheres, grupos etários e filiação ou não a planos privados de saúde na utilização de serviços de saúde, podem estar revelando a presença de barreiras no acesso, seja por falta de acessibilidade, horários incompatíveis, desinformação ou oferta inadequada, ou ainda pelo não oferecimento dos serviços em quantidade suficiente. Os resultados deste estudo apontam desigualdades no acesso aos serviços de saúde e inadequação do modelo de atenção, o que é comprovado pela menor utilização destes serviços por homens e pelo grupo etário mais jovem.

Destarte, os diferenciais na frequência de fatores de risco e utilização de serviços entre residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, implantados com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em substituição ao modelo tradicional, com ênfase nas ações de promoção da saúde, sugerem a necessidade de maiores investimentos no preparo dos profissionais para superação das práticas vigentes, bem como na ampliação do acesso às ações de prevenção dos agravos cardiovasculares (BRASIL, 2001).

6 CONCLUSÕES

Dentre os entrevistados de 40 anos ou mais, residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, 55% eram do sexo feminino, 61,8% tinham idade entre 40 e 59 anos, 66,7% eram casados, a proporção foi significativamente maior entre os homens e 66,0% foram classificados nas classes econômicas B₂, C₁ e C₂. Mais de 60% referiram não exercer trabalho remunerado.

Quanto à prevalência dos fatores de risco, 72,1% referiram não praticar atividade física regular, 60,9% apresentavam sobrepeso ou obesidade, 42,4% tinham diagnóstico médico de hipertensão arterial e 14,1%, de diabetes. O consumo de álcool foi referido por 20,9% dos entrevistados e o tabagismo por 17,3%.

Na análise do diferencial de prevalência dos fatores de risco nos diversos grupos populacionais observou-se que os homens apresentaram piores resultados, verificando-se maior prevalência de tabagismo, do consumo de bebida alcoólica, do consumo de carne vermelha com gordura e do consumo não habitual de frutas, verduras ou legumes. Quanto à faixa etária, os entrevistados de 40 a 59 anos apresentaram maior prevalência do consumo de álcool e prevalência menor no consumo habitual de frutas, comparativamente ao grupo com 60 anos ou mais.

As pessoas com diagnóstico médico de hipertensão arterial e ou diabetes apresentaram menor prevalência de tabagismo e do consumo de álcool, mas a proporção de pessoas com sobrepeso ou obesidade foi mais elevada do que entre os que não referiram nenhuma das duas condições.

Ainda em relação ao diferencial de prevalência, detectaram-se diferenças entre as três classes econômicas analisadas. O tabagismo tendeu a aumentar à medida que piorava a situação econômica; por outro lado, observou-se redução do consumo habitual de verduras ou legumes entre essas pessoas.

Quanto à utilização dos serviços de saúde nas ações de prevenção e acompanhamento das doenças cardiovasculares, 78,9% dos entrevistados referiram utilizar a UBS, 44,1% mencionaram filiação a planos privados, mas entre estes, 60,1% referiram utilizar também a UBS e 6,3% não utilizavam a UBS nem eram cobertos por planos privados. A realização de consulta médica nos últimos doze meses foi relatada por 78,9%

Na utilização dos serviços de saúde segundo sexo, as mulheres apresentaram maior frequência na realização de consultas médicas nos últimos doze meses e na dosagem de

colesterol. Com relação à faixa etária, os dados mostraram que as pessoas com 60 anos ou mais utilizavam mais a UBS, realizaram mais consultas médicas nos últimos doze meses e tiveram sua pressão arterial aferida com maior frequência do que as pessoas de 40 a 59 anos.

Um aspecto relevante na análise da utilização dos serviços de saúde foi observado entre as pessoas que possuíam plano privado de saúde. A filiação a plano privado de saúde esteve favoravelmente associada a todas as variáveis analisadas, de forma que aproximadamente 85,0% fizeram consulta médica nos últimos doze meses e 90,0% realizaram dosagem de colesterol. Embora a orientação profissional e a participação nas atividades educativas tenham sido mais elevadas entre os filiados a planos privados, a cobertura dessas ações foi muito baixa para os dois grupos (33,5% e 20,7%; 19,3% e 9,2%, respectivamente cobertos e não cobertos por planos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de fatores de risco apresentada por este estudo revela a importância dos serviços de saúde na prevenção e controle das doenças cardiovasculares, obtidos por meio de visitas domiciliares, acompanhamento e tratamento de doenças crônicas, além das orientações profissionais. Em se tratando de orientações positivas para hábitos saudáveis, foi possível observar por este estudo que a frequência de adoção do estilo de vida considerado protetor da saúde cardiovascular encontra-se aquém da preconizada.

Conclui-se, assim, que a prevalência dos fatores de risco permanece alta, sobretudo a dos fatores de risco modificáveis em alguns grupos populacionais, o que é agravado pela baixa frequência na utilização dos serviços de saúde, principalmente entre os não filiados a planos privados. Embora seja do conhecimento das pessoas que a prevenção dos fatores de risco é importante para a saúde, a orientação sobre os benefícios da adoção de um estilo de vida mais saudável por parte de profissionais de saúde ainda é insuficiente para promover alterações na atitude das pessoas. Essa elevada prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares reforça a importância de políticas públicas voltadas para esses fatores.

Pode-se concluir ainda que os serviços de saúde não estão atendendo às necessidades dos usuários na promoção da saúde cardiovascular. Respeitando-se a universalidade do atendimento e a equidade no acesso é preciso que o sistema de saúde local conheça os grupos populacionais mais vulneráveis e que apresentam reconhecidos riscos à saúde para implementação de medidas que contribuam para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, pois o manejo das doenças cardiovasculares exige controle mais intensivo aumentando inclusive o contato das pessoas com os serviços de saúde.

A reorientação dos serviços de saúde com ampliação do acesso aos serviços de saúde tem ocorrido com a mudança do modelo assistencial e a implantação da Estratégia Saúde da Família. Este modelo tende a provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população, visto que objetivam minimizar as desigualdades e promover a equidade.

Igualmente importantes na prevenção dos fatores de risco são as práticas educativas e informativas que contribuem para o desenvolvimento nos indivíduos de hábitos saudáveis. De acordo com um guia clínico da Associação Médica Americana o

aconselhamento com gasto mínimo de tempo e esforço sobre mudanças no estilo de vida tem contribuído para melhoria em quatro comportamentos-chave (alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabaco) (DICLEMENTE et al., 2010).

Frente à elevada prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares verifica-se a necessidade de revisão das práticas educativas vigentes, principalmente no âmbito do PSF, pois estas devem ser compreendidas como de caráter permanente no sentido de promover a educação para o auto cuidado e contemplar também as ações preventivas e promocionais.

Os fatos apresentados por este estudo sugerem a necessidade de ações com participação de profissionais e da população, com investimentos na qualificação e reorganização dos serviços em direção aos fundamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual visa à promoção da qualidade de vida e à redução de vulnerabilidades e riscos à saúde (MORAES NETO; CASTRO; GOSCH, 2006).

Além disso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia da Saúde da Família, podem contribuir para a ampliação das práticas relacionadas à atividade física, à alimentação e nutrição e à saúde do adulto jovem (BRASIL, 2008b).

Dessa maneira, o adequado desenvolvimento das ações poderia contribuir para mudanças do estilo de vida, para melhor cobertura dos serviços de saúde e, especialmente, para a redução das iniquidades observadas no presente estudo entre os diferentes grupos populacionais. Possivelmente, a redução das taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, passa por estas mudanças.

