



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**HÁBITOS DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE ENTRE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM CAMBÉ – PR, QUATRO ANOS DE
SEGUIMENTO**

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**HÁBITOS DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE ENTRE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM CAMBÉ – PR, QUATRO ANOS DE
SEGUIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina como requisito parcial
para obtenção do título de doutora.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Rigo Silva
Coorientador: Prof. Dr. Edmarlon Giroto

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Yagi, Mara Cristina Nishikawa.

Hábitos de vida e utilização de serviços de saúde entre indivíduos com hipertensão arterial em Cambé-PR, quatro anos de seguimento. / Mara Cristina Nishikawa Yagi. Londrina, 2019.
157 f. : il.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva.

Coorientador: Edmarlon Giroto.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Hipertensão arterial - Tese. 2. Hábitos de vida - Tese. 3. Utilização de serviços de saúde - Tese. I. Silva, Ana Maria Rigo. II. Giroto, Edmarlon . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
IV. Título.

MARA CRISTINA NISHIKAWA YAGI

**HÁBITOS DE VIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE
INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CAMBÉ – PR,
QUATRO ANOS DE SEGUIMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina como requisito parcial
para obtenção do título de doutora.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Mara Solange Gomes Dellarozza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 26 de agosto de 2019.

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

AGRADECIMENTOS

Ao encerramento desta tese, apresento meus sinceros agradecimentos à todos que se fizeram presentes e me apoiaram ao longo de todo o processo, particularmente:

- à Deus, pela saúde, pela força espiritual e pela oportunidade de poder estar realizando este desejo;
- aos meus pais, ao meu esposo e aos meus filhos, pela compreensão, paciência, motivação e apoio em todos os momentos;
- à minha orientadora, Professora Dr^a Ana Maria Rigo Silva, não só pela orientação, mas pelo prazer de ter convivido esses anos, pela sua amizade, receptividade, compreensão, apoio, paciência, carinho e pelos conselhos dispensados à mim em todos os momentos;
- ao Professor Dr. Edmarlon Giroto, pela especial coorientação, pelos seus ensinamentos, seu apoio e por estar sempre disposto a atender minhas dúvidas com muita paciência, sendo fundamental para o desenvolvimento de todo esse processo;
- aos membros da banca de Exame de Qualificação, Prof^a. Dr^a. Mara Solange Gomes Dellaroza, Prof^a. Dr^a. Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lourenço Haddad e Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera pelas valiosas sugestões para a valorização deste trabalho;
- às minhas colegas de trabalho da área de Fundamentos pela força, compreensão e paciência;
- aos colegas de turma do Doutorado, por compartilharmos bons momentos, pelo apoio e contribuições;
- aos integrantes do Projeto VIGICARDIO pela convivência, amizade e compreensão;
- à todos os entrevistados do município de Cambé, pela participação e concessão de informações valiosas para a realização desta pesquisa;
- à todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

YAGI, M. C. N. **Hábitos de vida e utilização de serviços de saúde entre indivíduos com hipertensão arterial em Cambé-PR, quatro anos de seguimento.** 2019. 153f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2019.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os hábitos de vida e a utilização dos serviços de saúde em indivíduos com hipertensão arterial (HA) e, especificamente verificar as mudanças nas prevalências dos hábitos de vida após quatro anos, verificando a associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida no seguimento. Para tal, realizou-se um estudo de coorte e outro de delineamento transversal de base populacional. A população de estudo constituiu-se de adultos de 40 anos e mais, residentes na área urbana do município de Cambé, Paraná. A coleta de dados da primeira fase, ocorreu entre fevereiro e maio de 2011, com 1.180 indivíduos entrevistados, destes, 660 classificados com HA (amostra da presente pesquisa). A segunda fase, aconteceu de março a outubro de 2015 e foram reentrevistados 487 indivíduos com HA. A HA foi estabelecida pelo uso de anti-hipertensivo ou a média das duas últimas medidas de pressão arterial alterada, considerando-se limítrofes os valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg. Em ambas as fases, além da aferição da pressão arterial, foram realizadas medidas antropométricas e coleta de exames laboratoriais. As análises de dados foram realizadas pelo programa SPSS, versão 21.0. A diferença nas prevalências entre os sexos foi verificada pelo teste qui-quadrado e as mudanças dos hábitos de vida entre os dois períodos pelo teste de Mc Nemar. Para a associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida, utilizou-se o Modelo de Regressão Log-Linear de Poisson com estimação robusta, análise multivariada e cálculo de razão de prevalência (RP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. As mudanças nas prevalências no seguimento referem-se à redução do consumo abusivo de álcool ($p < 0,001$) e aumento do consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes ($p < 0,001$) entre pessoas com quatro anos e mais de estudo. Em 2015, no estrato de maior escolaridade entre os que utilizaram serviços privados de saúde houve maior prevalência de prática de atividade física (RP Ajustada 1,416; IC 95% 1,014-1,978), menor consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes (RP Ajustada 0,889; IC 95% 0,825-0,958) e maior consumo de carnes com excesso de gordura (RP Ajustada 1,090; IC 95% 1,013-1,173). No estrato de menor escolaridade, entre os que receberam visitas da ESF, a prevalência do hábito de fumar foi menor (RP Ajustada 0,159; IC 95% 0,043-0,588). Conclui-se que, houve mudanças positivas nos hábitos de vida após quatro anos, entretanto, na utilização de serviços de saúde, os usuários de serviços privados de saúde apresentaram hábitos menos saudáveis. Dessa forma, esses resultados reforçam a importância da prevenção dos fatores de risco e do vínculo dessa população com os serviços de saúde.

Palavras-chave: Prevalência. Adulto. Hipertensão. Estilo de vida. Uso de serviços de Saúde.

YAGI, M. C. N. **Lifestyle and use of health care services among hypertensive individuals in Cambé-PR, four years of follow up.** 2019. 153p. Thesis (Doctorate in Public Health). State University of Londrina. Londrina, 2019.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the life habits and the use of health services in individuals with arterial hypertension and, specifically to check the changes on the prevalence of life style after four years, and verifying the association between health service utilization and health habits in the following. For this purpose, a cohort study and a cross-sectional population-based study were performed. The study population consisted of adults aged 40 years and over, living in the urban area of the city of Cambé, Paraná. The data collection of the first phase occurred from February to May of 2011, in which 1180 individuals were interviewed, 660 of them classified with hypertension (sample of the current study). The second phase began in March and ended in October of 2015, and 487 individuals with hypertension were interviewed the second time. The definition of hypertension was established by the use of antihypertensive or the mean of the last two altered blood pressure measurements, in which blood pressure values higher than or equal to 140/90 mmHg were considered borderline. Both in the first phase and in the follow up, blood pressure measurements, anthropometric measurements and laboratory tests were performed. Data was analyzed by SPSS program, 21.0 version. For the study of prevalence between gender, the chi-square test was used and for the changes in life habits between two periods, the Mc Nemar test was used. For the association between health service utilization and life style, the Poisson Log-linear Regression Model with robust estimation, multivariate analysis and prevalence ratio (PR) calculation was used, with confidence interval (CI) of 95%. Changes in prevalence at follow-up refer to reduction in abuse of alcohol consumption ($p < 0.001$) and increased in regular fruit and vegetables consumption ($p < 0.001$). In 2015, in the most educated stratum among those who used private health services, there was a higher prevalence of physical activity (Adjusted PR 1,416, 95% CI 1,014-1,978), lower regular consumption of fruits and vegetables (Adjusted PR 0,889, 95% CI 0,825-0,958) and higher consumption of meat with excess fat (Adjusted PR 1,090, 95% CI 1,013-1173). In the lower education stratum, there, between those who received visits from the Family Health Strategy, the prevalence of smoking was lower (Adjusted PR 0,159, 95% CI 0,043-0,588). It was concluded that there were positive changes in life style after four years, however, in the use of health services, users of private health services had less healthy habits. Thus, these results reinforce the importance of preventing risk factors and the link of this population with health services.

Key words: Prevalence. Adult. Hypertension. Life style. Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização do município de Cambé-PR	31
Figura 2 – Fluxograma da população de estudo	34
Figura 3 – Fluxograma da composição da população de estudo, 2011 e 2015	51
Figura 4 – Fluxograma da composição da população de estudo	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de perdas segundo características sociodemográficas e econômicas entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial em Cambé-PR, 2011 - 2015	52
Tabela 2 – Prevalência dos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e quatro anos e mais de estudo em Cambé-PR, 2011 e 2015	54
Tabela 3 – Prevalência dos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e menos de quatro anos de estudo em Cambé-PR, 2011 e 2015..	55
Tabela 4 – Utilização de serviços de saúde entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial segundo sexo em Cambé – PR, 2015.	73
Tabela 5 – Associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e quatro anos e mais de estudo em Cambé – PR, 2015	74
Tabela 6 – Associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e menos de quatro anos de estudo em Cambé – PR, 2015	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACLS	<i>Aerobics Center Longitudinal Study</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CARDIA	<i>Coronary Artery Risk Development in Young Adults</i>
CCBE	Critério de Classificação Econômica Brasileira
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQCT	Convenção Quadro de Combate ao Tabaco
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ELSA	Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HDL	<i>High-Density Lipoprotein-Cholesterol</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LDL	<i>Low-Density Lipoprotein-Cholesterol</i>
NCRP	<i>National Cholesterol Education Program</i>
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	A Hipertensão arterial como problema de saúde pública	15
1.2	A influência dos hábitos de vida na hipertensão arterial.....	16
1.2.1	Consumo de tabaco e álcool.....	18
1.2.2	Atividade física	20
1.2.3	Hábitos alimentares.....	22
1.2.4	Sobrepeso e obesidade.....	24
1.3	A utilização dos serviços para promoção da saúde	25
1.4	Justificativa	27
2.	OBJETIVOS	29
2.1	Geral.....	29
2.2	Específicos	29
3.	MÉTODO	30
3.1	Delineamento e período do estudo.....	30
3.2	Local do estudo	30
3.3	População de estudo.....	32
3.4	Amostragem	32
3.5	Instrumento de coleta de dados	34
3.6	Pré teste do instrumento e estudo piloto	35
3.7	Coleta de dados	35
3.8	Variáveis de estudo	37
3.8.1	Variáveis socioeconômicas e demográficas.....	37
3.8.2	Variáveis relacionadas a comorbidades	39
3.8.3	Variáveis relacionadas aos hábitos de vida.....	40
3.8.4	Variáveis antropométricas	41
3.8.5	Variáveis relacionadas a utilização de serviços de saúde.....	42
3.9	Processamento e análise de dados.....	43
3.10	Fonte de financiamento	44
3.11	Aspectos éticos	44

4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1	Artigo 1: Mudanças nos Hábitos de Vida entre Indivíduos de 40 Anos e Mais com Hipertensão Arterial após Quatro Anos de Seguimento	46
4.2	Artigo 2: Associação entre Utilização de Serviços de Saúde e Hábitos de Vida Entre Indivíduos de 40 Anos e Mais com Hipertensão Arterial.....	66
5.	CONCLUSÕES	83
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNCICES	95
	APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados: VIGICARDIO 2011	96
	APÊNDICE B - Formulário para coleta de dados: VIGICARDIO 2015	117
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: VIGICARDIO 2011	147
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: VIGICARDIO 2015	148
	ANEXOS	150
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina 2011	151
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina 2015	152

1. INTRODUÇÃO

A saúde da população mundial tem sido moldada pelo envelhecimento demográfico, pela rápida urbanização e pela globalização que geram estilos de vida insalubres. Tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento têm enfrentado mudanças nos padrões de mortalidade e adoecimento, de maneira prolongada e gradativa, em que as doenças infecciosas vão cedendo o lugar para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2013a).

No Brasil, o perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido modificações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica e epidemiológica têm formado grupos populacionais com características específicas, com o envelhecimento da população e crescimento de um cenário de doenças crônico degenerativas cada vez maior (FRIESTINO *et al.*, 2013).

Durante a transição demográfica houve aumento da população urbana, e assim, muitas culturas desenvolvidas pela agricultura familiar no meio rural foram substituídas por alimentos com agrotóxicos e menos saudáveis. A escolha dos alimentos é determinada por vários fatores socioculturais como disponibilidade, localização da moradia, rendimento familiar, hábitos culturais, ambiente em que está inserido, entre outros. Atualmente, tem se observado que os hábitos alimentares têm sido influenciados pela grande oferta de produtos industrializados gerando práticas alimentares inadequadas em contrapartida à restrição do consumo de frutas, verduras e legumes (BRASIL, 2014a; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Estes padrões de saúde e doença estão sendo influenciados pela forma como os indivíduos e a sociedade têm se organizado para viver, de modo sedentário, com aumento do número de pessoas com obesidade e dislipidemia, entre outros fatores de risco. O estilo de vida pode ser estabelecido pelos hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social e culturalmente, de modo individual ou coletivo e expresso em determinadas condutas ao longo da vida (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2014; CARVALHO *et al.*, 2016).

As mudanças nos hábitos de consumo alimentar e da prática de exercícios físicos trouxe como consequência um perfil epidemiológico em que prevalecem as DCNT. Dessa forma, ressalta-se a importância do desenvolvimento de políticas

públicas que considerem esse novo perfil demográfico e epidemiológico (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

As DCNT constituem os problemas de saúde pública de maior magnitude mundialmente, e são as principais causas de morte e internações. Essas doenças corresponderam a 41,0% do total de anos perdidos ajustados por incapacidade (*DALY "Disability Adjusted Life Years"*) em 1990, e em 2020 responderão por 60,0% (WHO, 2018a).

Dentre os 56,9 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016, 40,5 milhões (71,0%) ocorreram por DCNT e as principais causas deste grupo foram as doenças cardiovasculares perfazendo 17,9 milhões de óbitos (44,0%) do total de óbitos por DCNT (WHO, 2018a).

De acordo com o *Global Burden of Disease* (GBD), um estudo epidemiológico de grande relevância que analisa as tendências de morbimortalidade entre as principais doenças e fatores de risco à saúde, as doenças cardiovasculares lideravam como causas de morte em 2010, sendo responsáveis por aproximadamente 232 milhões de anos perdidos ajustados por incapacidade no mundo com a hipertensão arterial como maior fator de risco para as doenças cardiovasculares. (GBD, 2015; ROTH *et al.*, 2015).

1.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A HA acomete um bilhão de pessoas ao redor do mundo. Esse índice é de extrema preocupação especialmente pelas complicações que causa, como doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral (WHO, 2013a). Sua prevalência no Brasil varia entre 22,0% a 44,0% entre os adultos, ultrapassa 50,0% entre os indivíduos com 60 a 69 anos, atinge 75,0% entre aqueles com mais de 70 anos e representa uma das principais causas de óbito (SBC, 2016).

A mortalidade por doenças cardiovasculares vem apresentando queda ao longo dos anos, entretanto, as doenças hipertensivas tiveram aumento entre 2002 e 2009, e desde 2010 tem mostrado uma tendência à redução (CAMPOLINA *et al.*, 2013; MANSUR, FAVARATO, 2016; SBC, 2016; GBD, 2018a; GBD, 2018b). Essa tendência de diminuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório também tem sido verificada em outras regiões como os Estados Unidos e a Europa Ocidental

(MOZAFFARIAN *et al.*, 2016), e é atribuída aos investimentos na prevenção dos fatores de risco, controle da HA, redução do teor de gordura na alimentação e prática de atividade física (GRADELLA; GAMARRA; SIBIM, 2016).

A HA é uma condição clínica multifatorial identificada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140/90$ mm Hg). Frequentemente está associada às alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo como o coração, o cérebro, os rins e os vasos sanguíneos, assim como ao aumento de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Dessa forma, a HA constitui causa direta de cardiopatia hipertensiva, fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, fator etiológico de insuficiência cardíaca, entre outros. Essa pluralidade de consequências indica que a HA está na origem de muitas DCNT. Além disso, pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco como a dislipidemia, a obesidade abdominal e o diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013a; WEBER *et al.*, 2014; SBC, 2016).