A tendência de aumento do risco de morte por doenças cardiovasculares pode ser revertida com a melhora das condições socioeconômicas, além do controle mais adequado dos fatores de risco e acesso da população aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 23-29, fev. 1993.
- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=12>> Acesso em: jun. 2009.
- AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 206-213, mar. 2005.
- BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 167-213.
- BARRETO, S. M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk of factors in a community in southeast Brazil – The Bambuí Health and ageing study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 6, p. 576-581, dez. 2001.
- BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl. 2), p. 38-47, nov. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. **Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas**. 2006a. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area>>. Acesso em: maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica nº 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006e. 65 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 46p.

BRASIL. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 25 jan. 2008b. Seção 1, p. 47-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. **Informações de Saúde. Estatísticas vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: abril 2010.

BRIFFA, T. et al. **National Heart Foundation of Austrália physical activity recommendations for people with cardiovascular disease**. Sidney: Heart Foundation, jan. 2006.

BROWN, K. M. C.; THOMAS, D. Q.; KOTECKI, J. E. Cardiovascular health and physical activity. In: _____. **Physical Activity Health: an interactive approach**. USA: Jones and Bartlett Publishers, 2001. p. 119-132.

CARVALHO, B. G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 645-650, dez. 2009.

COLOMBO, R. C. R. et al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 461-467, jul./ago. 2003.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291, abr. 2004.

COSTA, M. F. F. L. et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 18-26, nov. 2009.

DICLEMENTE, C. C. et al. AMA Healthier life steps: physician's guide. **American Medical Association**, 2010. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/433/hl_physician_guide.pdf>. Acesso em: maio 2010.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 1, p. 59-65, jan. 2007.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42 (Supl 2), p. 51-59, dez. 2008.

EYKEN, E. B. B. D.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 111-123, jan. 2009.

FALCÃO, I. V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n.1, p. 95-102, jan./mar. 2004.

FARIAS, N. et al. Mortalidade cardiovascular por sexo e faixa etária em São Paulo, Brasil: 1996 a 1998 e 2003 a 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p.498-505, nov. 2009.

FERNANDES, J. G. Modificação e fatores de risco para as doenças cerebrovasculares isquêmicas. In: GAGLIARDI, R. J. **Doenças Cerebrovasculares: condutas**. São Paulo: Geográfica, 1996. v. 1. p. 39-50.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 98-106, nov. 2009.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 777-785, nov. 2009.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, S. M. The Bambui health and aging study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817-827, jun. 2003.

FLEGAL, K. M. et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. **JAMA**. v. 303, n. 3, p. 235-241, Jan. 2010.

FLORINDO, A. A. et al. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 65-73, nov. 2009.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 83-89, nov. 2009.

GODOY, M. F. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 2, p. 200-206, fev. 2007.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 478-483, maio 2002.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081-1093, Aug. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: abr. 2009

JAIME, P. C. et al. Fatores associados ao consumo de frutas e hortaliças no Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 57-64, nov. 2009.

JOHNS, J. A.; GOLD, H. K.; LEINBACH, R. C. Infarto agudo do miocárdio. In: EAGLE, K. A. et al. **Cardiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p. 369-404.

KUBO, M. et al. Trends in the incidence, mortality and survival rate of cardiovascular disease in a Japanese community: the Hisayama study. **Stroke**, Dallas, v. 34, n. 10, p. 2348-2354, Oct. 2003.

LANAS, F. et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American Study. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 278-279, out./dez. 2007.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S.; TEIXEIRA, M. T. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Boletim da Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v. 120, n. 5, p. 389-413, Maio 1996.

LESSA, I. Doenças cerebrovasculares. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. cap. 6, p. 97-114.

LESSA, I. Perfil das doenças cardiovasculares no Brasil. In: MION Jr, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos, 1999. p. 15-30.

LEVI, F. et al. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. **Heart**, London, v. 88, n. 2, p. 119-124, Aug. 2002.

LIMA-COSTA, M. F. Influência da idade e da escolaridade no uso dos serviços preventivos de saúde-Inquérito de Saúde da região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n. 4, p. 209-215, out./dez. 2004.

LOCK, K. et al. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. **Bulletin of the World Health Organization**, London, v. 83, n. 2, p. 100-108, Feb. 2005.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2007**. Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/plano_municipal_de_saude_2006_2007.pdf>. Acesso em nov. 2008.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2008-2011**. Londrina, 2008a. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/plano_municipal_de_saude_2008_2011.pdf> Acesso em nov. 2008.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <<http://home.londrina.pr.gov.br/homenovo.php?opcao=ubs/centro&item=oeste>> Acesso em nov. 2008b.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de Assistência à saúde / DAB – DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**: consolidado das famílias cadastradas no ano de 2009. Londrina: Secretaria de Assistência à Saúde, 2009.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. p. 115-121.

LOTUFO, P. A. Why Brazil does not have an epidemic of chronic diseases: some answers from cardiovascular diseases. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 47-48, Mar. 2005.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, ago. 2008.

MACKAY, J; GEORGE, A. M. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva: World Health Organization, 2004. 115 p.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, jul./set. 2006.

MANCIA, G. et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. **European Heart Journal**, London, v. 28, n. 12, p. 1462- 1536, Jun. 2007.

MANSUR, A. P. et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, cerebrovasculares e isquêmicas do coração em onze capitais do Brasil de 1980 a 1998. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 269-284, set. 2002.

MATOS, M. F. D. et al. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisas da Petrobrás. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 1-4, jan. 2004.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.

MELLO, A. L. L. C. **Prevalência e sobrevida de casos de acidente vascular encefálico no município do Rio de Janeiro, no ano de 1998**. 2003. 90 f. Dissertação (Mestrado) Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

MORAES NETO, O. L.; CASTRO, A.; GOSCH, C. S. Política nacional de promoção da saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 36-39.

MOURA, E. C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11 (Supl 1), p. 20-37, maio 2008.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Supl), p. 77-87, 2002.

NEUTZLING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2365-2374, nov. 2009.

NÓVAK, E. M. et al. Conhecimento leigo sobre doença vascular encefálica. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v.61, n. 3-B, p. 772-776, set. 2003.

O CORAÇÃO. In: COTRAN; KUMAR; COLLINS. **Robbins – Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 486-539.

OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S. Análise crítica das mudanças das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ocorridas entre 1980 e 2000, no Estado do Rio de Janeiro. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 95-100, abr./jun. 2003.

PIEGAS, L. S. et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 146, n. 2, p. 331-338, Aug. 2003.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. M. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.687-707, 2002.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3-B, p. 844- 851, set. 2004.

POLANCZYK, C. A. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 199-201, mar. 2005.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n.1, p. 99-106, mar. 2000.

SACCO, R. L. Patogênese, classificação e epidemiologia das doenças vasculares cerebrais. In: ROWLAND, L. P. **Merritt Tratado de Neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 184-195.

SANTOS, I. S.; DUARTE, E. C. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 5-6, nov. 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 74-82, nov. 2009.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R. COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SIQUEIRA, A. F. A.; PITITTO, B. A.; FERREIRA, S. R. G. Doença cardiovascular no diabetes *mellitus*: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.257-267, mar. 2007.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa Saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 901-906. nov./dez. 2006.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de Saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.11, n. 5/6, p. 365-373, May/Jun. 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-241.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. 2007.

WHO. **Summary surveillance of risk factors for noncommunicable diseases: the WHO STEP wise approach**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO. **Integrated management of cardiovascular risk**. Geneva: World Health Organization julho, 2002.