Todos esses agravos causam impacto social importante na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. A alta ocorrência de internação e mortalidade e as baixas taxas de controle, geram custos socioeconômicos elevados. Em contrapartida, esses gastos poderiam ser evitados com intervenções que possibilitassem mudanças no estilo de vida (RASELLA *et al.*, 2014; SBC, 2016).

A carga global e os prejuízos advindos das DCNT compõem importantes desafios de saúde pública que influenciam no desenvolvimento social e econômico. Dessa maneira, tornam-se urgentes as ações que modifiquem o comportamento da população e reduzam essa carga global, nacional e regional. O Plano de ação global da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem seu foco concentrado em quatro agravos que mais contribuem para a morbidade e mortalidade das DCNT, dentre estes, as doenças cardiovasculares. Somado à isso, quatro fatores de risco comportamentais principais: tabagismo, consumo de alimentos não saudáveis, inatividade física e consumo abusivo de álcool (WHO, 2013b).

1.2 A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE VIDA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O aumento da ocorrência de DCNT, em particular as doenças cardiovasculares, se deve em grande parte, aos hábitos de vida não saudáveis, como

o etilismo, o tabagismo, bem como a alimentação inadequada e o sedentarismo, que constituem preditores independentes desse agravo (WHO, 2018b).

Os hábitos de vida não saudáveis se comportam como fatores de risco que podem favorecer a ocorrência de distúrbios metabólicos, a exemplo da HA, do diabetes *mellitus* e da hipercolesterolemia, contribuindo dessa maneira para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e suas complicações. Estes fatores estão relacionados aos determinantes sociais como a globalização, a urbanização, a educação, entre outros (WHO, 2018b).

Alguns autores concebem que o conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa, definido como estilo de vida, constitui hábitos modificáveis individualmente consoantes às escolhas de cada indivíduo. Essa linha de raciocínio, responsabiliza as pessoas por seus problemas de saúde, desconsiderando a dimensão do contexto sócio-histórico em que tais práticas se inserem. Historicamente, cultua-se a ideia de que os sujeitos são responsáveis por seus problemas de saúde não reconhecendo o valor do contexto social sobre o comportamento humano (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2017; MADEIRA *et al.*, 2018).

Por outro lado, existe a compreensão de que o estilo de vida deriva de processos dialógicos, históricos, de globalização, homogeneização e de comportamentos cada vez mais presentes nos dias atuais (COCKERHAM, 2014). Os comportamentos são opções feitas pelos indivíduos que podem ser condicionados por acesso a informações e serviços, bem como padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (MADEIRA *et al.*, 2018). De acordo com a OMS, os hábitos e costumes adquiridos pelos indivíduos são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (WHO, 2004).

No âmbito da saúde, o estilo de vida é frequentemente abordado em estudos epidemiológicos numa concepção segmentada, em que se reduz o pensamento em variáveis com o objetivo de apontar comportamentos de risco e de proteção à saúde e suas associações com as doenças crônicas (AYRES, 2011; BORGES; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2012), com foco essencialmente nos indivíduos enquanto sujeitos responsáveis por seus comportamentos.

Essa culpabilização do indivíduo pode ser superada desde que ocorra redução das desigualdades sociais e formulação de ações e políticas no campo da saúde (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2017). Nesse sentido, a Política Nacional

de Promoção da Saúde traz como objetivo proporcionar a qualidade de vida com redução de riscos à saúde, considerando o modo de viver e as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

Dessa maneira, o estilo de vida da população deve considerar a autonomia e a particularidade das pessoas, da comunidade e dos territórios. O modo como vivem, organizam suas escolhas e satisfazem suas necessidades dependem não apenas da vontade individual e coletiva, mas de outros fatores condicionantes e determinantes dos contextos social, político e cultural em que vivem (BRASIL, 2014b).

Entende-se que a contribuição dos serviços de saúde é essencial para despertar a consciência das pessoas em relação à adoção de bons hábitos de vida. A cobertura universal da assistência à saúde, particularmente em nível da atenção primária favorece a detecção precoce de DCNT, e o apoio ao estilo de vida saudável contribui para a conscientização das pessoas para a mudança de comportamentos (WHO, 2013a).

1.2.1 Consumo de tabaco e álcool

O tabagismo é responsável por cerca de seis milhões de mortes por ano mundialmente e constitui grave problema de saúde pública devido à sua associação com várias doenças crônicas. O tabaco contém, pelo menos, 250 substâncias químicas prejudiciais à saúde, além de representar um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Estima-se que o consumo de tabaco seja responsável por 10% do total de mortes por essas doenças (WHO, 2013c).

Cerca de metade dos tabagistas morrerá no mundo de alguma doença relacionada ao tabaco ou perdendo, em média, 10 anos de vida em comparação aos que não fumam. Por outro lado, a diminuição na ocorrência dos principais fatores de risco, incluindo o consumo de tabaco, tem reduzido a mortalidade por doenças cardiovasculares. A prevalência de tabagismo diminuiu substancialmente na América do Norte e na Europa (DOLL *et al.*, 2004; STEAD; BERGSON; LANCASTER, 2008; CHOW *et al.*, 2010; LADAPO *et al.*, 2011).

No Brasil, a redução na prevalência do consumo de tabaco também tem ocorrido na população em geral, bem como, na faixa etária acima de 45 anos de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). A prevalência de tabagismo entre os homens que era de 17,9% em 2011 passou para 11,9% em 2017. Entre as mulheres, nestes mesmos anos, reduziu de 12,3% para 8,7%. Tal redução está relacionada ao desenvolvimento de políticas de controle, regulação e prevenção como as regulamentações do uso e comercialização do tabaco (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2015; MALTA *et al.*, 2015a; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019a).

Outras ações de impacto populacional como a Convenção Quadro de Combate ao Tabaco (CQCT), um tratado internacional de saúde pública da OMS, que tem como objetivo proteger a população das consequências geradas pelo consumo e exposição à fumaça de tabaco, também influenciaram na redução, a qual foi implantada no Brasil entre 2005 e 2006 (WHO, 2003; PORTES; MACHADO, 2015).

A relação entre o tabagismo e a HA advém da interação entre fatores hemodinâmicos, do sistema nervoso autônomo e de múltiplos mediadores vasoativos. De forma aguda, a nicotina ativa o sistema nervoso simpático e provoca aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica. A informação sobre o tabagismo entre indivíduos com HA é importante na estratificação de risco cardiovascular, pois quando fumantes, mesmo com o uso de medicação, o prognóstico é ruim (SOUSA, 2015).

Os efeitos em longo prazo do tabagismo na pressão arterial ainda não estão bem definidos e os achados são contraditórios. Embora não haja evidências de que a cessação do tabagismo se associe com melhor controle da HA, sabe-se que a interrupção do consumo de tabaco se associa com a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (SOUSA, 2015; SBC, 2016).

Assim como o tabagismo, o consumo abusivo de álcool traz prejuízos para a HA, em que seu uso excessivo pode levar a descompensações agudas de doenças crônicas com alterações significativas na pressão arterial. Ademais, o abuso de álcool interfere no tratamento dessas doenças em que os usuários costumam ter dificuldade para uso regular das medicações (BRASIL, 2013a).

Na literatura internacional, o consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro, equivalente a seis ou mais doses de bebida em uma única ocasião, pelo menos uma vez no mês é definido como *Heavy Episodic Drinking* (HED), ou seja, uso pesado episódico de álcool (WHO, 2018c). No Brasil, o VIGITEL define consumo abusivo de álcool como a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses

para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos trinta dias (BRASIL, 2019a).

O consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras ao longo dos últimos sete anos, tem demonstrado estabilidade na sua prevalência, porém os homens permanecem apresentando consumo maior que as mulheres na faixa etária de 45 anos e mais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2015; ANDRADE *et al.*, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019a).

Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o consumo abusivo de álcool pelo menos uma vez, nos últimos trinta dias em população acima de 18 anos, mostrou prevalência 3,3 vezes maior entre os homens (21,6%) em relação às mulheres (6,6%), (GARCIA; FREITAS, 2015).

Apesar dos prejuízos advindos do consumo de bebidas alcoólicas relatados na literatura, observa-se que o consumo inferior a 10 gramas de álcool por dia entre as mulheres tem efeito protetor, com risco apenas em quantidades superiores a 30-40 gramas diárias. Para os homens, a ingestão acima de 31 gramas de álcool por dia representa risco aumentado de HA (ANDRADE *et al.*, 2015; SBC, 2016).

1.2.2 Atividade física

A prática regular de atividade física contribui para a prevenção e o tratamento das DCNT como a HA e o excesso de peso, além de melhorar a qualidade de vida e a saúde mental. Apesar disso, à medida que os países se desenvolvem economicamente, os níveis de inatividade aumentam chegando a atingir 70% em alguns países devido às mudanças nos meios de transporte utilizados, aumento no uso de tecnologias, valores culturais e urbanização (WHO, 2018a).

A inatividade física é um dos fatores que colaboram para a elevação da pressão arterial e está associada a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, o diabetes *mellitus*, a obesidade, a dislipidemia e a síndrome metabólica (AZIZ, 2014).

Desta forma, o estímulo às mudanças no estilo de vida e a adoção de hábitos saudáveis devem fazer parte da abordagem, na prevenção primária e do tratamento da hipertensão arterial. Neste sentido, a prática de atividade física emerge

entre umas das intervenções benéficas ao controle da pressão arterial, com consequente redução do risco cardiovascular (GHORAYEB *et al.*, 2015).

A OMS recomenda que a prática de atividade física entre adultos deve compreender, no mínimo, 150 minutos por semana de intensidade leve a moderada e 75 minutos de atividade física intensa (WHO, 2018d). No Brasil, O VIGITEL avalia a prática de atividade física de quatro maneiras distintas (no tempo livre ou lazer, na atividade ocupacional, no deslocamento e nas atividades domésticas) com, pelo menos, 150 minutos de atividade moderada por semana (BRASIL, 2019a).

Os dados da PNS revelaram que os indivíduos insuficientemente ativos que não atingiram, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento, representou 46,0% dos adultos e foi mais prevalente entre as mulheres (51,5%). Esta pesquisa também mostrou que os idosos, os adultos sem instrução e os indivíduos com nível de escolaridade fundamental incompleto constituíram a população insuficientemente ativa mais prevalente (MALTA *et al.*, 2015b).

No Brasil, o Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA), ao analisar o nível de atividade física no lazer e sua associação com a HA, encontrou que os participantes fisicamente ativos (150 minutos ou mais de atividade moderada por semana ou 75 minutos ou mais de atividade vigorosa) tiveram pressão arterial sistólica e diastólica mais baixas quando comparados aos indivíduos inativos fisicamente (TREFF JUNIOR, 2015). Em acordo com essa evidência, outro estudo apontou que a prática de atividade física é fator de proteção para a ocorrência de HA, mesmo após ajuste por marcadores antropométricos de adiposidade, sexo e idade, e os indivíduos ativos apresentaram menores chances de desenvolver HA em relação aos sedentários (TURI *et al.*, 2014).

Em relação à prática de atividade física no lazer, considerando-se pelo menos 150 minutos semanais de atividade leve ou moderada ou de, no mínimo, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa, a PNS encontrou frequência média de 22,5%, sendo que os homens apresentaram percentual de 27,1%, enquanto as mulheres de 18,4%. O nível recomendado de atividade física no lazer tendeu a diminuir com o aumento da idade, observada pela proporção de 25,5% na faixa etária de 25 a 39 anos, 18,3% na faixa etária de 40 a 59 anos e 13,6% no grupo de 60 anos e mais (IBGE, 2014).

Com o envelhecimento o corpo sofre modificações, com diminuição da massa muscular, massa óssea, flexibilidade, equilíbrio, força e por outro lado, acúmulo de gordura corporal (FERNANDES, 2014), essas perdas restringem os movimentos afetando a prática de atividade física.

1.2.3 Hábitos alimentares

A alimentação saudável apresenta um importante impacto na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. Pequenas mudanças positivas trazem benefícios relevantes na diminuição do risco cardiovascular. No entanto, mudanças negativas nos padrões de hábitos alimentares têm ocorrido na população mundial, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e industrializados, com elevada densidade energética, ricos em açúcares, sódio, gorduras e pobres em fibras. Um maior consumo destes alimentos determina uma deterioração do perfil nutricional com prejuízos à saúde e descumprimento das recomendações internacionais para uma alimentação saudável (LOUZADA *et al.*, 2015; WHO, 2015).

Os maus hábitos alimentares como o baixo consumo de frutas, verduras e legumes aumentam o risco da ocorrência de doenças cardiovasculares, além de contribuir para o sobrepeso e a obesidade. Hábitos alimentares não saudáveis podem resultar em uma série de outras condições patológicas como HA, diabetes *mellitus*, câncer e deficiências nutricionais (WHO, 2018e).

A preferência por alimentos industrializados e a oferta de alimentos pré-preparados em substituição à aquisição de alimentos *in natura* têm trazido problemas alimentares e nutricionais. Esse comportamento alimentar, com dietas desequilibradas, associado a fatores como inatividade física, obesidade, entre outros, pode prejudicar a saúde do ser humano favorecendo a elevação da prevalência de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014d; SBC, 2016; SBC, 2017).

Outro elemento nocivo à saúde é o excesso de sódio na alimentação, presente em inúmeros alimentos, com destaque ao sal de cozinha. Seu excesso está relacionado a um risco maior de DCNT, como HA, doenças cardiovasculares e renais, entre outras. Na PNS, o consumo elevado de sal foi referido por 1,2% dos entrevistados (IBGE, 2014).

A crescente produção de alimentos processados, a rápida urbanização e as mudanças no estilo de vida têm alterado os padrões alimentares. Mundialmente, as pessoas estão consumindo alimentos mais ricos em gorduras, açúcar e sal. O elevado consumo de sódio, acima de duas gramas por dia ou equivalente a cinco gramas de sal por dia e o consumo insuficiente de potássio (menos de 3,5 gramas por dia) contribuem para a ocorrência de HA e consequente aumento de doenças cardiovasculares. A maioria das pessoas consomem sal em excesso, em torno de nove a doze gramas por dia ou, aproximadamente, duas vezes mais a quantidade recomendada. Dessa forma, tendo o sal como principal fonte de sódio e sua associação com HA, a OMS lançou uma meta para reduzir em 30% o consumo de sal/sódio até 2025 (WHO, 2016).

Ao mesmo tempo, com as mudanças alimentares, as pessoas têm consumido menos vegetais, frutas e grãos, componentes essenciais de uma dieta saudável, visto que frutas e vegetais contêm potássio e contribuem para a redução da pressão arterial (WHO, 2016). Segundo a OMS, é recomendada a ingestão diária de, pelo menos, 400 gramas de verduras e legumes, o que equivale a cinco porções, além de frutas (WHO, 2018e). O VIGITEL considera como consumo adequado de frutas e hortaliças quando os indivíduos referem ingestão desses alimentos em cinco ou mais dias da semana (BRASIL, 2019a).

Em relação aos alimentos ricos em gordura, a OMS destaca que estes influenciam diretamente os níveis de colesterol e obesidade, importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Assim, preconiza que a ingestão diária de gorduras seja inferior a 30% dos alimentos energéticos ingeridos, dando preferência para o consumo de gorduras insaturadas (WHO, 2018e).

No Brasil, o Ministério da Saúde, orienta que o consumo de alimentos de fonte animal deve ser reduzido, em virtude da quantidade de gordura saturada e de colesterol presentes e acrescenta que a remoção de gordura aparente das carnes e a pele do frango antes do preparo tornam esses alimentos mais saudáveis (BRASIL, 2014d).

Estudo direcionado à alimentação de idosos mostrou que mais de um terço dessa população apresentava obesidade, e a ingestão de carne, ovos e gordura saturada eram maiores do que a quantidade de frutas e hortaliças ingeridas, destacando a importância de políticas de incentivo a uma alimentação saudável (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013).