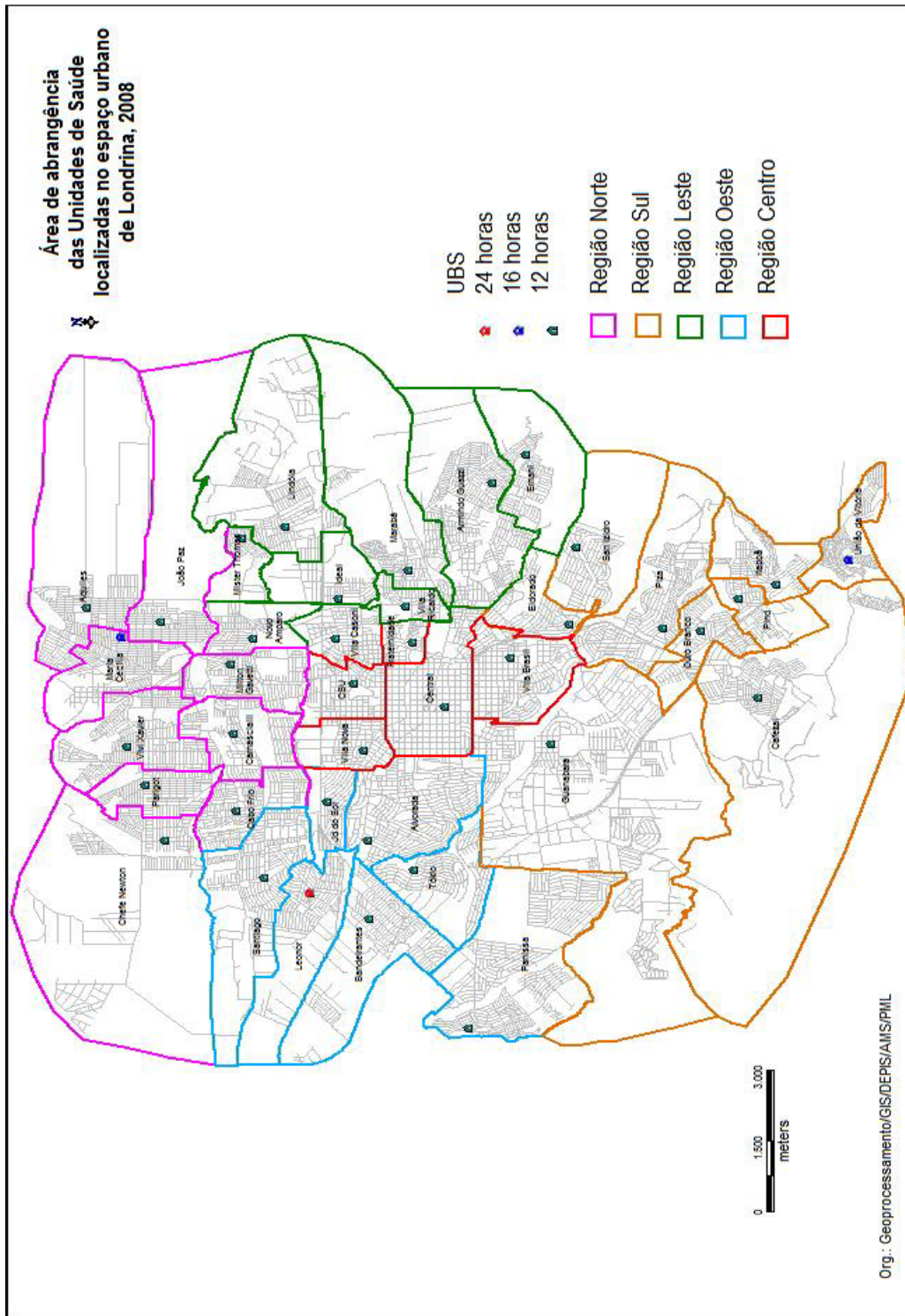
WHO. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: World Health Organization, 2003.

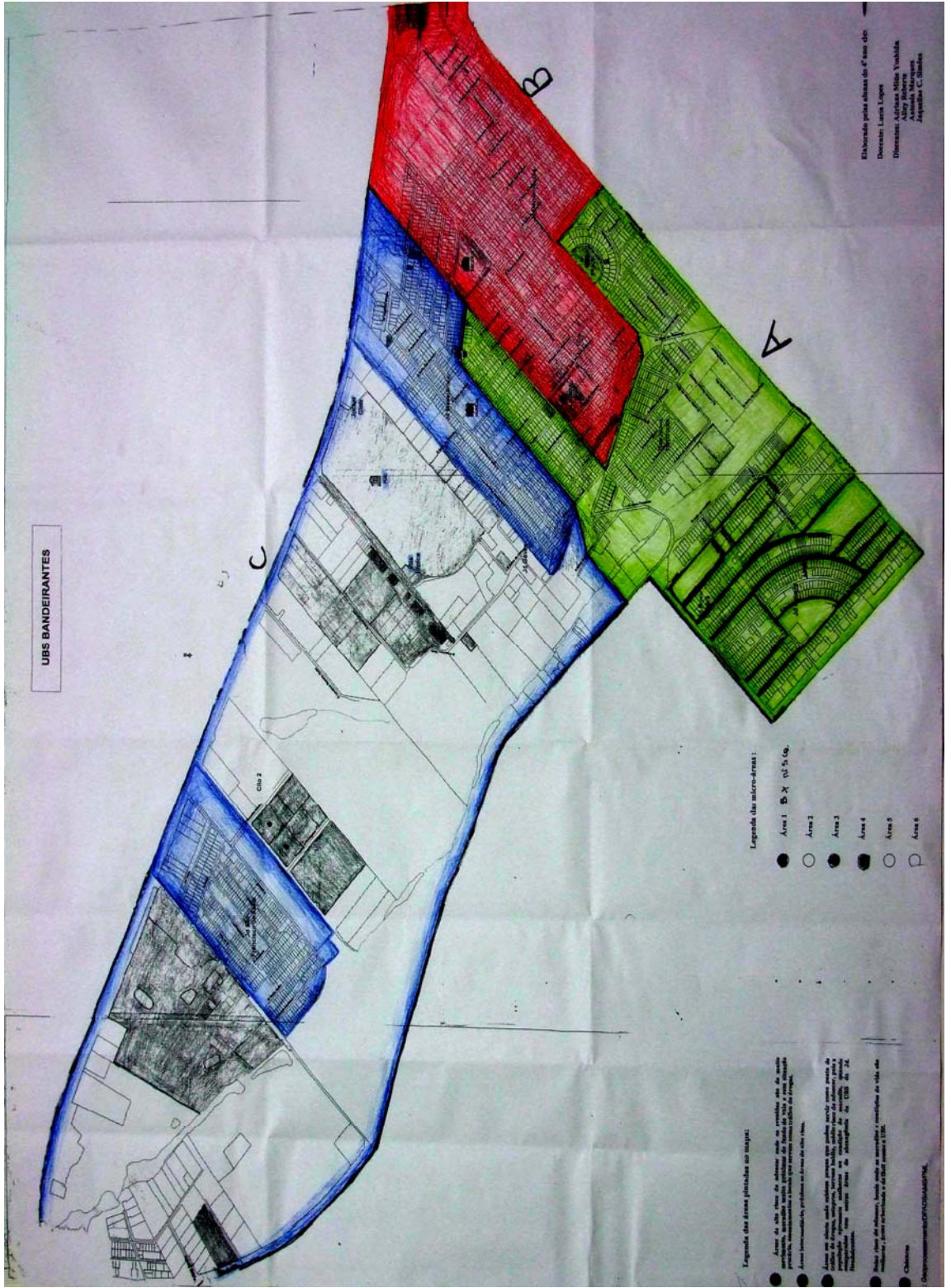
WHO. **The top ten causes of death**. The ten leading causes of death by broad income group, 2004. November, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf>. Acesso em: abr. 2010.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, v. 364, n. 9438, p. 937-952, Sep. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde





UBS BANDEIRANTES

Legenda das áreas-áreas:

- Área 1
- Área 2
- Área 3
- Área 4
- Área 5
- Área 6

Legenda das áreas pintadas no mapa:

- Área 1 - Zona de alta densidade populacional, com edifícios de até 10 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.
- Área 2 - Zona de média densidade populacional, com edifícios de até 5 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.
- Área 3 - Zona de baixa densidade populacional, com edifícios de até 3 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.
- Área 4 - Zona de baixa densidade populacional, com edifícios de até 3 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.
- Área 5 - Zona de baixa densidade populacional, com edifícios de até 3 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.
- Área 6 - Zona de baixa densidade populacional, com edifícios de até 3 andares, com uso misto residencial e comercial, com comércio de rua e serviços de apoio à comunidade.

Elaborado pela equipe de Urbanismo
 Diretores: Lucio Lopes
 Diretores: Adriano Mota Vachula
 Diretores: Adriano Mota Vachula
 Diretores: Adriano Mota Vachula
 Diretores: Adriano Mota Vachula

APÊNDICE B – Orientação de campo para entrevistadores

1. Quantidade de pessoas a serem entrevistadas por microárea

Área	Microárea	Masculino		Feminino	
		40 a 59	60 e mais	40 a 59	60 e mais
A	1	12	5	13	6
	2	12	7	15	10
	3	10	7	11	9
	4	10	4	12	5
	5	13	3	14	4
B	1	6	5	8	8
	2	6	6	9	7
	3	8	6	10	8
	4	8	6	9	8
	5	7	4	10	6
C	1	7	5	7	6
	2	8	3	7	4
	3	7	3	8	5
	4	8	8	11	11

2. Sequência das quadras sorteadas por microárea:

Área	Microárea	Sequência das quadras
A	1	10, 5, 3, 1, 7, 8, 2, 4, 6, 9, 11
	2	6, 2, 11, 3, 8, 1, 7, 10, 5, 9, 4
	3	9, 7, 4, 1, 2, 3, 13, 5, 11, 10, 12, 6, 8
	4	2, 5, 9, 7, 1, 4, 8, 3, 6
	5	2, 9, 5, 8, 3, 6, 7, 4, 1
B	1	1, 5, 7, 2, 6, 4, 3
	2	3, 2, 8, 5, 6, 7, 1, 4
	3	2, 4, 1, 5, 3
	4	3, 1, 7, 5, 2, 6, 4
	5	8, 5, 3, 2, 6, 7, 1, 4
C	1	5, 3, 7, 8, 2, 4, 1, 6
	2	4, 2, 1, 3, 5
	3	4, 3, 1, 2
	4	10, 8, 6, 3, 5, 2, 1, 4, 7, 9, 11, 12

3. O início da rota da entrevista partirá sempre pelo canto da quadra voltado para o sentido norte do mapa.

4. A partir do canto, andar em sentido anti-horário, ou seja, para a esquerda desse canto, e bater na 6ª casa. Contar a partir da casa do canto/esquina, desde que essa não tenha sua entrada na rua do lado direito desse canto.

5. As entrevistas sempre serão realizadas “pulando-se” 6 casas.

Ex. 6ª casa, 12ª casa, 18ª casa ...

6. Em caso de não encontrar nenhum indivíduo na faixa etária na casa selecionada, substituir pelo vizinho seguinte.

Ex. 1ª entrevista na casa 6 – ok

2ª entrevista na casa 12- não tem ninguém nessa faixa etária, então passar para a casa 13, 14, 15, ... até encontrar uma casa com pessoa(s) nessa faixa etária.

7. Quando os moradores da casa selecionada não forem encontrados, tentar obter o máximo de informações com vizinhos sobre presença de pessoas nessa faixa etária, anotando no formulário para poder voltar em outro dia e horário. Quando não encontrado devemos tentar

três vezes. Nesse caso, este domicílio “conta” no estudo, não deve ser pulado ou passado para o vizinho seguinte.

8. Nos domicílios sorteados apenas uma pessoa participará do estudo, a escolha desta também se realizará por sorteio. Quando do vencimento da cota por sexo ou por faixa etária estes serão excluídos do sorteio. Serão excluídos visitantes, moradores temporários, empregados domésticos e pessoas com deficiência intelectual que sejam impossibilitados de responder e não possuam cuidadores.

9. Após ter percorrido todas as quadras da microárea e ainda não ter vencido a cota, devemos retornar à primeira quadra selecionada e entrevistar a casa 5, ou seja reiniciar pela casa anterior. Em caso de não encontrar pessoas na faixa etária ir para casa 4 e assim por diante, mas no máximo 3 casas anteriores, se mesmo assim não encontrar passar para casa 11, 10, 9 ou 17, 16, 15 e assim por diante.

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

Formulário para coleta de dados

Digitação 1ª () 2ª ()

1. IDENTIFICAÇÃO			
1.1 Domicílio selecionado: _____		1.2 Domicílio entrevistado: _____	
1.3 Qual a idade e o sexo de todas as pessoas que residem nessa casa? Em caso de 2 famílias residentes na mesma data, preencher “Família 2”.			
Família 1		Família 2	
Idade	Sexo	Idade	Sexo
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	anos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1.4 Área: _____		1.5 Microárea: _____	
1.6 Caso: _____		1.7 Data da entrevista: _____	
1.8 Entrevistador: _____			
1.9 Nome do entrevistado: _____			
1.10 Nome do cuidador: _____			
1.11 Rua: _____			nº _____
1.12 Telefone: _____			
1.13 Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino		1.14 Data de nascimento: _____	
2. PERDA OU EXCLUSÃO			
2.1 Motivo da perda:			
<input type="checkbox"/> não encontrado em 3 tentativas			
1ª visita: ____ / ____ / ____		2ª visita: ____ / ____ / ____	
		3ª visita: ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> recusa <input type="checkbox"/> outro			
2.2 Motivo da exclusão:			
<input type="checkbox"/> idade inadequada <input type="checkbox"/> não morador da área de abrangência estudada <input type="checkbox"/> morador temporário			
<input type="checkbox"/> impossibilidade da realização da entrevista por problema físico, cognitivo e por falta de cuidador			
<input type="checkbox"/> empregado doméstico		<input type="checkbox"/> outro	

3. DADOS SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICOS

3.1 Situação conjugal: () solteiro () casado () separado/ divorciado () viúvo

3.2 Exerce trabalho remunerado? () sim () não **Se não → 3.5**

3.3 Qual a jornada total de trabalho?

() até 8 horas por dia () de 8 a 12 horas por dia () acima de 12

3.4 Tem mais de um emprego?

() sim () não

3.5 Classificação econômica (ABEP):

Posse de itens	Quantidade de itens					Pontuação
	0	1	2	3	4 ou+	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	4	5	6	7	
Automóvel	0	4	7	9	9	
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	
SUBTOTAL						
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA						
Analfabeto/ primário incompleto		Analfabeto/ Até 3ª série fundamental				0
Primário completo/ ginásial incompleto		Até 4ª série fundamental				1
Ginásial completo/ colegial incompleto		Fundamental completo				2
Colegial completo/ superior incompleto		Médio completo				4
Superior completo		Superior completo				8
TOTAL ABEP						