Em Pelotas-RS, outra pesquisa detectou consumo de dieta rica em gordura em cerca de um terço da população adulta de ambos os sexos frequentemente (ROMBALDI *et al.*, 2014). E, Malta *et al.* (2015c), ao descrever estilos de vida utilizando dados da PNS e do VIGITEL, encontrou que cerca de um terço consumia carne com excesso de gordura

1.2.4 Sobrepeso e obesidade

O estilo de vida é um dos maiores responsáveis pela alta prevalência de doenças crônicas, e entre os aspectos associados encontram-se os hábitos e as atitudes que colaboram para o aumento do peso corporal, especialmente relacionado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes, resultados do padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2014d).

Segundo a OMS, a prevalência de indivíduos obesos quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhões de adultos estavam acima do peso e mais de 650 milhões destes eram obesos. Em geral, aproximadamente 13% da população adulta mundial, sendo 11% dos homens e 15% das mulheres, eram obesos em 2016 (WHO, 2018b).

O diagnóstico do estado nutricional de adultos, em estudos epidemiológicos, comumente é realizado por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura ao quadrado, medida em metros. O excesso de peso é classificado quando o valor de IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto a obesidade é diagnosticada com valores de IMC acima de 30 kg/m² (WHO, 2018b).

Associado ao sobrepeso e a obesidade, a circunferência de cintura inadequada também é um preditor para o aumento da prevalência de morbidades crônicas como a HA. Esta medida permite avaliar a quantidade de gordura visceral, principal responsável pela ocorrência de alterações metabólicas e de doenças cardiovasculares (ARAÚJO, PAES, 2013).

O IMC e a circunferência de cintura inadequados têm sido relacionados com a ocorrência de HA. Um estudo que analisou fatores de risco e sua relação com

o estado nutricional de indivíduos com HA, revelou associação dos níveis pressóricos aumentados com excesso de peso e circunferência de cintura elevada (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Na avaliação realizada pelo VIGITEL entre 2011 e 2017, os homens apresentaram aumento na prevalência de excesso de peso que variou de 61,5%, entre os entrevistados de 45 a 54 anos, a 52,1%, entre os de 65 anos e mais, em 2011 e de 66,5% a 58,8% em 2017, respectivamente. As mulheres apresentaram um padrão com pequena variação, de 55,9% a 58,4%, em 2011 e 57,7% e 61,4%, respectivamente às faixas etárias mencionadas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014c; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019a).

A adoção de modos de vida mais saudáveis requer estratégias que favoreçam uma maior utilização dos serviços de saúde, bem como a participação dos profissionais na promoção da saúde que gere maior autonomia e qualidade de vida, sustentado por políticas e programas de promoção da saúde (TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013).

1.3 A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre os indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde. Enquanto o usuário dos serviços de saúde é responsável por um comportamento que resulta na sua busca espontânea por serviços, por outro lado, aos profissionais cabe a responsabilidade pela continuidade do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O controle e a manutenção dos indivíduos afetados pelas DCNT dependem de uma série de fatores, desde a adoção de estilos de vida que envolvam atividade física e dieta adequada, ao uso continuado de medicamentos, sendo as condições de saúde e o acesso a serviços de saúde determinantes para este controle (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014).

Uma das principais barreiras para o enfrentamento das DCNT é a dificuldade de acesso e utilização de serviços de saúde (BONITA *et al.*, 2013). Os determinantes para a utilização dos serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde, ou a existência da doença, bem como a gravidade e urgência da doença. Outros fatores também influenciam a procura por serviços, como a idade, o sexo, a

escolaridade, a situação econômica, e ainda os fatores ligados aos prestadores de serviços, como acesso geográfico, financiamento dos serviços, seguro de saúde, entre outros (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No Brasil, Malta *et al.* (2017) destacam que os portadores de DCNT utilizam duas vezes mais os serviços de saúde, comparados aos que não possuem. As mulheres, as pessoas com maior número de morbidades, com planos de saúde e elevada escolaridade também utilizam mais os serviços de saúde. A PNS identificou que 45% da população adulta tem pelo menos uma DCNT, sendo a hipertensão arterial uma das mais frequentes (IBGE, 2015).

A cronicidade da HA e a complexidade de seu controle faz com que a atenção primária seja a principal instância de atenção aos indivíduos com este agravo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) cuja estratégia tem como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma integral e contínua. Esta assistência é prestada em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, por profissionais e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que compõem as equipes de saúde da família (BRASIL, 2017b). De acordo com a PNS, 47,3% dos domicílios cadastrados referiram receber visita mensal de agente comunitário de saúde ou membro da equipe de saúde da família e 69,4% dos domicílios pelo menos uma visita de algum ACS (IBGE, 2015).

O trabalho do ACS é de fundamental importância para a concretização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O ACS permite a ligação entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e vigilância à saúde por meio de visitas em domicílios, educação em saúde individual e coletiva. O ACS tanto orienta a comunidade como informa a equipe de saúde sobre a situação das famílias, e a partir disso, as ações são planejadas (COSTA *et al.*, 2013).

Em relação à posse de plano privado de saúde, segundo pesquisa que analisou a influência da posse de plano na utilização de serviços de saúde, a prevalência de utilização de serviços de saúde é elevada entre os filiados e maior entre os indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis (MALTA *et al.*, 2017).

Malta e Bernal (2014) apontam que a população com acesso a planos de saúde apresenta maiores prevalências de fatores de proteção como prática de atividade física no tempo livre e menor prevalência de fatores de risco para o tabagismo e HA.

Desde 1998 foram verificados aumentos graduais no uso de serviços de saúde, seja pela cobertura de programas públicos como a ESF, ou privados como os planos de saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; MARTEN *et al.*, 2014). Estudos revelaram aumentos sistemáticos em consultas médicas entre 1998 e 2013. As proporções de consultas médicas passaram de 54,7% em 1998 para 71,2% em 2013 (VIACAVA; BELIDO, 2016).

Dados de utilização dos serviços de saúde são fundamentais para a avaliação da qualidade da atenção à saúde dos diferentes segmentos da população. Considerando que os principais agravos da modernidade estão relacionados aos hábitos de vida, a implantação e o planejamento de programas de prevenção de doenças cardiovasculares se faz necessário, particularmente entre estratos populacionais de maior risco (BARROS *et al.*, 2013).

A utilização dos serviços de saúde, por meio de programas que incentivam a prática de atividade física, a ingestão de alimentos saudáveis, bem como, o aconselhamento por profissionais de saúde, tem resultado na adoção de bons hábitos de vida. Os serviços de saúde trazem interferências positivas contribuindo para a melhora dos níveis de saúde de seus usuários (GIRALDO *et al.*, 2013; TOLEDO, ABREU, LOPES, 2013).

1.4 JUSTIFICATIVA

Considerando que a hipertensão arterial contribui direta ou indiretamente na ocorrência das complicações cardiovasculares e sabendo que estas constituem as maiores causas de morte no mundo, é necessário conhecer como os fatores de risco para essas doenças estão sendo enfrentados. Dessa forma, este estudo se justifica ao analisar as mudanças nos hábitos de vida após quatro anos de seguimento, ocorridas na população com HA, de um município de médio porte, e se de alguma maneira os serviços de saúde interferiram na adoção de bons hábitos de saúde.

A relevância deste estudo concentra-se na importância da HA, bem como, de suas complicações afetarem diretamente a qualidade e a expectativa de vida das pessoas. O fato deste agravo estar relacionado aos hábitos de vida adotados pelos indivíduos, são essenciais as ações de prevenção e de controle que envolvam mudanças de hábitos, com a introdução de uma alimentação saudável, a prática de

atividade física, a cessação do tabagismo e do consumo de álcool. Nesse sentido, a utilização dos serviços de saúde representa instrumento importante na identificação precoce, na prevenção e no controle dos fatores de risco para a hipertensão arterial.

Ademais, existem poucos estudos que acompanham as mudanças das pessoas em relação aos seus hábitos ao longo dos anos. Dessa forma, a obtenção desses resultados poderá subsidiar intervenções e práticas de saúde no sentido de prevenir e controlar esse agravo no município em estudo, bem como em outros.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a prevalência dos hábitos de vida e a utilização de serviços de saúde entre indivíduos com hipertensão arterial em município de médio porte (2011-2015).

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar as prevalências de hábitos de vida em indivíduos com hipertensão arterial em 2011 e 2015;
- Analisar mudanças nas prevalências dos hábitos de vida em indivíduos com hipertensão arterial após quatro anos de seguimento;
- Verificar a associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos com hipertensão arterial em 2015.

3. MÉTODO

Esta pesquisa faz parte de um estudo denominado projeto VIGICARDIO: “Doenças cardiovasculares no estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações”. O VIGICARDIO consiste em um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina em parceria com a Secretaria de Saúde de Cambé-PR (SOUZA *et al.*,2013).

3.1 DELINEAMENTO E PERÍODO DO ESTUDO

Para esta tese foram realizados dois estudos com delineamentos distintos. O primeiro, um estudo de coorte prospectivo e o segundo, um transversal.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cambé, localizado na região metropolitana de Londrina, norte do Paraná (Figura 1). Segundo IBGE, a população no último censo (2010) era de 96.733 habitantes e a estimativa em 2018 de 105.704 (IBGE, 2019).

Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a população censitária de Cambé com 40 anos e mais em 2010 era de 35.607 pessoas dos quais 16.747 homens e 18.860 mulheres (IPARDES, 2018).

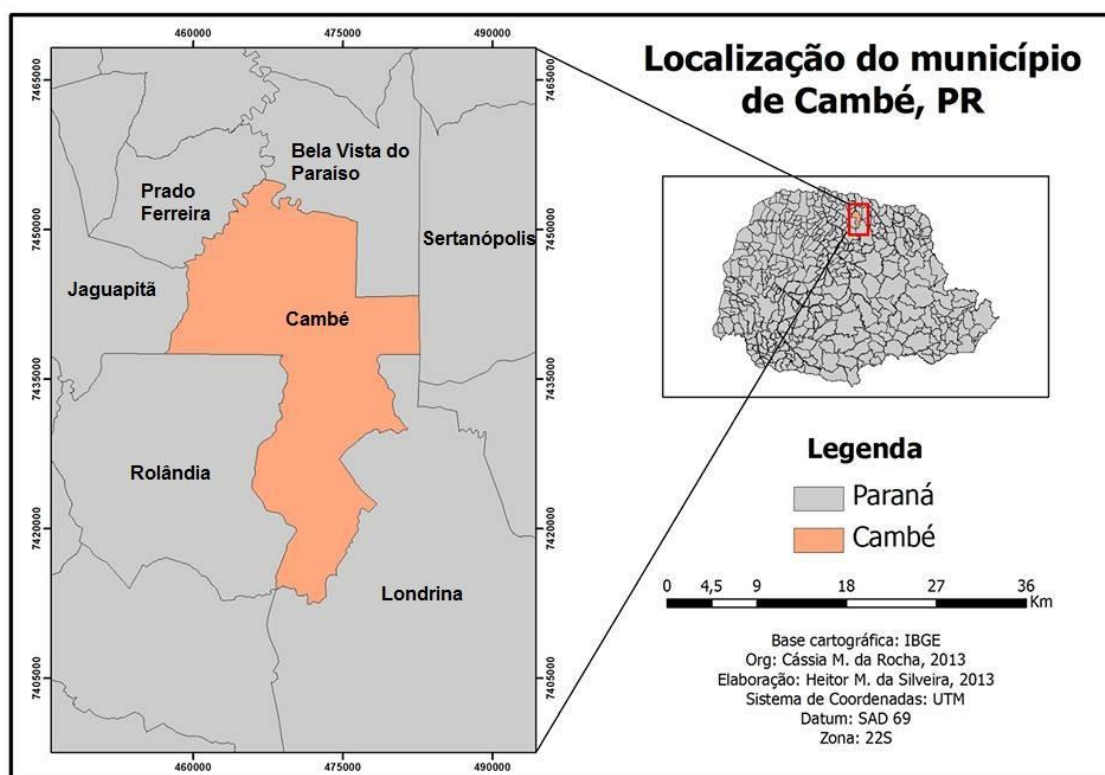
Dentre as causas de morte ocorridas no município de Cambé em 2016, a maior proporção foi de doenças do aparelho respiratório (26,3%), seguido por doenças do aparelho circulatório (24,4%), causas externas (10,7%) e neoplasias (10,0%) (BRASIL, 2019b).

Sua rede assistencial de saúde conta com um centro de apoio à saúde da família, dois centros de atenção psicossocial (CAPS), treze unidades básicas de saúde, sete ambulatórios especializados, dois hospitais, três policlínicas, um pronto

atendimento, oito unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2019c).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB) a estimativa de cobertura de Equipe de Saúde da Família (ESF) era de 85,0% com 24 equipes cadastradas e implantadas em 2011. No ano de 2015, a estimativa de cobertura era de 68,0% com média de 19 equipes implantadas (DAB, 2018).

Figura 1: Localização do município de Cambé – PR.



Fonte: Rocha, 2014.

A seleção deste município foi definida considerando seu porte médio, a possibilidade de abranger a área urbana em sua totalidade, a relativa estabilidade da população residente, a disponibilidade de dados populacionais atualizados, o apoio da Secretaria de Saúde e a baixa prevalência de verticalização das moradias, fator facilitador na execução deste trabalho.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo se constituiu por adultos com 40 anos e mais residentes no município de Cambé-PR, e que foram identificados com hipertensão arterial em 2011.

A definição de HA foi estabelecida pelo uso de medicamentos anti-hipertensivos ou a média das duas últimas medidas da pressão arterial alterada. Valores de pressão arterial maiores ou iguais a 140/90 mmHg foram considerados limítrofes para a definição de hipertensão arterial (SBC, 2010).

3.4 AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra foi calculado por meio do aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.3, considerando-se a prevalência de um desfecho inespecífico de 50%, margem de erro de 3%, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e acréscimo de 25% para eventuais perdas. O cálculo teve como base os dados da contagem da população do IBGE realizada em 2007 em que o total de habitantes do município foi estimado em 92.888, das quais 30.710 (33,1%) tinham 40 anos ou mais de idade.

Para a definição da amostra em 2011, foram considerados todos os 81 setores censitários da região urbana do município. O número de entrevistados em cada setor foi definido de acordo com a quantidade de indivíduos com 40 anos e mais por sexo e faixa etária, garantindo a proporcionalidade em relação à população do município. Inicialmente a amostra era de 1.332 indivíduos a serem entrevistados e após eventuais arredondamentos, a amostra final foi de 1.339 indivíduos (SOUZA *et al.*, 2013).

Para a seleção das moradias a serem incluídas na pesquisa foi utilizado o mapa geográfico com distribuição do município por setores censitários, bairros, ruas e quadras. O início da rota percorrida foi definido por meio do sorteio da quadra e do canto da quadra e o deslocamento se deu no sentido anti-horário. A seleção dos domicílios a serem contatados foi realizada por amostragem sistemática, com a fração de 1:2. Nos domicílios sorteados eram identificados os indivíduos elegíveis e participou do estudo apenas uma pessoa, cuja escolha também se realizou por sorteio.

Os critérios de exclusão adotados para ambos os períodos foram: indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou em estágios avançados de transtornos mentais que impedissem o entendimento dos procedimentos da entrevista e o idioma, e que não possuíam cuidador ou responsável que pudesse responder a pesquisa.

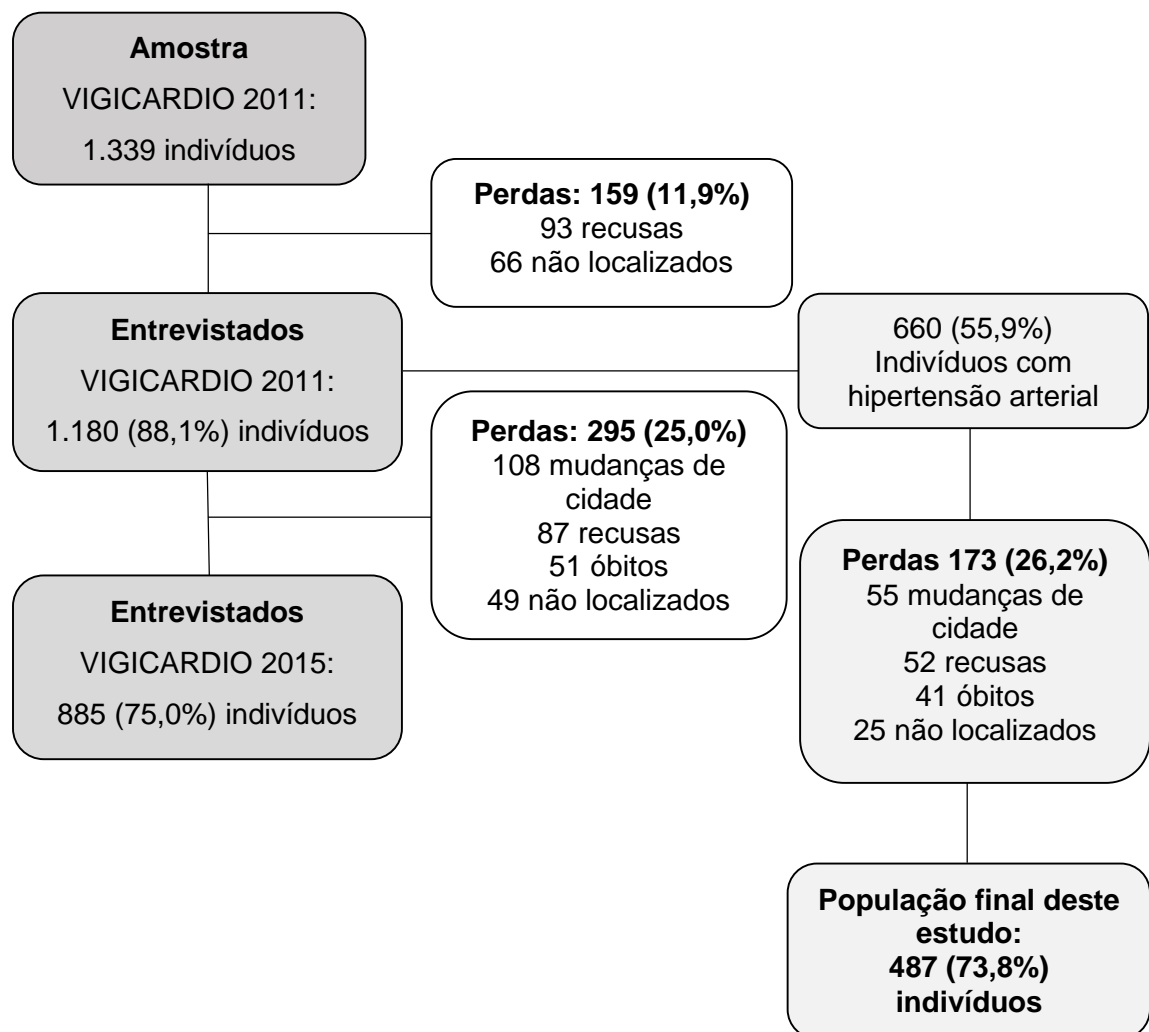
Nesta primeira fase ocorreram 159 perdas, sendo 93 por recusa e 66 não localizados após três tentativas resultando em 1.180 indivíduos. Destes, 660 foram classificados como indivíduos com HA (Figura 2).

Em 2015, foi realizado segundo contato com a população da linha de base tendo ocorrido perda de 295 indivíduos, sendo 108 pessoas por mudanças de cidade, 87 recusas, 51 óbitos e 49 não localizadas após três tentativas. Assim, foram localizados e reentrevistados 885 participantes (Figura 2).

Em relação à população do presente estudo, dos 660 indivíduos classificados com hipertensão em 2011, houve 173 perdas (55 por mudança de cidade, 52 recusas, 41 óbitos e 25 não localizados após três tentativas) em 2015, totalizando 487 indivíduos que foram comparados nos dois momentos (Figura 2).

A composição da população nestes períodos está representada no fluxograma da figura 2.

Figura 2: Fluxograma da população de estudo.



3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas ocorreram por meio de inquérito domiciliar utilizando-se de um instrumento de coleta de dados composto por questões abertas e fechadas referentes a dados sociais, econômicos, ambientais, antecedentes familiares, de estado de saúde, hábitos de vida, de saúde mental e capacidade funcional, utilização de serviços e dados antropométricos, tanto em 2011 quanto em 2015.

A coleta dos dados em 2011, foi realizada integralmente por meio de formulários impressos (Apêndice A) e em 2015, iniciou-se a coleta com impressos (Apêndice B) e posteriormente foram adquiridos *tablets* e os formulários passaram a ser eletrônicos, através da plataforma *Open Data Kit* (ODK), processada no aplicativo

para dispositivo móvel android ODK *Collet* e armazenadas no Servidor Ona, alocado em <https://ona.io/vigicardio> (ODK, 2016).

3.6 PRÉ TESTE DO INSTRUMENTO E ESTUDO PILOTO

Previamente à coleta de dados de 2011 foi realizado um estudo piloto em setor censitário de um município vizinho entre os meses de novembro e dezembro de 2010 com objetivo de testar o instrumento de pesquisa, treinar procedimentos a serem executados durante a entrevista, quantificar os domicílios e pessoas nas faixas etárias propostas pelo estudo e avaliar percentuais de recusas e ausências. Em 2015, houve treinamento dos entrevistadores, especialmente quanto aos procedimentos de medida da pressão arterial e medidas antropométricas e, além disso, o instrumento impresso e o formulário eletrônico foram testados em população com características semelhantes aos participantes do projeto.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da primeira fase foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2011. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, medidas antropométricas, verificação de pressão de arterial e coleta de material biológico para realização de exames laboratoriais. A coleta de sangue foi agendada no momento da entrevista e realizada na UBS da área de abrangência do entrevistado, respeitando sua disponibilidade, por técnicos de laboratório do Hospital Universitário de Londrina (PR) e a análise do material biológico foi realizada pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da UEL. Para os indivíduos impossibilitados de comparecer na UBS por dificuldades de locomoção ou incompatibilidade de data e/ou horário, a coleta foi realizada no domicílio. No total, foram realizadas 967 coletas de amostras de sangue dentre os 1.180 entrevistados.

Entre os meses de março e outubro de 2015, foi realizado novo contato com a mesma população da linha de base. A localização dos indivíduos neste momento se deu por área de abrangência das UBS contando com a parceria das equipes da ESF na divulgação do projeto da nova coleta de dados.

O coordenador da equipe de entrevistadores realizou a seleção da região a ser trabalhada, visita à UBS da área para obter apoio e o contato telefônico para o agendamento das entrevistas. Foram utilizados os números de telefone cadastrados na primeira entrevista e quando não encontrado, buscou-se em lista telefônica ou informações na UBS de referência. Em casos de contato telefônico sem sucesso por inexistência ou mudança do número, foi realizada visita domiciliar. Caso não fosse encontrado no domicílio ou não houvesse nenhuma informação após, pelo menos, três tentativas, foi considerado perda.

As entrevistas foram realizadas nas datas agendadas na residência e em alguns casos em seu local de trabalho. Em média, as entrevistas duravam 60 minutos e envolviam a aplicação das questões do instrumento, as aferições de pressão, as medidas antropométricas, o agendamento e orientações da coleta de exames laboratoriais.

Para a medida da pressão arterial, em ambos os períodos, foi utilizado um aparelho semiautomático da marca Omron HEM-7421INT, devidamente calibrado. Foram realizadas ao menos três medidas de pressão arterial respeitando-se as etapas e o intervalo de tempo preconizados pela VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2010).

A primeira medida foi realizada em ambos os braços com anotação dos valores e dos braços, se direito ou esquerdo, em que cada valor foi obtido com o intuito de utilizar o braço com maior valor como referência nas medidas subsequentes.

Cada entrevistado foi orientado quanto ao procedimento e foi deixado em repouso por, no mínimo, 5 minutos e orientado a não conversar durante a medida. Também foi certificado quanto a estar com a bexiga vazia, não ter praticado atividade física nos 60 minutos antecedentes à entrevista, não ter ingerido bebida alcoólica, café ou alimentos e não ter fumado nos 30 minutos anteriores. Foi solicitado manter-se na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, região posterior apoiado em encosto de cadeira e relaxado. O braço foi posicionado na altura, ao nível do ponto médio do esterno ou na direção do quarto espaço intercostal, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (SBC, 2010).

A medida iniciava-se, primeiramente, pela medição da circunferência do braço, em seguida era instalada a braçadeira de dois a três centímetros acima da fossa cubital, alinhando a seta do aparelho à artéria braquial.

A segunda medida da PA foi realizada no braço com maior valor obtido no primeiro momento. Na terceira medida, o entrevistador aferiu a PA no mesmo braço que foi medido a segunda. Em caso de ter ocorrido uma diferença maior ou igual a 4 mmHg entre a segunda e terceira aferição, o entrevistador realizou uma quarta medida após um minuto, realizando-se o mesmo procedimento até que a diferença fosse inferior a 4 mmHg.

A verificação do peso durante a entrevista foi realizada com os indivíduos descalços e com roupas leves utilizando balança digital do modelo Acqua SIM 09190 da marca Plenna, com capacidade para 150 kg e precisão de 100 g.

Para a aferição da altura os indivíduos foram posicionados descalços, com os calcanhares juntos e encostados à uma porta ou parede sem rodapé. Utilizou-se fita métrica afixada à parede e esquadro o qual foi posicionado, simultaneamente, na parede e sobre a cabeça alinhada em plano horizontal para a localização exata do início da medida (SOUZA *et al.*, 2013).

A circunferência de cintura foi aferida medindo-se a distância entre o meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior por meio de fita métrica inelástica e inextensível (SOUZA *et al.*, 2013).

Ao término do procedimento das medidas eram agendadas a coleta de exames laboratoriais e suas devidas orientações.

Após as entrevistas, os formulários eram entregues para a equipe que realizava a conferência para verificar a qualidade do preenchimento e as falhas eram devolvidas ao entrevistador que as corrigia ou realizava uma nova visita domiciliar.

3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.8.1 Variáveis Socioeconômicas e demográficas

- Sexo:
 - Masculino
 - Feminino

- Idade - calculada em anos completos a partir da data de nascimento e categorizada por faixa etária:

- 40 a 49 anos
 - 50 a 59 anos
 - 60 a 69 anos
 - 70 anos e mais

- Situação conjugal – considerados com companheiro, os indivíduos que referiram ser casados ou terem união estável e sem companheiro aqueles que responderam ser solteiros, separados ou viúvos:
 - Com companheiro
 - Sem companheiro

- Anos de estudo - estabelecido por meio da quantidade de anos completos de estudo e categorizado da seguinte forma:
 - 4 anos e mais
 - menos de 4 anos

- Classificação econômica: determinada pela classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Esse método estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por meio da soma de pontos que vai de zero a 46 (ABEP, 2011) e zero a 100 (ABEP, 2014), referentes à posse de bens e ao grau de instrução do chefe de família, onde zero representa a pior classificação socioeconômica e 46 ou 100 a melhor.
Em 2011, este critério compreendia 8 classes econômicas (ABEP, 2011):
 - 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.

E em 2015, passou a compreender 6 classes econômicas (ABEP, 2014):

- Classe A: 45 a 100 pontos;
- Classe B1: 38 a 44 pontos;
- Classe B2: 29 a 37 pontos;
- Classe C1: 23 a 28 pontos;
- Classe C2: 17 a 22 pontos;
- Classe D-E: 0 a 16 pontos.

Para a caracterização da amostra nos dois períodos estudados, as classes foram agrupadas em:

- A / B: referente às classes A1, A2, B1 e B2 (2011) e A, B1 e B2 (2015);
- C / D / E: referente às classes C1, C2, D e E (2011) e C1, C2 e D-E (2015).

Na situação em que a variável classificação econômica foi aplicada como ajuste, a pontuação da ABEP foi utilizada para dividir a amostra. O ponto de corte considerado foi obtido por meio da mediana do conjunto de pontos, em que foi classificado como pior classificação econômica aqueles com pontuação abaixo de 25 e melhor classificação econômica os indivíduos com 25 ou mais pontos.

- < 25 pontos
 - \geq 25 pontos
- Trabalho remunerado - considerado positivo se referido estar trabalhando na época da entrevista:
 - Sim
 - Não

3.8.2 Variáveis relacionadas a comorbidades

- Diabetes *mellitus* - definido pelo uso de agentes antidiabéticos ou glicemia em jejum alterada. O uso de antidiabético foi comprovado pela apresentação da embalagem primária ou secundária do medicamento, bula

ou prescrição médica. A glicemia em jejum foi considerada alterada quando os indivíduos apresentassem valor igual ou superior a 126 mg/dl (7mmol/L) conforme critério das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017). Dessa forma categorizada em:

- Sim
 - Não

- Dislipidemia - definido pelo uso de hipolipemiante ou alteração de exame laboratorial. O uso de hipolipemiante foi comprovado pela apresentação de embalagem, bula do medicamento ou prescrição médica. O exame laboratorial foi considerado alterado quando os indivíduos apresentassem LDL-C ≥ 160 mg/dl e/ou triglicérides ≥ 150 mg/dl e/ou HDL-C < 50 mg/dl (mulheres) e < 40 mg/dl (homens) (SBC, 2017). Dessa forma, categorizada em:
 - Sim
 - Não

3.8.3 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida

Foi utilizado um conjunto de variáveis baseado nas categorias propostas pelo instrumento do sistema VIGITEL, com exceção da prática de atividade física (BRASIL, 2010), descritas a seguir.

- Tabagismo - considerado fumante todo indivíduo que referiu fumar, independentemente da frequência e intensidade do hábito:
 - Sim
 - Não

- Consumo abusivo de álcool - considerado consumo abusivo de álcool quando referiram ingerir 4 doses ou mais para mulheres ou 5 doses ou mais para homens, nos últimos trinta dias em, ao menos, uma ocasião. A dose foi equivalente a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada:

- Sim
 - Não

- Prática de atividade física no tempo livre - considerando a realização de atividades físicas no tempo livre como caminhada, alongamento, dança, musculação, ginástica em academia, futebol, hidroginástica ou outros, independentemente da frequência em número de vezes por semana e de duração:
 - Sim
 - Não

- Consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes - considerado consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes (exceto batata, mandioca e inhame) quando referido ingestão de frutas e de verduras e/ou legumes em cinco dias ou mais da semana, independentemente do número de porções:
 - Sim
 - Não

- Consumo de carnes com excesso de gordura - foi considerado “*sim*” o consumo de carne vermelha com excesso de gordura e/ou frango com pele quando o entrevistado referiu ingerir carne vermelha com gordura, não retirando seu excesso e/ou frango sem retirar a pele:
 - Sim
 - Não

3.8.4 Variáveis antropométricas:

- Índice de Massa Corporal (IMC) - obtido por meio do cálculo do peso em quilos divididos pelo quadrado da altura (m) e classificado em adequado,

IMC menor que 25 Kg/m², e inadequado, IMC maior ou igual a 25Kg/m² (ABESO, 2016):

- Adequado
 - Inadequado
- Circunferência de cintura - valores abaixo de 88 cm para as mulheres e 102 cm para os homens foram classificados como adequados (ABESO, 2016):
 - Adequado
 - Inadequado

3.8.6 Variáveis relacionadas à utilização de serviços de saúde:

- Visita de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) - foi considerado atendido, quando o entrevistado referiu receber visitas de ACS e ou do PSF, incluindo-se médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem:
 - Sim
 - Não
- Utilização de serviços de saúde públicos em casos não urgentes - foi questionado se o indivíduo utilizou serviços de saúde públicos para uma consulta de rotina, acompanhamento de saúde ou de uma doença em situações não urgentes (Unidade Básica de Saúde [UBS], Serviço Especializado do Sistema Único de Saúde [SUS], Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema [CISMEPAR], Policlínica, Hospital de Clínicas e ou outros):
 - Sim
 - Não
- Utilização de serviços de saúde privados em casos não urgentes - foi questionado se o indivíduo utilizou serviços de saúde privados para uma

consulta de rotina, acompanhamento de saúde ou de uma doença, em situações não urgentes (consultório médico particular ou convênio):

- Sim
- Não

3.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio de formulário impresso foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel® versão 2010 e comparados no programa *Spreadsheet Compare*, sendo as discrepâncias corrigidas com consulta ao instrumento de coleta de dados. Os dados do formulário eletrônico foram enviados ao servidor Ona e armazenados em formato Excel®. O processamento e a análise de dados foram realizados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Para a comparação das prevalências dos hábitos de vida em indivíduos com HA entre os períodos (2011-2015) foi utilizado o teste de Mc Nemar e para a comparação entre os sexos, o teste de qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de $p < 0,05$.