4. DADOS RELACIONADOS AOS ANTECEDENTES FAMILIARES

4.1 Na família já houve caso de:

Parentesco	Pressão alta			Diabetes			Infarto			Derrame		
	S	N	NS	S	N	NS	S	N	NS	S	N	NS
Pai												
Mãe												
Irmãos												

Legenda: S = Sim; N = Não; NS = Não sabe

5. DADOS RELACIONADOS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS	
5.1 O(a) Sr(a) consultou o médico nos últimos doze meses? () sim () não	
Se sim, por qual motivo?	
5.2 A consulta foi em serviço: () público () privado	
5.3 Com que frequência vai ao médico?	
() mensalmente () a cada seis meses () uma vez por ano () nunca ou	
5.4 Possui plano privado de saúde? () sim () não	Se não → 5.6
5.5 Esse plano tem cobertura: () integral () participativa	
5.6 Utiliza a Unidade Básica de Saúde? () sim () não	
5.7 O(a) Sr(a) utiliza o serviço privado em que ocasiões? Admite múltiplas respostas	
Quando há reuniões, atividades em grupo, atividades de prevenção () sim () não	
Para obtenção de medicamentos () sim () não	
Para consultas médicas () sim () não	Outros:
5.8 O(a) Sr(a) utiliza o serviço público em que ocasiões? Admite múltiplas respostas	
Quando há reuniões, atividades em grupo, atividades de prevenção () sim () não	
Para obtenção de medicamentos () sim () não	
Para consultas médicas () sim () não	Outros: -
5.9 O(a) Sr(a) recebeu a visita de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos últimos 12	
() sim () não	
5.10 Com que frequência recebe visita de um ACS?	
() uma vez por mês () a cada 2 ou 3 meses () a cada 4 ou 5 meses	
() a cada 6 meses () uma vez por ano () nunca	
5.11 Quando o(a) Sr(a) procurou o serviço de saúde, nos últimos doze meses, recebeu explicações sobre como evitar doenças cardiovasculares? () sim () não	Se não
5.12 Quem realizou essas explicações?	
() médico () enfermeiro () auxiliar de enfermagem () ACS ()	
5.13 Essas explicações estavam relacionadas com: Admite múltiplas respostas	
() hipertensão () diabetes () dieta () exercício físico	
() tabagismo () obesidade () consumo de bebidas alcoólicas	
5.14 Já participou ou participa de cursos, palestras, reuniões sobre doenças do coração ou grupos de hipertensão, diabetes? () sim () não () não lembra	Se não ou não
5.15 Estes encontros ocorreram na UBS ou em serviços de saúde privados?	
() UBS () serviço privado () ambos	
5.16 Na sua opinião, qual(is) cuidado(s) deveriam ser tomados para evitar infarto ou derrame? Admite múltiplas respostas	
() dieta () colesterol elevado () hipertensão arterial () tabagismo	
() diabetes () sedentarismo () obesidade () ingestão de álcool	
() história familiar () raça () idade () estresse	
() outros	
5.17 Há quanto tempo a sua pressão arterial foi verificada por um profissional da saúde?	
() há um mês () há 2 ou 3 meses () há 4 ou 5 meses	
() há 6 meses () há 1 ano () nunca	
5.18 Com que frequência costuma verificar sua pressão arterial? Se nunca → 5.20	
() diariamente () semanalmente () 1 a 3 vezes por mês	
() intervalo superior a um mês () nunca	
5.19 Onde costuma verificar sua pressão arterial?	
() UBS () através da visita dos ACS	
() em casa, possui aparelho próprio () outros	
5.20 Já realizou coleta de dosagem de colesterol? () sim () não	Se não → 6

5.21 Há quanto tempo realizou última dosagem de colesterol?
<input type="checkbox"/> há menos de 6 meses <input type="checkbox"/> há menos de 1 ano <input type="checkbox"/> entre 2 e 4 anos <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais

6. FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (conforme Vigitel Brasil, 2006)	
6.1 O(a) Sr(a) fuma? <input type="checkbox"/> sim, diariamente <input type="checkbox"/> sim, ocasionalmente <input type="checkbox"/> não	Se não →
6.2 Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia? _____ cigarros	
<input type="checkbox"/> 1 - 4 <input type="checkbox"/> 5 - 9 <input type="checkbox"/> 10 - 14 <input type="checkbox"/> 15 - 19 <input type="checkbox"/> 20 - 29 <input type="checkbox"/> 30 - 39 <input type="checkbox"/> 40 ou +	
6.3 Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?	
_____ anos <input type="checkbox"/> não lembra	
6.4 O(a) Sr(a) já fumou? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se não → 6.6
6.5 Que idade o(a) Sr(a) tinha quando parou de fumar? _____ anos <input type="checkbox"/> não	
6.6 Sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?	
_____ kg <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> não quis informar	
6.7 Sabe sua altura?	
_____ m _____ cm <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> não quis informar	
6.8 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou milho)?	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca	
6.9 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha? Se nunca → 6.11	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca	
6.10 Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:	
<input type="checkbox"/> tirar sempre o excesso de gordura visível	
<input type="checkbox"/> comer com a gordura	
<input type="checkbox"/> não come carne vermelha com muita gordura	
6.11 Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca	
6.12 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? Se nunca → 6.14	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca	
6.13 Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:	
<input type="checkbox"/> tirar sempre a pele <input type="checkbox"/> comer com a pele <input type="checkbox"/> não come pedaços de frango	
6.14 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)	
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana	
<input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> nunca	
6.15 Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	
<input type="checkbox"/> integral <input type="checkbox"/> desnatado ou semi – desnatado <input type="checkbox"/> os dois tipos <input type="checkbox"/> não sabe	
6.16 No seu trabalho o(a) Sr(a) anda bastante à pé? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se não trabalha
6.17 No seu trabalho o(a) Sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
6.18 O(a) Sr(a) costuma ir à pé ou de bicicleta de casa para o trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
6.19 Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) praticou exercício físico ou esporte? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se não
6.20 Quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma praticar esporte ou exercício?	
<input type="checkbox"/> menos do que 3 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana	
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana <input type="checkbox"/> todos os dias	

APÊNDICE D – Manual de instruções para abordagem domiciliar



Mara Cristina Nishikawa Yagi

Manual de Instruções para Abordagem Domiciliar

Mestrado em Saúde Coletiva

Londrina
2009

1. DADOS DO PROJETO E CONTATO

Instituição: Universidade Estadual de Londrina
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Saúde Coletiva
Avenida Robert Koch, 60 – Vila Operária
Fone: 3371. 2359
Contato: Sandra Lage – secretária
e-mail: saudecoletiva@uel.br

Título: Prevalência de fatores de risco e uso de serviços preventivos de saúde para doenças cardiovasculares entre adultos residentes em área de abrangência de Unidade Básica de Saúde.

Pesquisadora Principal: Mara Cristina Nishikawa Yagi
Fone: 3327. 5485
Cel.: 8407. 0531
Orientadora: Prof. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza
Fone: 3371. 2398
Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

2.1 Escala de reuniões:

Semanalmente, com datas e horários a confirmar, serão realizadas reuniões entre os participantes do projeto para entrega dos formulários preenchidos, obtenção de mais materiais, solucionar dúvidas e problemas que tenham surgido durante as entrevistas realizadas e receber novas orientações para dar continuidade com o trabalho de campo.

2.2 O manual:

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas, dessa maneira **deve estar sempre com você**. Recorra ao manual de instruções sempre que surgir alguma dúvida. Não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista. Evite confiar excessivamente na própria memória.