Para verificar a associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida em indivíduos com a HA foi utilizado o Modelo de Regressão Log-Linear de Poisson com estimação robusta e análise multivariada com o cálculo da razão de prevalência (RP). Consideraram-se significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$. Foram realizadas análises brutas e ajustadas para os hábitos de vida, elaborando-se 2 modelos:

- Modelo 1: ajustada por sexo, idade e situação econômica.
- Modelo 2: ajustada por sexo, idade, situação econômica e comorbidades (diabetes *mellitus* e dislipidemia).

A população deste estudo foi estratificada por escolaridade em: quatro anos e mais e menos de quatro anos de estudo

3.10 FONTE DE FINANCIAMENTO

O projeto VIGICARDIO recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte integrante do Projeto VIGICARDIO aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE nº 0192.0.268.000-10 em 2011 [Anexo A] e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 em 2015 [Anexo B]). Todas as etapas desta pesquisa respeitaram as normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c).

Os entrevistados foram devidamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa e seus direitos. Após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C e D), responderam às questões contidas no formulário para coleta de dados, além de serem submetidos aos procedimentos de medida da pressão arterial, parâmetros antropométricos e coleta de material biológico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta tese apresenta os resultados e a discussão estruturados na forma de dois artigos. O Artigo 1 contempla o primeiro e o segundo objetivos específicos desta tese e o Artigo 2 ao terceiro objetivo:

- **Artigo 1:** Mudanças nos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial após quatro anos de seguimento.
- **Artigo 2:** Associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial.

4.1 ARTIGO 1: MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA ENTRE INDIVÍDUOS DE 40 ANOS E MAIS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL APÓS QUATRO ANOS DE SEGUIMENTO.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência dos hábitos de vida e suas mudanças após quatro anos em indivíduos com 40 anos e mais com HÁ. A coorte se constituiu de 487 indivíduos classificados com HÁ em 2011 e reentrevistados em 2015. A HA foi estabelecida pelo uso de medicamento anti-hipertensivo e/ou a média das duas últimas medidas de pressão arterial (PA) alterada ($\geq 140/90$ mmHg). As análises de dados foram realizadas pelo programa SPSS 21.0. Para diferença das prevalências entre os sexos utilizou-se o teste qui-quadrado e para mudanças nas prevalências dos hábitos de vida entre os dois períodos adotou-se o teste de Mc Nemar. Houve menor prevalência de consumo abusivo de álcool, de carnes com excesso de gordura e maior consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes entre as mulheres, e maiores frequências dos Índice de Massa Corporal (IMC) e medida de circunferência de cintura adequados entre os homens em 2011 e 2015, independente da escolaridade. A prevalência do tabagismo foi significativamente menor entre as mulheres apenas em 2011. As mudanças nas prevalências dos hábitos de vida no seguimento foram: redução do consumo abusivo de álcool ($p < 0,001$) e aumento do consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes ($p < 0,001$) entre as pessoas com quatro e mais anos de estudo. Conclui-se que políticas públicas devem ser implementadas no sentido de assistir a população com nível de escolaridade mais baixo que não apresentou mudanças nos hábitos de vida.

Palavras chave: Prevalência; Adulto; Hipertensão; Estilo de vida.

Article 1: Changes in Life style Among Individuals Aged 40 Years and Over With Hypertension After Four Years of Follow-up.

Abstract

The aim of this study was to analyze the prevalence of lifestyle and its changes after four years in individuals aged 40 years and older with HA. The cohort consisted of 487 individuals classified as HA in 2011 and re-interviewed in 2015. The hypertension was established by the use of antihypertensive drugs or the mean of the last two altered blood pressure (BP) measurements ($\geq 140/90$ mmHg). Data was analyzed using the SPSS 21.0 program. For prevalence differences between genders, the chi-square test was used and for changes in the prevalence of life style habits between the two periods, the Mc Nemar test was used. There was a lower prevalence of alcohol abuse, meat with excess fat, and higher regular consumption of fruits and vegetables among women, and higher frequencies of adequate Body Mass Index (BMI) and waist circumference measurement among men in 2011 and 2015, regardless of schooling. The prevalence of smoking was significantly lower among women only in 2011. Changes in the prevalence of life style habits at follow-up were: reduction of abuse of

alcohol consumption ($p < 0.001$) and increase of regular fruit and vegetables consumption ($p < 0.001$) among people with four and more years of schooling. It is concluded that public policies should be implemented in order to assist the population with lower education level that did not present changes in lifestyle.

Key words: Prevalence; Adult; Hypertension; Life style.

Introdução

As doenças cardiovasculares constituem importantes causas de morte no mundo, contabilizando 17 milhões por ano, aproximadamente um terço do total. Destas, as complicações derivadas da HA perfazem 9,4 milhões de mortes (WHO, 2013; IHME, 2018). A HA é responsável por pelo menos 45% das mortes por doença isquêmica do coração e 51% das mortes por doenças cerebrovasculares (NCD, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

No Brasil, a HA atinge 32,5% dos adultos (aproximadamente 36 milhões de indivíduos) e mais de 60% dos idosos (GUIMARÃES *et al.*, 2015). E, apesar da tendência de redução das taxas de mortalidade desde 2010, ainda contribui de forma direta ou indireta com 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Essa alta prevalência faz da HA um dos mais importantes problemas de saúde pública. Sua detecção, tratamento e controle são fundamentais para diminuir o risco cardiovascular (IBGE, 2014; SBC, 2016). Considerando que, a HA tem origem multifatorial, relacionada a fatores de risco não modificáveis como idade e sexo e modificáveis como tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e consumo alimentar inadequado, além da obesidade, é essencial que haja um planejamento de ações que orientem para um estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2013; WHO, 2013; SBC, 2016), para além do tratamento medicamentoso.

Em geral, a prevenção, o controle ou a reversão dos fatores de risco modificáveis podem ocorrer por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis. São necessárias mudanças de paradigma para a incorporação de comportamentos adequados que gerem mudanças positivas na saúde do indivíduo com HA (ARENA *et al.*, 2015).

Sendo assim, é essencial que estratégias de prevenção diferenciadas e integradas com todos os segmentos sociais sejam implantadas de modo que sustentem iniciativas de combate aos fatores de risco e a adesão aos hábitos de vida mais saudáveis (ARENA *et al.*, 2015; SBC, 2016; FERRARI *et al.*, 2017).

Dessa forma, a contribuição dos serviços de saúde é essencial para despertar a consciência das pessoas em relação à adoção de bons hábitos de vida. A cobertura universal da assistência à saúde, particularmente em nível da atenção primária favorece a detecção precoce de DCNT, e o apoio ao estilo de vida saudável contribui para a conscientização das pessoas para a mudança de comportamentos (WHO, 2013).

Os fatores de risco modificáveis relacionados aos hábitos de vida são potencialmente relevantes no perfil epidemiológico da população e estão associados à redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, assim é importante o conhecimento desses fatores para a mudança de comportamento evitando maiores danos à saúde com a persistência de hábitos inadequados de vida (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Na literatura, são escassos os estudos que monitoram as alterações desses hábitos entre as pessoas com HA ao longo dos anos. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as prevalências e as mudanças nos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com HA em dois períodos, 2011 e 2015.

Método

Estudo de coorte comparativo de dois períodos, 2011 e 2015, realizado com indivíduos de 40 anos e mais, com HA, residentes na área urbana do município de Cambé-PR, localizado na região norte do Paraná. Dentre as principais causas de morte deste município ocorridas em 2016, a maior proporção foi de doenças do aparelho respiratório (26,3%), seguido por doenças do aparelho circulatório (24,4%), causas externas (10,7%) e neoplasias (10,0%) (BRASIL, 2019).

Para a seleção deste município levou-se em consideração seu porte médio, a oportunidade de englobar a área urbana em sua totalidade, a disponibilidade de dados populacionais atualizados, o apoio da Secretaria de Saúde e a baixa frequência de moradias verticalizadas, fator facilitador para a coleta de dados.

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto, denominado VIGICARDIO. A definição do tamanho amostral do VIGICARDIO se baseou no número de habitantes do município em 2007 (92.888 pessoas), das quais 33,1% tinham 40 anos e mais de idade. Considerando-se margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50%, nível de confiança de 95%, acréscimo de 25% para eventuais perdas e arredondamentos, a amostra final totalizou 1.339 participantes (SOUZA *et al.*, 2013).

Todos os setores censitários foram incluídos e para cada setor foi estabelecida uma cota de pessoas a serem entrevistadas com base na distribuição populacional, segundo sexo e faixa etária. Para a definição dos entrevistados, utilizou-se o mapa geográfico de cada setor, numeração das quadras, sorteio da quadra e esquina inicial do percurso percorrido em sentido anti-horário. Em caso de dúvida também sorteava-se o domicílio inicial da esquina e a partir dele, o intervalo amostral foi de 1:2. Em domicílios com mais de um morador elegível para a entrevista, foi realizado sorteio para seleção de um único participante (SOUZA *et al.*, 2013).

Os critérios de exclusão utilizados para ambos os períodos foram: indivíduos com deficiência visual e ou auditiva graves não corrigidas, ou em estágios avançados de transtornos mentais que impedissem o entendimento dos procedimentos da entrevista e o idioma, e que não possuíam cuidador ou responsável que pudesse responder a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas e realização de medidas antropométricas e a aferição da pressão arterial. A aferição da pressão arterial (PA) foi realizada em, no mínimo, três momentos durante a entrevista, respeitando-se o intervalo de tempo e os procedimentos preconizados pela VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010).

Na segunda fase do projeto, em 2015, estes indivíduos foram localizados e reentrevistados. Para este estudo, a população foi composta por indivíduos entrevistados no *baseline*, e que foram classificados com HA. Esta classificação foi estabelecida pelo uso de anti-hipertensivo comprovado pela apresentação de embalagem primária ou secundária, bula do medicamento, prescrição médica ou pela média das duas últimas medidas da pressão arterial alterada, considerando-se os parâmetros de pressão arterial sistólica ≥ 140 mm Hg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mm Hg (SBC, 2010).

As variáveis de caracterização utilizadas foram: idade, situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), anos de estudo (menos de quatro anos e quatro

anos e mais), classificação econômica (A/B e C/D/E) e trabalho remunerado (sim e não). Para a classificação econômica foram empregados os critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) aplicados respectivamente em 2011 e 2014, que classificam os indivíduos segundo seu poder de compra (ABEP, 2011; ABEP, 2014).

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida foram determinadas com base nos critérios do inquérito nacional para Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) (BRASIL, 2010), exceto para a prática de atividade física no tempo livre. As variáveis foram: tabagismo (sim e não), consumo abusivo de bebidas alcoólicas (sim e não), prática de atividade física no tempo livre (sim e não), consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes (sim e não), consumo de carnes com excesso de gordura (sim e não). Além destas, as variáveis antropométricas de: Índice de Massa Corporal (IMC) (adequado e inadequado) e circunferência de cintura (adequado e inadequado).

Para o tabagismo, foram considerados fumantes os indivíduos que referiram o hábito no momento da entrevista. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi determinado pelo consumo de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos trinta dias. A prática de atividade física no tempo livre referiu-se a qualquer atividade como caminhada, alongamento, dança, musculação, ginástica em academia, futebol, hidroginástica ou outros, independentemente da frequência semanal e duração. O consumo de frutas, verduras e/ou legumes foi estabelecido como regular quando consumidos em cinco dias ou mais na semana. Considerou-se consumo de carnes com excesso de gordura quando o entrevistado relatou não retirar o excesso de gordura visível e/ou a pele do frango. Para a categorização do IMC utilizou-se como ponto de corte 25 Kg/m^2 , em que os valores inferiores foram considerados adequados. Para a classificação da circunferência de cintura, foi utilizado os pontos de corte do National Cholesterol Education Program (NCRP) – Adult Treatment Panel III, em que o ponto de corte deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres (ABESO, 2016), sendo adequado quando a medida da circunferência de cintura indicar valores inferiores à estes.

Na análise de dados, para a comparação das prevalências dos hábitos de vida em indivíduos com HA entre os períodos (2011-2015), foi utilizado o teste de McNemar e para a comparação das prevalências entre os sexos, no mesmo ano, o teste

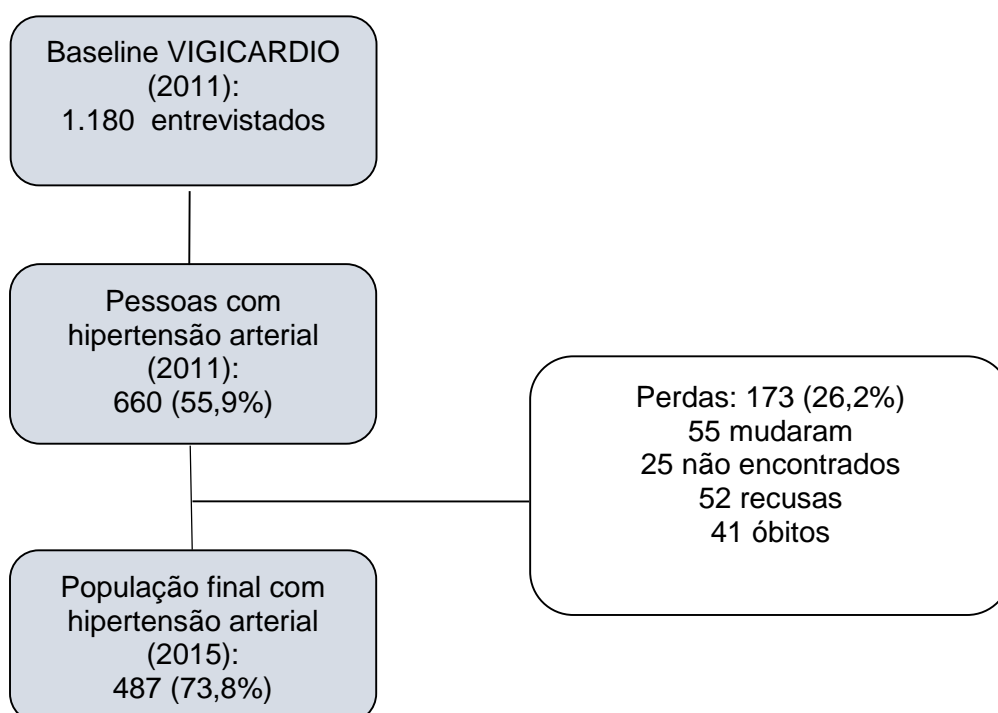
de qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de $p < 0,05$. Foi realizada estratificação por anos de estudo: quatro anos e mais e menos de quatro anos, para se conhecer a dinâmica da prevalência e das mudanças dos hábitos de vida. O processamento e a análise de dados foram realizados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

A pesquisa, em ambos os períodos, foi aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE nº 0192.0.268.000-10 - 2011 e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 - 2015). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Na primeira fase (2011), foram entrevistados 1.180 indivíduos, e destes 660 foram classificados com HA. Na segunda fase (2015), ocorreram 173 perdas como mudanças de endereço, recusas, óbitos e não encontrados após três tentativas. A população final se constituiu por 487 indivíduos com HA acompanhados em ambos os inquéritos (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da composição da população de estudo, 2011 e 2015.



Entre os 487 indivíduos selecionados, 267 (54,8%) eram mulheres. A média de idade em 2011 foi de 57,3 anos (Desvio padrão = 10,0 anos).

Em 2011, 73,1% dos entrevistados tinham companheiro e 68,4% possuíam quatro anos e mais de estudo, semelhante à 2015. Quanto ao trabalho remunerado, observou-se redução de 56,1% para 43,9%, após quatro anos.

Nos dois períodos (2011 e 2015), os homens apresentaram maior prevalência de situação conjugal com companheira, maior escolaridade, trabalho remunerado e melhor classificação econômica quando comparados às mulheres.

A tabela 1 compara as condições sociodemográficas e econômicas entre as perdas e os entrevistados em 2015. À exceção da variável idade, em que a proporção de perdas de indivíduos com 60 anos e mais foi maior, se comparada aos de 40 a 59 anos, para as demais variáveis a proporção de perdas foi semelhante entre todas as categorias.

Tabela 1: Análise de perdas segundo características sociodemográficas e econômicas entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial em Cambé – PR, 2011 - 2015.

Variáveis	Entrevistados	Perdas	Valor de p*
Sexo			
Masculino	267 (76,1)	84 (23,9)	0,092
Feminino	220 (71,2)	89 (28,8)	
Idade			
40 – 59 anos	303 (76,5)	93 (23,5)	0,031
60 anos ou mais	184 (69,7)	80 (30,3)	
Situação conjugal			
Com cônjuge	356 (73,9)	126 (26,1)	0,487
Sem cônjuge	131 (73,4)	47 (26,4)	
Anos de estudo			
Menos de 4 anos	153 (71,5)	61 (28,5)	0,202
4 anos e mais	334 (74,9)	112 (25,1)	
Classificação econômica			
A/B	164 (74,2)	57 (25,8)	0,468
C/D/E	323 (73,6)	116 (26,4)	
Trabalho remunerado			
Sim	273 (75,0)	91 (25,0)	0,243
Não	214 (72,3)	82 (27,7)	

A prevalência dos hábitos de vida entre os indivíduos com HA na linha de base e no seguimento (2011 e 2015) segundo o sexo, foram estratificadas por escolaridade em: quatro anos e mais e menos de quatro anos de estudo, e estão apresentadas nas tabelas 2 e 3.

Tanto em 2011 quanto em 2015, na comparação entre os sexos, independente da escolaridade, as mulheres apresentaram menor frequência no consumo abusivo de álcool e de carne com excesso de gordura, e maior prevalência no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes, enquanto os homens tiveram maior prevalência de IMC e circunferência de cintura adequados. Para o tabagismo, a diferença da prevalência foi menor entre as mulheres apenas em 2011. (Tabelas 2 e 3).

Quanto às mudanças dos hábitos de vida no seguimento entre os entrevistados com quatro anos e mais de estudo, observou-se que a prevalência do consumo abusivo de álcool foi menor e o consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes aumentou nessa população (Tabela 2).

Entre as mulheres com quatro anos e mais de estudo, houve mudança significativa no consumo abusivo de álcool, que representava 9,8% em 2011 e passou para 4,3% em 2015 e no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes, de 52,1% para 62,6% (Tabela 2).

Entre os homens com quatro anos e mais de estudo, a mudança significativa também ocorreu no consumo abusivo de álcool, que passou de 34,1% para 22,9% e no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes, que variou de 26,5% para 38,2% (Tabela 2).

Não foi verificada mudança estatisticamente significativa entre os indivíduos com menos de quatro anos de estudo (Tabela 3).

Tabela 2: Prevalência dos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e 4 anos e mais de estudo em Cambé-PR, 2011 e 2015.

Hábitos de vida	2011							p*	2015						p*	2011 - 2015		
	Total		Feminino		Masculino		Total		Feminino		Masculino		p** total	p** fem		p** masc		
	n	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n					%	
Tabagismo																		
Sim	55	16,5	19	11,7	36	21,2	0,019	47	14,1	18	11,0	29	17,1	0,115	0,057	1,000	0,039	
Não	278	83,5	144	88,3	134	78,8		286	85,9	145	89,0	141	82,9					
Consumo abusivo de álcool																		
Sim	74	22,2	16	9,8	58	34,1	<0,001	46	13,8	7	4,3	39	22,9	<0,001	<0,001	0,022	0,005	
Não	259	77,8	147	90,2	112	65,9		287	86,2	156	95,7	131	77,1					
Prática de atividade física no tempo livre																		
Sim	99	29,7	47	28,8	52	30,6	0,726	102	30,6	49	30,1	53	31,2	0,825	0,826	0,871	1,000	
Não	234	70,3	116	71,2	118	69,4		231	69,4	114	69,9	117	68,8					
Consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes																		
Sim	130	39,0	85	52,1	45	26,5	<0,001	167	50,2	102	62,6	65	38,2	<0,001	<0,001	0,019	0,002	
Não	203	61,0	78	47,9	125	73,5		166	49,8	61	37,4	105	61,8					
Consumo de carnes com excesso de gordura																		
Sim	153	45,9	57	35,0	96	56,5	<0,001	156	46,8	59	36,2	97	57,1	<0,001	0,826	0,871	1,000	
Não	180	54,1	106	65,0	74	43,5		177	53,2	104	63,8	73	42,9					
IMC adequado ***																		
Sim	79	23,7	29	17,8	50	29,4	0,013	75	22,8	26	16,1	49	29,2	0,005	0,743	0,804	1,000	
Não	254	76,3	134	82,2	120	70,6		254	77,2	135	83,9	119	70,8					
Circunferência de cintura adequada†																		
Sim	129	39,1	30	18,5	99	58,9	<0,001	129	39,0	37	23,0	92	54,1	<0,001	0,896	0,296	0,108	
Não	201	60,9	132	81,5	69	41,1		202	61,0	124	77,0	78	45,9					

*Teste de qui-quadrado: diferença entre os sexos; **Teste de Mc Nemar: diferenças de prevalências entre os dois períodos; *** 4 pessoas em 2015, não realizaram medidas para a obtenção do IMC; † 3 pessoas em 2011 e 2 pessoas em 2015, não realizaram medida de circunferência de cintura.

Tabela 3: Prevalência dos hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e menos de 4 anos de estudo em Cambé-PR, 2011 e 2015.

Hábitos de vida	2011							2015							2011 - 2015		
	Total		Feminino		Masculino		p*	Total		Feminino		Masculino		p*	p** total	p** fem	p** masc
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%				
Tabagismo																	
Sim	15	9,7	6	5,8	9	18,0	0,017	11	7,1	5	4,8	6	12,0	0,105	0,219	1,000	0,250
Não	139	90,3	98	94,2	41	82,0		143	92,9	99	95,2	44	88,0				
Consumo abusivo de álcool																	
Sim	10	6,5	0	0,0	10	20,0	<0,001	4	2,6	0	0,0	4	8,0	0,003	0,109	-	0,109
Não	144	93,5	104	100,0	40	80,0		150	97,4	104	100,0	46	92,0				
Prática de atividade física no tempo livre																	
Sim	44	28,6	32	30,8	12	24,0	0,384	32	20,8	22	21,2	10	20,0	0,869	0,605	0,076	0,754
Não	110	71,4	72	69,2	38	76,0		122	79,2	82	78,8	40	80,0				
Consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes																	
Sim	59	38,3	48	46,2	11	22,0	0,004	72	46,8	55	52,9	17	34,0	0,028	0,072	0,281	0,180
Não	95	61,7	5	53,8	39	78,0		82	53,2	49	47,1	33	66,0				
Consumo de carnes com excesso de gordura																	
Sim	66	42,9	37	35,6	29	58,0	0,008	66	42,9	35	33,7	31	62,0	0,001	1,000	0,839	0,774
Não	88	57,1	67	64,4	21	42,0		88	57,1	69	66,3	19	38,0				
IMC adequado ***																	
Sim	34	22,1	18	17,3	16	32,0	0,040	37	24,8	22	21,8	15	31,2	0,211	0,332	0,344	1,000
Não	120	77,9	88	82,7	34	68,0		112	75,2	79	78,2	33	68,8				
Circunferência de cintura adequada†																	
Sim	45	29,6	15	14,6	30	61,2	<0,001	48	31,8	20	19,6	28	57,1	<0,001	0,711	0,302	0,791
Não	107	70,4	88	85,4	19	38,8		103	68,2	82	80,4	21	42,9				

*Teste de Qui-quadrado: diferença entre os sexos; **Teste de Mc Nemar: diferenças de prevalências entre os dois períodos; *** 5 pessoas em 2015, não realizaram medidas para a obtenção do IMC; † 2 pessoas em 2011 e 3 pessoas em 2015, não realizaram medida de circunferência de cintura.

Discussão

Após quatro anos de seguimento, este estudo constatou mudanças significativas nos hábitos de vida da população com HA no estrato de quatro anos e mais de estudo, apresentando redução na prevalência do consumo abusivo de álcool e aumento do consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes. Ainda que não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas, foram verificadas mudanças positivas também na prevalência de alguns hábitos de vida: no tabagismo e na circunferência de cintura entre os homens com 4 anos e mais de estudo e no tabagismo, no consumo abusivo de álcool, no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes e na circunferência de cintura entre os homens com menos de quatro anos de estudo; e entre as mulheres com menos de quatro anos de estudo, no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes.

Semelhante ao encontrado nesta pesquisa, um estudo de coorte sobre mudanças comportamentais e de saúde em idosos, verificou após quatro anos, diminuição na ingestão de bebida alcoólica e aumento do consumo diário de frutas e hortaliças (CONFORTIN *et al.*, 2017). Essa redução na prevalência do consumo abusivo de álcool foi verificada também por Walther *et al.* (2017), em estudo sobre os hábitos de vida de 4155 pessoas com média de idade de 60,3 anos, na Suíça, com mais de dez anos de acompanhamento, revelando que apesar de ter reduzido no seguimento ainda representava, aproximadamente, o dobro entre os participantes com HA em relação aos sem HA.

Os estratos educacionais mais elevados apresentaram um padrão mais saudável em relação ao consumo abusivo de álcool. No entanto, a literatura evidencia controvérsias na relação entre o uso abusivo de álcool e o nível educacional, demonstrando realidades diferentes para essa associação. Determinadas pesquisas mostram maiores prevalências em grupos de menor escolaridade (BARROS *et al.*, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2010), ao passo que outras em estratos de maior escolaridade (VARGAS; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2009; BORTOLUZZI *et al.*, 2010; REISDORFER *et al.*, 2012; MUNHOZ *et al.*, 2017).

No estudo de Guimarães *et al.* (2010), que buscaram descrever prevalências de consumo abusivo de álcool e suas associações com dados demográficos e socioeconômicos entre adultos, as mulheres com maior escolaridade estiveram

associadas ao maior consumo abusivo de álcool e, por outro lado, os homens de maior escolaridade a um menor consumo abusivo.

A prevalência do consumo abusivo de álcool, em ambos os períodos, evidenciou que as mulheres possuem comportamentos mais adequados. Este padrão de ocorrência do consumo abusivo de álcool maior entre os homens é similar à encontrada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em que a prevalência entre os homens variou de 22,4%, na faixa etária de 40 a 49 anos, a 4,1% em indivíduos com 70 anos e mais, enquanto entre as mulheres de 6,4% e 0,4%, respectivamente, nas mesmas faixas etárias (GARCIA; FREITAS, 2015). Na comparação com dados da população geral, este estudo apresentou prevalências maiores para o consumo abusivo de álcool que os dados do VIGITEL, em 2011 para o sexo masculino (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Quanto ao aumento na frequência de consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes entre as pessoas com nível mais alto de escolaridade no seguimento, Damiani, Pereira e Ferreira (2017) também encontraram resultados semelhantes ao analisar a prevalência e os fatores associados ao consumo recomendado desses alimentos em 6696 adultos de ambos os sexos, tendo observado maior consumo destes alimentos entre os de maior nível de escolaridade. Souza *et al.* (2019), também constataram maior chance de consumir verduras e/ou legumes de 56,0% entre as pessoas com mais anos de estudo. Para Turrell *et al.* (2003), a escolha de alimentos saudáveis é influenciada pela escolaridade por entender que esta representa acesso a melhores oportunidades de emprego, renda e informação.

Em geral, a literatura mostra maior consumo regular de frutas entre aqueles com maior nível de escolaridade (LINS *et al.*, 2013; SILVEIRA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2019). A condição de baixa escolaridade nas práticas relacionadas aos cuidados de saúde pode trazer influências sobre o conhecimento e entendimento de complicações decorrentes da HA (ANDRADE *et al.*, 2015). Além disso, a literatura mostra que, entre os idosos com HA, a dificuldade para adoção de hábitos alimentares saudáveis tem sido influenciada por fatores socioeconômicos, características de saúde e utilização de serviços de saúde. Na escolha dos alimentos, o hábito e o preço têm prevalecido em detrimento às orientações recebidas para a modificação dos hábitos alimentares como estratégia para prevenção de doenças cardiovasculares entre os idosos (GADENZ, BENVENÚ, 2013; SILVEIRA *et al.*, 2015).

A prevalência do consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes entre os indivíduos com HA aqui analisados, apresentaram frequência discretamente superior em 2015 em comparação à população geral, de faixa etária equivalente no mesmo ano, analisada pelo VIGITEL. Entre as mulheres, em 2015, a prevalência do consumo desses alimentos foi maior em relação à população feminina geral, porém inferior entre os homens ao comparar com a população masculina de ambos os períodos analisados pelo VIGITEL (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A melhora na frequência do hábito de fumar no seguimento tem sido verificada em outros estudos de acompanhamento (CONFORTIN *et al.*, 2017; WALTHER *et al.*, 2017). Essa redução na prevalência de tabagismo pode ser reflexo da política antitabaco implementada e/ou devido ao envelhecimento da população em que o tabagismo diminui com o avançar da idade (STOMI, KAESER, LIEBERHERR, 2013). Nesse sentido, ações de promoção da saúde com intuito de diminuir os fatores de risco, bem como, o desenvolvimento de medidas de prevenção que favoreçam o envelhecimento saudável da população devem ser priorizadas. Ao envelhecer, o indivíduo vivencia um processo natural de mudanças que interferem no seu estilo de vida (MITTELMANN, 2010). Na prevalência do tabagismo por sexo, este estudo mostrou menor frequência entre as mulheres com HA em relação aos homens e em relação à população feminina como um todo, avaliada pelo VIGITEL, no mesmo ano (2011) e em faixa etária equivalente (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

No que se refere ao consumo de carnes com excesso de gordura, a prevalência do consumo desses alimentos na população com HA, para ambos os sexos e anos analisados, foi maior em comparação à população geral. Tanto em 2011 quanto em 2015, a prevalência entre os indivíduos com HA foi, aproximadamente, 15,0% mais alta em relação à população geral, de faixa etária equivalente, nos mesmos anos, para ambos os sexos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Acredita-se que o comportamento mais adequado das mulheres diante dos fatores de risco pode estar relacionado a sua percepção mais acurada da saúde e pelo desenvolvimento de uma relação mais intensa com os serviços de saúde por questões reprodutivas (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Embora a prevalência dos hábitos de vida tenha favorecido as mulheres, tal fato não é observado em relação ao IMC e a circunferência de cintura. Para ambas as variáveis, os homens apresentaram um perfil mais adequado. Na comparação dos dados da circunferência de cintura entre os sexos, a proporção de mulheres com

resultados inadequados foi superior ao dobro dos apresentados pelos homens. Essa maior proporção de mulheres com circunferência de cintura inadequada foi encontrada por Medeiros Filho *et al.* (2018), em pesquisa com 720 indivíduos com hipertensão arterial, em que as mulheres possuíam maior prevalência de medidas de circunferência de cintura acima do limite superior da normalidade, além de maior proporção de obesidade. Outro estudo também verificou que 83,9% das mulheres apresentavam circunferência de cintura inadequadas e 52,6% dos homens (SILVEIRA *et al.*, 2013).