2.3 Material de campo:

Não saia sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos. Este material inclui:

- Crachá e carteira de identidade;
- Jaleco;
- Manual de instruções;
- Mapa da área;
- Formulários;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Lápis, borracha, apontador, prancheta e sacos plásticos;
- Caderno diário de campo para anotações de dúvidas, carga horária diária, entre outros

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado

2.4 Critérios de inclusão no estudo:

Serão incluídos no estudo adultos na faixa etária de 40 anos e mais residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bandeirantes que tenha seu domicílio selecionado por sorteio.

2.5 Critérios de exclusão no estudo:

Serão excluídos do estudo os visitantes, os moradores temporários, os empregados domésticos e pessoas com deficiência mental que não possuam acompanhante ou cuidador que possa responder as questões por ele.

3. TRABALHO DE CAMPO**3.1 Reconhecimento da região:**

Em caso de dúvidas com relação à região onde será desenvolvido o estudo, basta checar o mapa fornecido com todas as ruas da área. Ainda existindo dúvidas, favor entrar em contato com o responsável pelo estudo. Os entrevistadores estarão em duplas para a coleta de dados, podendo eventualmente, se separar caso os domicílios a serem pesquisados forem próximos um do outro.

3.2 Apresentação pessoal:

- Procure apresentar-se de uma forma simples e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça;
- Use sempre crachá de identificação e jaleco.

3.3 Abordagem domiciliar:

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar. Elas são imprescindíveis para uma boa entrevista.

- Quando chegar à frente da casa a ser visitada, o (a) entrevistador (a) deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-lo (a). Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Caso a entrevista não tenha sido agendada previamente, quando o morador estiver ausente no momento da entrevista, perguntar aos vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa e o telefone.
Assim, o (a) entrevistador (a) deverá voltar outro dia em outro horário (dependendo das informações prestadas pelos vizinhos) para nova tentativa;
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante;
- Deixe claro logo de início que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada;

- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma;
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa;
- Pergunte sobre moradores “elegíveis” para o estudo: adultos de 40 anos e mais;
- Informe que o domicílio foi escolhido e não pode ser trocado por outro;
- Sem elegíveis, agradeça e pule para a próxima residência.

3.4 Recomendações:

- Entre em contato com o responsável pela pesquisa sempre que tiver dúvidas;
- Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas;
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis;
- Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções e o consulte se necessário, durante a entrevista;
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher;
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou se a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável.

3.5 Entrevista:

- Leia as perguntas para o entrevistado. Se necessário e conveniente, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender, só não se esqueça de evitar surpresa ou influenciar as respostas;
- Dê ao entrevistado o Termo de Consentimento para que seja assinado e informe que é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ele o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo de Consentimento e poderá ligar para sanar qualquer dúvida. O termo de consentimento só deverá ser entregue para assinatura ao final da entrevista;
- Informe os objetivos da pesquisa. Obtenha o consentimento verbal da pessoa para iniciar a entrevista. Não peça que o entrevistado assine o Termo de Consentimento no início da pesquisa;

- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”;
- “Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar a conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas”.

3.6 Instruções para preenchimento dos formulários:

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista;
- Os formulários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Em casa, faça a checagem dos formulários preenchendo a caneta;
- As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. Os números devem seguir a padronização e deve-se usar letra de forma;
- Nunca deixe nenhuma resposta em branco, a não serem as dos pulos indicados no formulário. Faça um risco diagonal no bloco ou questão que está sendo pulada e siga em frente. *Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista;*
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual;
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982;
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro (a) de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado (a);
- Preste muita atenção para não pular nenhuma pergunta. Ao final de cada página do formulário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas;
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o formulário são considerados como exclusões (não fazem parte do estudo). Colete todas as informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva no BLOCO 2 do formulário o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas como recusas ou perdas. Contudo se o acompanhante ou cuidador tiver condições de responder as questões no lugar da pessoa impossibilitada, incluí-lo no estudo. Quem assina o termo é o informante (cuidador ou responsável);

- Nos casos em que um parente ou o cuidador responder pelo paciente, anotar o seu nome;
- Caso o respondente não entenda a pergunta, explique a pergunta de uma segunda maneira, com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções;
- Quando em dúvida sobre a resposta ou se a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável pela pesquisa;
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do formulário;
- No final do dia do trabalho, aproveite para revisar seus formulários aplicados;
- Use o caderno de campo para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o responsável estas anotações serão muito importantes;
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante, quando este espaço existir;
- ATENÇÃO! Nunca deixe respostas em branco.

3.7 Recusas:

- Em caso de recusa, anotar no formulário e comunicar o responsável pela pesquisa. A recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra pessoa. Você pode dizer que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um formulário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração;
- A maioria das recusas é reversível, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente, ou de uma abordagem incorreta. Possivelmente, em um outro momento a pessoa aceite responder o questionário. Na primeira recusa, tente agendar um outro encontro;
- NÃO desistir antes de mais uma tentativa em dias e/ou horários diferentes.

3.8 Morador não encontrado:

Em caso do morador não ser encontrado, buscar informações com vizinhos sobre melhor horário para encontrá-lo, ou um telefone para posterior agendamento da entrevista.

3.9 Entrevista, Perda ou Exclusão:

Para todos os indivíduos visitados (que preencham os critérios para participar do estudo), sendo ou não encontrados, aceitando ou não participar da entrevista, deve-se anotar o desfecho do processo, ou seja, se houve ou não a entrevista, e se não houve anotar o motivo (perda ou exclusão). Também é necessário preencher o formulário, com os dados

de identificação presentes ou alguma informação fornecida por algum morador para todos que não forem entrevistados e anotar o motivo da não entrevista.

4. INSTRUÇÕES POR BLOCOS DO FORMULÁRIO

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO

PERGUNTA 1.1 Domicílio selecionado: número do domicílio selecionado

PERGUNTA 1.2 Domicílio entrevistado: Anotar o número do domicílio entrevistado

PERGUNTA 1.3 Qual a idade e o sexo de todas as pessoas que residem nessa casa?

Anotar as idades e os sexos de todas as pessoas residentes na mesma casa mesmo que não sejam da faixa etária a ser estudada. Quando houver mais de um domicílio na mesma data, deverá ser preenchido como “família 2”.

PERGUNTA 1.4 Área: Estará preenchido.

PERGUNTA 1.5 Microárea: Estará preenchido.

PERGUNTA 1.6 Caso: Sequência de numeração dos casos.

PERGUNTA 1.7 Data da Entrevista: Anotar dia/mês/ano.

PERGUNTA 1.8 Entrevistador: Completar com o nome do entrevistador.

PERGUNTA 1.9 Nome do entrevistado: Anotar o nome completo do entrevistado.

PERGUNTA 1.10 Nome do cuidador: Anotar o nome completo do cuidador.

PERGUNTA 1.11 Endereço

PERGUNTA 1.12 Telefone: Anotar o número do telefone. Caso o paciente não queira fornecer ou não possua telefone, deixar em branco.

PERGUNTA 1.13 Sexo: Apenas observe e anote.

PERGUNTA 1.14 Data de Nascimento: Colocar dia, mês e ano (nesta ordem).

BLOCO 2: PERDA OU EXCLUSÃO

2.1 MOTIVO DA PERDA

Serão considerados como perda os casos não encontrados após 3 tentativas e os casos de recusa após ter tentado mais uma vez em dias e/ou horários diferentes. Quaisquer outros motivos deverão estar anotados por extenso de forma legível.