A redução da prevalência da circunferência de cintura entre os homens observada por este estudo também foi verificada por Sato e Demura (2009) ao analisar características da gordura subcutânea em japoneses, tendo percebido que as mulheres apresentavam maior concentração de gorduras na região central do corpo quando comparados aos homens, principalmente pós menopausa.

Quanto ao IMC, apesar de sua importância na avaliação do perfil nutricional, a utilização desta medida na população idosa deve considerar algumas características próprias do envelhecimento, como diminuição da altura, redução da massa magra corpórea e acúmulo de tecido adiposo (SANTOS; SICHIERI, 2005; NAM *et al.*, 2012). Segundo Assunção *et al.* (2013), com o avançar da idade, as mulheres apresentam aumento da circunferência de cintura.

Há de se considerar que a adoção de hábitos de vida saudáveis traz inúmeros benefícios para a saúde cardiovascular, entretanto constitui tarefa difícil para a maioria das pessoas. A possibilidade de mudança no modo de vida perpassa por questões financeiras, culturais, de vida, de trabalho, e de permanência de concepções conservadoras que afastam o conceito de saúde socialmente possível (FIGUEIRA *et al.*, 2015). Associado a estes, a presença de morbidades revela que quanto maior o número de DCNT, maiores serão as dificuldades de adesão a um estilo de vida saudável (LINDEMANN; OLIVEIRA; MENDOZA-SASSI, 2016).

Os dados deste estudo foram obtidos por meio de inquérito domiciliar com entrevistas pessoais, aferições de pressão arterial e medidas antropométricas, além de coleta de material biológico, elementos relevantes da investigação que contribuem para acrescentar informações sobre a magnitude dos agravos de saúde na população.

Por outro lado, os comportamentos de saúde apresentados aqui possuem algumas limitações no que se refere ao viés de informação pelo fato de as respostas serem autorreferidas, ou seja, as pessoas podem ter apontado um bom

comportamento de saúde e não adotá-lo na prática. Além disso, é necessário citar a dificuldade em se estabelecer comparações com outros inquéritos devido a faixa etária selecionada. Observa-se maior frequência de estudos com indivíduos a partir de 18 anos ou direcionados especificamente à população idosa. Apesar disso, estudos como este possibilita revelar os hábitos de vida e sua relação com os serviços de saúde de pessoas com 40 anos e mais, mesmo que esta parcela da população seja pouco discutida na literatura ou considerada pelas políticas públicas de saúde.

Cabe ressaltar ainda que a metodologia utilizada para avaliação da dieta neste estudo, desconsiderou o consumo de sal, importante indicador para a ocorrência da HA e de doenças cardiovasculares.

Conclusão e considerações finais

Os achados deste estudo possibilitaram conhecer as mudanças nos hábitos de vida dos indivíduos com HA em dois momentos distintos, num determinado intervalo de tempo. Após quatro anos, as mudanças nos hábitos de vida ocorreram para algumas variáveis.

A estratificação por escolaridade, revelou que indivíduos com mais tempo de estudo apresentaram mudanças significativas na alimentação, consumindo mais frutas e verduras e/ou legumes, além de menor consumo abusivo de álcool. Assim, neste estudo, um maior nível de escolaridade influenciou na adoção de hábitos mais saudáveis.

Esta pesquisa traz contribuições para o desenvolvimento e incremento de ações e programas que priorizem iniciativas relacionadas à adequação do perfil nutricional, bem como, a educação dos indivíduos na prevenção de doenças crônicas.

Para a manutenção de hábitos saudáveis é necessário que a prevenção de doenças e os cuidados com a saúde iniciem o mais precoce possível, dando continuidade ao longo da vida. Este desafio da adesão aos bons hábitos de vida exige o envolvimento das pessoas com HA e da equipe de saúde.

As diferenças em relação ao sexo e a escolaridade apontadas aqui evidenciam a necessidade de se implantar estratégias individuais e coletivas que consigam abranger todos os seguimentos da sociedade. As orientações quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis, bem como o monitoramento e a avaliação

periódica das intervenções de prevenção e controle podem contribuir para o enfrentamento da hipertensão e conseqüente redução de seu impacto social.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de Classificação Econômica. **Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, 2011**. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2019.

ABEP. Critério de Classificação Econômica. **Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, 2014**. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2019.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4 ed. São Paulo: 2016.186p.

ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.

ARENA, R. *et al.* Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease – a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. **European Heart Journal**, Reino Unido, v. 36, n. 31, p. 2097-2109, 2015.

ASSUNÇÃO, W. A. C. *et al.* Comportamento da gordura abdominal em mulheres com avanço da idade. **Revista de Educação Física**, Maringá, v. 24, n. 2, p. 287-294, 2013.

BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016.

BORTOLUZZI, M. C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 679-685, 2010.

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/obt10pr.def>. Acesso em: abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 37, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 159p.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia Serviços e Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, 2017.

DAMIANI, T. F.; PEREIRA, L. P.; FERREIRA, M. G. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 369-382, 2017.

FERRARI, *et al.* Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-12, 2017.

FIGUEIRA, T. R. *et al.* Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde [online]**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 181-200, 2015.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227- 237, abr - jun 2015.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 2, p. 83-89, 2015.

GUIMARÃES, V. V. *et al.* Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 314-325, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2014.

IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Burden of Disease (GBD) Compare Data Visualization**, Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Acesso: maio 2019.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016.

LINS, A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013.

MEDEIROS FILHO, R. A. *et al.* Prevalência de comportamentos e fatores de risco para doenças cardiovasculares em população de hipertensos no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.90-96, jan/mar 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.90-96>

MITTELMANN, C. **Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos**. Trabalho de conclusão de curso de Educação Física. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-11, 2017.

NAM, S. K. *et al.* Waist circumference, body mass index, and disability among older adults in Latin American and the Caribbean. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 2, p. e40-e47, 2012.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de língua portuguesa: dados do “Global Burden of Disease”, 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.

NCD Risk factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. **The Lancet**, Reino Unido, v. 389, n. 1, p. 37-55, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5. Acesso em: mar. 2019.

- RAYMUNDO, A. C. N.; PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 811-819, 2014.
- REISDORFER, E. *et al.* Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 582-594, 2012.
- SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.
- SATO, S; DEMURA, S. Regional subcutaneous fat characteristics stratified by sex, age and obesity, and their relationships with total and visceral fat in a Japanese population. **Journal Physiological Anthropology**, Tokyo, v. 28, p. 231-238, 2009.
- STOMI, M.; KAESER, M.; LIEBERHERR, R. Swiss Health Survey 2012 Overview. **Health – Swiss Confederation**, Neuchâtel, p. 1-31, 2013.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1 supl.1, p. 1-51, 2010.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3 supl.3, p. 1-83, 2016.
- SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. São Paulo: Manole, 2015. p. 780-785.
- SILVEIRA, E. A. *et al.* Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.
- SILVEIRA, J. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013.
- SOUZA, R. K. T. D. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 435-44, set. 2013.
- SOUZA, B. B. *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1463-1472, 2019.

TURRELL, G. *et al.* Measuring sócio-economic position in dietary research: is choice of socioeconomic indicator important? **Public Health Nutrition**, v. 6, n. 2, p. 191-200, 2003.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARAÚJO, E. C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1711-1720, 2009.

WALTHER, D. *et al.* Hypertension, diabetes and lifestyle in the long-term – results from a Swiss population-based cohort. **Preventive Medicine**, v. 97, p. 56-61, abril 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516304212?via%3Dihub>

Acesso em: julho de 2019.

WHO. World Health Organization. **A Global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization. 40p. Disponível em:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/

Acesso em set. 2018.

4.2 ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA ENTRE INDIVÍDUOS DE 40 ANOS E MAIS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre a utilização de serviços de saúde e os hábitos de vida em indivíduos com hipertensão arterial (HA) residentes em Cambé-PR. Para tal, foi realizado um estudo transversal de base populacional com 487 pessoas de 40 anos e mais, participantes do projeto VIGICARDIO e que foram classificados com HA na primeira fase do estudo em 2011 e reentrevistados em 2015. O critério para estabelecimento de HA foi a comprovação do uso de anti-hipertensivo ou as médias das duas últimas medidas de pressão arterial (PA) alterada, ($\geq 140/90$ mmHg). Para a análise de dados foi utilizado o Modelo de Regressão Log-Linear de Poisson com estimação robusta, análise multivariada e cálculo de razão de prevalência (RP). Em 2015, as pessoas com quatro anos e mais de estudo que utilizaram serviços privados de saúde em casos não urgentes, apresentaram maior prevalência da prática de atividade física (RP Ajustada 1,416; IC 95% 1,014-1,978), menor consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes (RP Ajustada 0,889; IC 95% 0,825-0,958) e maior consumo de carnes com excesso de gordura (RP Ajustada 1,090; IC 95% 1,013-1,173). No estrato de menor escolaridade observou-se menor prevalência do hábito de fumar entre os que receberam visitas da ESF (RP Ajustada 0,159; IC 95% 0,043-0,588). Conclui-se que a utilização dos serviços de saúde teve pouca influência na adoção de alguns hábitos saudáveis, dessa forma estratégias devem ser implantadas para melhorar esses dados.

Palavras chave: Uso de serviços de saúde; Estilo de vida; Hipertensão.

ARTICLE 2: ASSOCIATION BETWEEN THE USE OF HEALTH SERVICES AND LIFESTYLE IN 40 YEARS AND OVER INDIVIDUALS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.

Abstract

The aim of this study was to verify the association between health service utilization and life style habits in individuals with hypertension living in Cambé-PR. For this purpose, a population-based cross-sectional study was performed, with 487 people aged 40 years and over, participants in the VIGICARDIO project, who were classified as hypertensive in the first phase of the study in 2011 and re-interviewed in 2015. The criterion for establishing hypertension was the use of anti-hypertensive or means of the last two altered blood pressure (BP) measurements ($\geq 140/90$ mmHg). The Poisson Log-Linear Regression Model with robust estimation, multivariate analysis and prevalence ratio (PR). In 2015, people aged four years and over of schooling who used private health services in non-urgent cases had a higher prevalence of physical activity (Adjusted PR 1,416; 95% CI 1,014-1,978), lower regular fruit and vegetables consumption (Adjusted PR 0.899; 95% CI 0.825-0.958) and higher consumption of excess fat meat (Adjusted PR 1.090; 95% CI 1.013-1.173).

In the lower education stratum there was lower prevalence of smoking between those who received visits from the FHS (Adjusted PR 0,159; 95% CI 0,043-0,588). It is concluded that the use of health services may have positively influenced the adoption of some habits, however strategies must be implemented to improve this data.

Key words: Health services; Life style; Hypertension.

Introdução

A HA tem elevada prevalência ao redor do mundo, atingindo, aproximadamente, um bilhão de pessoas. Dado este preocupante, em razão de sua associação com outros agravos, bem como o desenvolvimento de complicações altamente prevalentes como a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral (WHO, 2013). No Brasil, a prevalência de HA varia entre 22,0% a 44,0% entre os adultos, ultrapassa 50,0% entre os indivíduos com 60 a 69 anos e atinge 75,0% entre aqueles com mais de 70 anos, além de representar uma das principais causas de óbito no país (RASELLA *et al.*, 2014; SBC, 2016).

O controle da HA depende de uma série de fatores que envolvem o uso de medicamentos e a adoção de um estilo de vida saudável, com atividade física regular e dieta adequada, os quais são fortemente determinados pelas condições sociais, de vida e acesso aos serviços de saúde (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014).

A utilização dos serviços de saúde resulta da interação de inúmeros fatores e da capacidade de profissionais e gestores em fornecer subsídios para a construção de modelos de atenção que gerem melhorias na saúde da população. Não constitui tarefa fácil, pois o perfil de utilização de serviços de saúde congrega fatores sociais, culturais, epidemiológicos e de características do próprio serviço (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Bortoluz, Lima e Nedel (2016), ao pesquisarem as condições de saúde e a utilização de serviço de atenção primária entre hipertensos e/ou diabéticos, concluíram que o cuidado com os fatores de risco relacionados ao estilo de vida pode ser intensificado com melhor utilização dos recursos das unidades primárias de saúde, como a participação em grupos, visitas domiciliares e consultas com profissionais da saúde.

A oferta de programas que incentivam a prática de atividade física, a ingestão de alimentos saudáveis, bem como, o aconselhamento por profissionais de saúde, tem resultado na adoção de bons hábitos de vida. Os serviços de saúde trazem interferências positivas contribuindo para a melhora dos níveis de saúde de seus usuários (GIRALDO *et al.*, 2013; TOLEDO, ABREU, LOPES, 2013).

Assim, a identificação precoce de casos ou possíveis casos de indivíduos com HA e o estabelecimento do vínculo entre essas pessoas e as unidades de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo. A educação em saúde e a atuação integrada das equipes de saúde de modo a incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis podem evitar o surgimento e a progressão de complicações, melhorando a qualidade de vida, reduzindo internações hospitalares, bem como a mortalidade de indivíduos com HA. Considerando os pressupostos apresentados e a importância dos serviços de saúde na mudança do comportamento de vida da população, este estudo teve como objetivo analisar a associação entre a utilização de serviços de saúde e os hábitos de vida entre indivíduos com HA em município de pequeno porte.

Método

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com indivíduos de 40 anos e mais, com HA, residentes na área urbana de Cambé – PR e integrante de um projeto iniciado em 2011, denominado VIGICARDIO (SOUZA *et al.*, 2013).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), a estimativa de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Cambé-PR era de 85,0% com 24 equipes cadastradas e implantadas em 2011. No ano de 2015, a estimativa de cobertura era de 68,0% com média de 19 equipes implantadas (DAB, 2018).

A seleção deste município foi definida considerando seu porte médio, a possibilidade de abranger a área urbana em sua totalidade, a relativa estabilidade da população residente, a disponibilidade de dados populacionais atualizados, o apoio da Secretaria de Saúde e a baixa prevalência de verticalização das moradias, facilitando a execução deste trabalho.

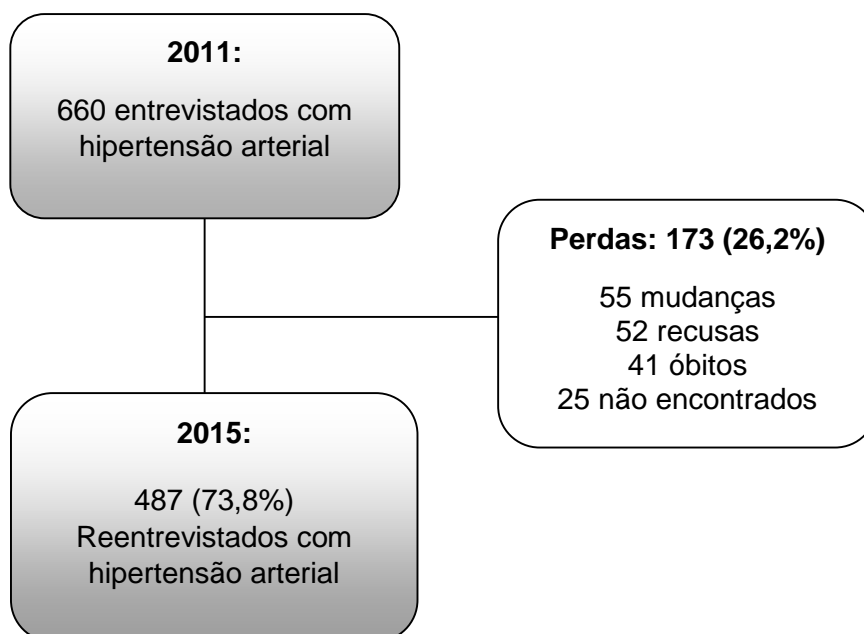
No *baseline*, o cálculo amostral foi baseado em dados da contagem da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007, momento em que residiam no município 92.888 habitantes, destes 33,1% com 40 anos e mais de idade. Foram excluídos os indivíduos com deficiência visual e ou auditiva grave não corrigida, ou com transtornos mentais que impedissem o entendimento dos procedimentos da entrevista, além daqueles que não compreendiam o idioma, desde que não estivessem sob a responsabilidade de um cuidador apto a fornecer informações solicitadas (SOUZA *et al.*, 2013).