2.2 MOTIVO DA EXCLUSÃO

Serão considerados como exclusão os indivíduos que não se insiram na faixa etária do estudo, não morador da área de abrangência, morador temporário, empregados domésticos, visitantes, deficientes físicos e cognitivos sem cuidador ou responsável que possa responder por ele. Quaisquer outros motivos deverão estar anotados por extenso de forma legível.

BLOCO 3: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

PERGUNTA 3.1 Situação conjugal?

Apenas anote a resposta sem dar as opções.

PERGUNTA 3.2 Exerce trabalho remunerado?

Refere-se ao estado atual de trabalho do paciente. Para pacientes aposentados marcar NÃO. Se a resposta for NÃO pule para a questão 3.5.

PERGUNTA 3.3 Qual a jornada total de trabalho?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 3.4 Tem mais de um emprego?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for às vezes, assinale a opção SIM.

PERGUNTA 3.5 CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

Antes de iniciar as perguntas desta seção, explique ao entrevistado(a) que o objetivo é apenas categorizar as pessoas de acordo com o nível socioeconômico para verificar se há alguma influência nos resultados do estudo. É bom reforçar que os dados são sigilosos.

→ Televisão: contar apenas as cores.

→ Rádio: Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio do automóvel.

→ Banheiro: O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada e os localizados fora de casa. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

→ Automóvel: Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

→ Empregada mensalista: Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não se esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

→ Máquina de Lavar: Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

→ Vídeo cassete e/ou DVD: Pode ser considerado qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

→ Geladeira: No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

a) Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

b) Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pontos
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pontos
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pontos
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pontos
Possui freezer, mas não geladeira (caso raro mais aceitável)	2 pontos

BLOCO 4: DADOS RELACIONADOS AOS ANTECEDENTES FAMILIARES**PERGUNTA 4.1** Na família já houve caso:

Faça as perguntas por doença, ou seja, primeiro os parentes que têm ou tiveram pressão alta, diabetes, infarto e derrame.

BLOCO 5: DADOS RELACIONADOS À UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

PERGUNTA 5.1 O(a) Sr(a) consultou o médico nos últimos doze meses?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se SIM, anotar por extenso de forma legível qual o motivo da internação.

PERGUNTA 5.2 A consulta foi em serviço público ou privado?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 5.3 Com que frequência vai ao médico?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 5.4 Possui plano privado de saúde?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO pule para a questão 5.6.

PERGUNTA 5.5 Esse plano tem cobertura parcial ou participativa?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 5.6 Utiliza a Unidade Básica de Saúde?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 5.7 O(a) Sr(a) utiliza o serviço privado em que ocasiões?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder. Esta questão admite múltiplas respostas.

PERGUNTA 5.8 O(a) Sr(a) utiliza o serviço público em que ocasiões?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder. Esta questão admite múltiplas respostas.

PERGUNTA 5.9 O(a) Sr(a) recebeu a visita de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) nos últimos doze meses?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 5.10 Com que frequência recebe visita de um ACS?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 5.11 Quando o(a) Sr(a) procurou o serviço de saúde, nos últimos doze meses, recebeu explicações sobre como evitar doenças cardiovasculares? Se a resposta for NÃO pule para a questão 5.14.

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 5.12 Quem realizou essas explicações?

Leia uma opção de cada vez para o entrevistado e assinale todas que ele relatar. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 5.13 Essas explicações estavam relacionadas com:

Leia uma opção de cada vez para o entrevistado e assinale todas que ele relatar. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 5.14 Já participou ou participa de cursos, palestras, reuniões sobre doenças do coração ou grupos de hipertensão, diabetes? Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA pule para a questão 5.16.

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Caso não se lembre assinale a lacuna.

PERGUNTA 5.15 Estes encontros ocorreram na UBS ou em serviços de saúde privados?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 5.16 Na sua opinião, qual(is) cuidado(s) deveriam ser tomados para evitar infarto ou derrame?

Leia uma opção de cada vez para o entrevistado e assinale todas que ele relatar. Esta questão admite mais de uma resposta.

PERGUNTA 5.17 Há quanto tempo a sua pressão arterial foi verificada por um profissional da saúde?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 5.18 Com que frequência costuma verificar sua pressão arterial?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NUNCA pule para a questão 5.20.

PERGUNTA 5.19 Onde costuma verificar sua pressão arterial?

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 5.20 Já realizou coleta de dosagem de colesterol?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO pule para o bloco 6.

PERGUNTA 5.21 Há quanto tempo realizou última dosagem de colesterol?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

BLOCO 6: FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

PERGUNTA 6.1 O(a) Sr(a) fuma?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO, pule para a questão 6.4.

PERGUNTA 6.2 Quantos cigarros por dia?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, no espaço o valor exato referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 6.3 Que idade tinha quando começou a fumar regularmente?

Anote a idade, de forma legível. Caso não se lembre assinale a lacuna.

PERGUNTA 6.4 O(a) Sr(a) já fumou?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO pule para a questão 6.6.

PERGUNTA 6.5 Que idade tinha quando parou de fumar?

Anote a idade, de forma legível. Caso não se lembre assinale a lacuna.

PERGUNTA 6.6 Peso?

Anote o peso referido, de forma legível. Caso não saiba ou não queira informar assinale a lacuna.

PERGUNTA 6.7 Altura?

Anote a altura referida, de forma legível. Caso não saiba ou não queira informar assinale a lacuna.

PERGUNTA 6.8 Quantas vezes na semana costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.9 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NUNCA pule para a questão 6.11.

PERGUNTA 6.10 Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 6.11 Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.12 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NUNCA pule para a questão 6.14.

PERGUNTA 6.13 Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:

Leia todas as opções para o entrevistado e assinale aquela que ele responder.

PERGUNTA 6.14 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NUNCA pule para a questão 6.16.

PERGUNTA 6.15 Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.16 No seu trabalho o(a) Sr(a) anda bastante à pé?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se NÃO TRABALHA pule para questão 6.19.

PERGUNTA 6.17 No seu trabalho o(a) Sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.18 O(a) Sr(a) costuma ir à pé ou de bicicleta de casa para o trabalho?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.19 Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) praticou exercício físico ou esporte?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO pule para a questão 6.22.

PERGUNTA 6.20 Quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma praticar esporte ou exercício?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 6.21 No dia que o(a) Sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 6.22 Há quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? (Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte, por lazer)

Anote há quantos dias atrás ou o dia da semana, de forma legível. Se a resposta for NENHUM pule para a questão 6.24.

PERGUNTA 6.23 Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou, quanto tempo, no total, caminhou por dia?

Anote o tempo de forma legível.

PERGUNTA 6.24 Há quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? (Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido, fazer serviços domésticos pesados, jogar futebol competitivo.)

Anote há quantos dias atrás ou o dia da semana, de forma legível. Se a resposta for NENHUM pule para a questão 6.26.

PERGUNTA 6.25 Nos dias em que o(a) Sr(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia?

Anote o tempo de forma legível.

PERGUNTA 6.26 Há quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? (Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esporte por diversão, fazer serviços domésticos leves, como varrer, aspirar.)

Anote há quantos dias atrás ou o dia da semana, de forma legível. Se a resposta for NENHUM pule para a questão 6.28.

PERGUNTA 6.27 Nos dias em que o(a) Sr(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

Anote o tempo de forma legível.

PERGUNTA 6.28 O(a) Sr(a) costuma tomar bebida alcoólica?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for NÃO pule para a questão 6.33.

PERGUNTA 6.29 Com que frequência o(a) Sr(a) costuma tomar bebida alcoólica?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se homens pule para a questão 6.30 e se mulheres pule para a questão 6.31.

PERGUNTA 6.30 Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Segue para a questão 6.32.

PERGUNTA 6.31 Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de 4 latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.32 Em quantos dias do mês isso ocorreu?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Preencha, por extenso, o espaço de acordo com o referido pelo entrevistado.

PERGUNTA 6.33 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Caso não se lembre assinale a lacuna.

PERGUNTA 6.34 E diabetes?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Caso não se lembre assinale a lacuna.

BLOCO 7: MORBIDADES

PERGUNTA 7.1 Faz uso de algum medicamento?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 7.2 Teve AVC nos últimos doze meses?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 7.3 Teve infarto do coração nos últimos doze meses?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 7.4 Outros problemas do coração?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Anotar por extenso de forma legível qual o problema referido.

PERGUNTA 7.5 Esteve internado no último ano?

Não dê opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se SIM, anotar por extenso de forma legível quando e por qual doença esteve internado.

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre “Prevalência de fatores de risco e uso de serviços preventivos de saúde para doenças cardiovasculares em área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde” que tem como objetivo caracterizar o uso de serviço preventivo por doenças cardiovasculares entre adultos residentes na área de abrangência de uma UBS. Tendo em vista que as doenças cardiovasculares constituem-se em uma das principais causas de morte e internações, assim como a falta de adesão às medidas preventivas dessas doenças é que se justifica este estudo.

Serão feitas perguntas de identificação pessoal como: estado civil, escolaridade, além de perguntas sobre condições econômicas. Serão realizadas ainda perguntas sobre orientações e ações de prevenção às doenças cardiovasculares, garantindo seu direito de se recusar a responder perguntas que possam causar constrangimento de alguma natureza. As entrevistas serão realizadas por entrevistador(a) abaixo identificado(a) sob orientação da pesquisadora responsável.

Garantimos que as informações fornecidas são confidenciais e a divulgação dos resultados do trabalho será feita de forma global e anônima. O Sr(a) não receberá nada e nem terá que efetuar qualquer pagamento para responder as perguntas. Fica garantido seus direitos de aceitar ou não participar da pesquisa e de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde.

Em caso de dúvidas poderá esclarecê-la com o entrevistador(a) _____ ou com a pesquisadora Mara Cristina Nishikawa Yagi pelo telefone 3327 5485, ou com a Prof^a Regina Kazue Tanno de Souza, orientadora, pelo telefone 3371-2398. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Av. Robert Kock, nº60, Vila Operária, pelo telefone (43) 3371-2490 (atendimento às quintas-feiras pela manhã).

Entrevistador(a)

Pesquisadora

Orientadora

_____, tendo sido esclarecido(a), e tendo garantido os direitos de aceitar ou não participar da pesquisa pelas pesquisadoras responsáveis, concordo/aceito participar da pesquisa supra-identificada.

Londrina, / /

Nome e assinatura do entrevistado ou responsável

APÊNDICE F– Folheto educativo

- **Pratique sempre exercício físico moderado**



- **Consulte sempre o médico**



- **Verifique sempre seu nível de açúcar no sangue**



- **Para as pessoas com história familiar de doença cardiovascular, a prevenção deve começar mais cedo**

O reconhecimento precoce dos sinais de alerta das doenças cardiovasculares, aliada as medidas para diminuição dos fatores de risco são ações fundamentais para a prevenção.

Fontes:

www.cardiol.br

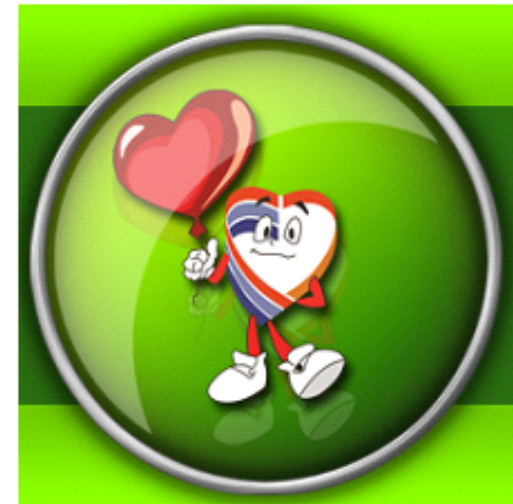
www.min-saude.pt



Universidade
Estadual de Londrina
Elaborado por:

Mara Cristina Nishikawa Yagi
Mestranda em Saúde Coletiva

Doenças Cardiovasculares



O que são doenças cardiovasculares ?

De um modo geral, é o conjunto de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte e incapacidade em Londrina, no Brasil e no mundo.

Quais são as principais conseqüências?

As conseqüências mais importantes são o infarto e o acidente vascular cerebral (derrame).

Porque essas doenças acontecem?

Deve-se essencialmente ao depósito de gorduras na parede dos vasos sanguíneos. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco. O controle dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações dessas doenças.

Quais são os fatores de risco para doenças cardiovasculares?

A idade (pessoas com idade avançada são mais afetadas), o sexo (o homem é mais propenso e as mulheres na pós-menopausa) e a história familiar são condições que aumentam o risco de desenvolver essas doenças. Entretanto, existem outros fatores de risco que podemos influir e modificar, sobretudo aqueles ligados ao estilo de vida:

- ❖ **Tabagismo:** favorece o aparecimento de dor no peito, infarto e derrame por facilitar o acúmulo de gorduras nos vasos sanguíneos entre outros problemas.
- ❖ **Sedentarismo ou falta de exercício físico:** aumenta a força de outros fatores como a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes e o colesterol alto.
- ❖ **Diabetes mellitus:** os diabéticos são mais propensos a sofrer de doenças cardiovasculares e derrame.
- ❖ **Obesidade:** o risco de acidente vascular cerebral (derrame) ou outras doenças do coração aumentam com o excesso de peso.
- ❖ **Maus hábitos alimentares:** comer muito sal pode aumentar a pressão arterial; muitas gorduras podem levar ao entupimento das artérias e muitos açúcares prejudicam o diabetes e contribui para a obesidade.
- ❖ **Consumo de bebidas alcoólicas:** está associado ao aumento de pressão arterial e ao risco de doenças cardiovasculares.
- ❖ **Colesterol alto:** níveis altos de colesterol LDL ou "colesterol ruim", como é chamado, também são riscos para as doenças cardiovasculares.
- ❖ **Hipertensão arterial ou pressão alta:** a pressão alta pode causar, principalmente, o acidente vascular cerebral (derrame).

Quais são as formas de prevenção das doenças cardiovasculares?

Através da escolha de estilo de vida mais saudável.

> Deixe de fumar



> Verifique regularmente sua pressão arterial



> Prefira alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes

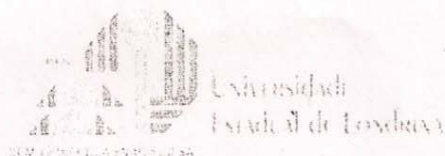


> Controle seu peso e evite a obesidade

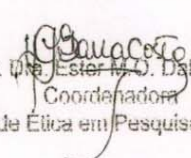


ANEXO

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268

Parecer PF Nº 010/09 CAAE Nº 0008.0.268.000-09 FOLHA DE ROSTO Nº 241279	Londrina, 14 de maio de 2009.
PESQUISADOR: MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI Mestrado em Saúde Coletiva CCS	
Prezada Senhora: <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">“PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO E USO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS DE SAÚDE PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE ADULTOS RESIDENTES EM ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”</p> <p>Informamos que a senhora deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Atenciosamente,  Prof.ª Ester M.O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UJEL	