Considerando-se uma margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50%, nível de confiança de 95%, acréscimo de 25% para eventuais perdas, recusas e arredondamentos, a amostra resultou em 1.339 participantes a serem entrevistados no ano de 2011. Abrangeram-se todos os setores censitários do município e para cada um foi estabelecido uma cota de entrevistas com base na distribuição populacional segundo sexo e faixa etária.

Para a definição dos indivíduos a serem entrevistados, foi utilizado um mapa geográfico em que as quadras foram numeradas para definição do ponto inicial do percurso por meio de sorteio. O percurso se deu em sentido anti-horário e o domicílio inicial também foi definido por sorteio, adotando-se o intervalo de 1:2. Nas situações em que mais de um morador fosse elegível para a entrevista, foi realizado sorteio para definição do entrevistado. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas domiciliares, medidas antropométricas e aferição de pressão arterial em três momentos da entrevista, e coleta de exames laboratoriais (SOUZA *et al.*, 2013).

Em 2011, foram entrevistados 1.180 indivíduos e destes, 660 classificados com HA (Figura 4). Para essa classificação considerou-se o uso de anti-hipertensivo comprovado pela apresentação de embalagem primária ou secundária, bula do medicamento, prescrição médica e/ou pela média das duas últimas medidas da pressão arterial alterada, respeitando-se os parâmetros de pressão arterial sistólica ≥ 140 mm Hg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg (SBC, 2010).

Em 2015, os participantes do projeto foram localizados para uma nova entrevista, compondo este estudo aqueles identificados com HA em 2011 e reentrevistados em 2015. Nesta fase, ocorreram 173 perdas, sendo 55 por mudança de endereço, 52 por recusa, 41 óbitos e 25 não encontrados após três tentativas, totalizando uma amostra final de 487 indivíduos (Figura 4).

Figura 4: Fluxograma da composição da população de estudo

Este estudo utilizou dados do seguimento, coletados por meio de um formulário estruturado com questões referentes à caracterização da população, hábitos de vida, utilização de serviços de saúde e medidas antropométricas.

As variáveis dependentes relacionadas aos hábitos de vida foram determinadas de acordo com os critérios adotados pelo inquérito nacional para Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) (BRASIL, 2010), exceto para a prática de atividade física em que foram consideradas a realização de atividades como caminhada, alongamento, dança, musculação, ginástica em academia, futebol, hidroginástica ou outros, no tempo livre, independente da frequência semanal e duração. Utilizou-se as seguintes variáveis: tabagismo, considerando tabagistas aqueles que referiram o hábito à época da entrevista; consumo abusivo de álcool, estabelecido pelo consumo de cinco ou mais doses entre os homens e quatro ou mais doses entre as mulheres em uma única ocasião, pelo menos uma vez, nos últimos 30 dias; consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes, sendo considerada a ingestão em cinco dias ou mais na semana, consumo de carnes com excesso de gordura, em que foram incluídos aqueles que referiram consumo de carne com excesso de gordura e/ou frango com pele.

Em relação às variáveis independentes, os entrevistados foram indagados quanto aos seguintes serviços de saúde: visitas realizadas por profissionais da ESF (sim e não), utilização de serviços públicos de saúde por meio de Unidade Básica de

Saúde (UBS) e ou serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS) em casos não urgentes (sim e não) e a utilização de serviços privados de saúde em casos não urgentes por meio de consulta médica particular ou convênio (sim e não).

As variáveis de ajuste utilizadas foram: sexo (feminino; masculino), idade, classificação econômica (melhor classificação econômica; pior classificação econômica), presença de diabetes *mellitus* (sim; não) e dislipidemia (sim; não). Para a situação econômica, utilizou-se o critério proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) baseada na classificação econômica da população pelo seu poder de compra utilizando-se de um sistema de pontuação (ABEP, 2014). Este estudo adotou o valor 25 como mediana do conjunto de pontos como ponto de corte, sendo classificado como pior classificação econômica os pontuados abaixo desse valor e melhor, os indivíduos com 25 ou mais pontos. A presença de diabetes *mellitus*, foi definida pelo uso de medicamentos antidiabéticos e/ou glicemia em jejum alterada, considerando-se alterada em indivíduos com valor igual ou superior a 126 mg/dl (7 mmol/L) conforme critério das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017). E para a dislipidemia, pelo uso de hipolipemiante ou alteração de exame laboratorial, considerado alterado os indivíduos com LDL-C ≥ 160 mg/dl e/ou triglicérides ≥ 150 mg/dl e/ou HDL-C < 50 mg/dl (mulheres) e < 40 mg/dl (homens) (SBC, 2010). Em ambos os casos, o uso do medicamento foi comprovado pela apresentação da embalagem primária ou secundária do mesmo, bula ou prescrição médica.

Em 2011, a coleta de dados ocorreu, exclusivamente, utilizando-se formulário impresso e digitados duplamente no programa Microsoft Excel® versão 2010. Foram comparados no programa *Spreadsheet Compare*. Em 2015, aproximadamente dois terços dos dados foram coletados em formulário impresso e o restante em formulário eletrônico disponível em *tablet* por meio da ferramenta *Open Data Kit (ODK) Collect*. As informações coletadas eram, concomitantemente, armazenadas em formato Excell® no servidor Ona, alocado em <https://ona.io/vigicardio> (ODK, 2016).

O processamento e a análise de dados foram realizados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Para a análise de associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida em indivíduos com HA, foi utilizado o Modelo de Regressão Log-Linear de Poisson com estimação robusta e análise multivariada com o cálculo da razão de prevalência (RP), considerando-se valor de $p < 0,05$. Foi realizada estratificação da população por anos de estudo em dois grupos: com quatro anos e mais e menos de quatro anos, para

verificar a interferência da escolaridade na associação entre os hábitos de vida e a utilização de serviços de saúde. Foram realizadas análises brutas e ajustadas para as variáveis sexo, idade, situação econômica, presença de diabetes *mellitus* e dislipidemia.

Os procedimentos deste estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob os pareceres CAAE nº 0192.0.268.000-10 em 2011 e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 em 2015. Todos os participantes que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 487 indivíduos com HA, 267 (54,8) eram mulheres. A média de idade em 2015 era de 61,2 anos (Desvio padrão = 10,0). Dentre estes entrevistados, 67,5% referiram residir com companheiro, 67,6% possuíam quatro anos ou mais de estudo, 66,1% pertenciam às classes econômicas C, D e E e 56,1% relataram não possuir trabalho remunerado.

No que se refere à utilização de serviços de saúde em casos não urgentes, mais de 80% dos indivíduos utilizavam a UBS e ou serviço especializado do SUS e um terço fazia uso de serviços privados. A visita domiciliar teve cobertura de, aproximadamente, 40% no geral, com maior frequência entre as mulheres (Tabela 4).

Tabela 4: Utilização de serviços de saúde entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial segundo sexo em Cambé – PR, 2015.

Utilização de serviços	Total		Sexo				Valor p
			Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Visita da ESF							
Sim	207	42,5	125	46,5	82	37,6	0,049
Não	280	57,5	144	53,5	136	62,4	
Utilização de serviços públicos de saúde em casos não urgentes							
Sim	405	83,2	227	84,4	178	81,7	0,422
Não	82	16,8	42	15,6	40	18,3	
Utilização de serviços privados de saúde em casos não urgentes							
Sim	162	33,3	90	33,5	72	33,3	0,920
Não	325	66,7	179	66,5	146	66,7	

Nas análises de associação de interesse (hábitos de vida e utilização de serviços de saúde) entre as pessoas com quatro anos e mais de estudo que referiram utilizar os serviços privados de saúde, relacionados à consulta médica particular e/ou convênio de saúde, observou-se uma prevalência maior de prática de atividade física (RP Ajustada 1,416; IC 95% 1,014-1,978), menor de consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes (RP Ajustada 0,889; IC 95% 0,825-0,958) e uma prevalência maior de consumo de carnes com excesso de gordura, referente ao consumo de gordura de carne e/ou pele de frango (RP Ajustada 1,090; IC 95% 1,013-1,173) (Tabela 5).

Entre as pessoas com menos de 4 anos de estudo que referiram ter recebido visita de profissionais da ESF, houve menor prevalência do hábito de fumar (RP Ajustada 0,159; IC 95% 0,043-0,588) (Tabela 6).

Tabela 5: Associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e 4 anos e mais de estudo em Cambé – PR, 2015.

	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool	Prática de atividade física	Consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes	Consumo de carnes com excesso de gordura
Visita da ESF					
n (%)	18 (13,5)	13 (9,8)	40 (30,1)	73 (54,9)	53 (39,8)
RP Bruta (IC 95%)	0,933 (0,541-1,611)	1,045 (1,005-1,087)*	0,970 (0,696-1,352)	0,945 (0,878-1,018)†	1,078 (1,006-1,156)*
RP Ajustada 1 (IC 95%)	0,917 (0,527-1,593)	1,026 (0,989-1,065)†	0,935 (0,668-1,308)	0,981 (0,914-1,052)	1,060 (0,988-1,137)†
RP Ajustada 2 (IC 95%)	0,913 (0,526-1,587)	1,029 (0,991-1,068)†	0,926(0,660-1,298)	0,987 (0,920-1,060)	1,070 (0,998-1,148)†
Utilização de serviços públicos de saúde em casos não urgentes					
n (%)	41 (15,4)	34 (12,8)	77 (28,9)	128 (48,1)	127 (47,7)
RP Bruta (IC 95%)	1,721 (0,763-3,884)†	1,054 (0,993-1,119)†	0,776 (0,540-1,115)†	1,060 (0,967-1,162)	0,972 (0,892-1,058)
RP Ajustada 1 (IC 95%)	1,601 (0,622-4,124)	1,036 (0,976-1,099)	0,809 (0,545-1,200)	1,047 (0,957-1,145)	0,952 (0,872-1,038)
RP Ajustada 2 (IC 95%)	1,595 (0,616-4,130)	1,036 (0,975-1,100)	0,799 (0,539-1,185)	1,097 (0,961-1,149)	0,956 (0,877-1,042)
Utilização de serviços privados de saúde em casos não urgentes					
n (%)	12 (9,3)	18 (14,0)	49 (38,0)	81 (62,8)	51 (39,5)
RP Bruta (IC 95%)	0,542 (0,292-1,005)	1,007 (0,966-1,050)	1,462 (1,062-2,013)*	0,867 (0,805-0,933)***	1,080 (1,007-1,159)*
RP Ajustada 1 (IC 95%)	0,630 (0,317-1,252)†	1,011 (0,969-1,055)	1,389 (0,993-1,943)†	0,893 (0,828-0,963)**	1,093 (1,015-1,178)*
RP Ajustada 2 (IC 95%)	0,636 (0,315-1,286)	1,012 (0,969-1,057)	1,416 (1,014-1,978)*	0,889 (0,825-0,958)**	1,090 (1,013-1,173)*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; †p<0,20; Razão de prevalência (RP); IC: Intervalo de Confiança 95%; RP ajustada 1: por sexo, idade e situação econômica; RP ajustada 2: por sexo, idade, situação econômica e presença de diabetes *mellitus* e dislipidemia.

Tabela 6: Associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida entre indivíduos de 40 anos e mais com hipertensão arterial e menos de 4 anos de estudo em Cambé – PR, 2015.

	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool	Prática de atividade física	Consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes	Consumo de carnes com excesso de gordura
Visita da ESF					
n (%)	2 (2,7)	1 (1,4)	15 (20,3)	32 (43,2)	35 (47,3)
RP Bruta (IC 95%)	0,240 (0,054-1,076)	1,012 (0,987-1,038)	0,954 (0,514-1,770)	1,045 (0,943-1,158)	0,962 (0,870-1,064)
RP Ajustada 1 (IC 95%)	0,201 (0,050-0,812)*	1,017 (0,991-1,043)	0,938 (0,496-1,774)	1,029 (0,930-1,139)	0,975 (0,882-1,077)
RP Ajustada 2 (IC 95%)	0,159 (0,043-0,588)**	1,017 (0,991-1,043)†	0,953 (0,511-1,779)	1,029 (0,930-1,138)	0,977 (0,885-1,078)
Utilização de serviços públicos de saúde em casos não urgentes					
n (%)	10 (7,2)	4 (2,9)	30 (21,6)	65 (46,8)	59 (42,4)
RP Bruta (IC 95%)	1,079 (0,148-7,858)	0,986 (0,972-1,000)*	1,619 (0,429-6,112)	0,999 (0,840-1,189)	1,125 (0,936-1,354)
RP Ajustada 1 (IC 95%)	1,068 (0,134-8,506)	0,995 (0,983-1,007)	1,712 (0,443-6,607)	0,966 (0,809-1,152)	1,158 (0,975-1,376)†
RP Ajustada 2 (IC 95%)	1,305 (0,136-12,568)	0,994 (0,981-1,007)	1,664 (0,438-6,328)	0,975 (0,817-1,163)	1,154 (0,971-1,371)†
Utilização de serviços privados de saúde em casos não urgentes					
n (%)	2 (6,1)	1 (3,0)	7 (21,2)	17 (51,5)	16 (48,5)
RP Bruta (IC 95%)	0,815 (0,185-3,590)	0,997 (0,965-1,031)	1,027 (0,488-2,162)	0,961 (0,845-1,092)	0,965 (0,851-1,094)
RP Ajustada 1 (IC 95%)	0,845 (0,191-3,732)	0,987 (0,955-1,021)	0,987 (0,472-2,062)	0,991 (0,872-1,127)	0,937 (0,831-1,056)
RP Ajustada 2 (IC 95%)	0,579 (0,146-2,297)	0,988 (0,958-1,020)	1,057 (0,499-2,237)	0,981 (0,865-1,112)	0,947 (0,839-1,069)

*p<0,05; **p<0,01; Razão de prevalência (RP); IC: Intervalo de Confiança 95%; RP ajustada 1: por sexo, idade e situação econômica; RP ajustada 2: por sexo, idade, situação econômica e presença de diabetes *mellitus* e dislipidemia.

Discussão

Este estudo revelou maior prevalência na prática de atividade física e no consumo de carnes com excesso de gordura e menor prevalência no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes entre os indivíduos com 4 anos e mais de estudo que referiram utilizar os serviços privados de saúde em casos não urgentes. No estrato de menor escolaridade, houve maior prevalência do hábito de fumar entre aqueles que referiram ter recebido visita de profissionais da ESF.

A associação negativa entre o consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes e a utilização de serviços privados de saúde foi observada também por um estudo que constatou alimentação inadequada na população beneficiária de planos de saúde, tendo apenas 22,0% respeitado a recomendação adequada de consumo desses alimentos (MALTA *et al.*, 2011).

Considerando que o consumo regular de frutas, verduras e legumes auxilia na prevenção de doenças crônicas, com redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida, é essencial o desenvolvimento de políticas públicas e programas de promoção da saúde com estratégias que estimulem a sua ingestão adequada (SILVEIRA *et al.*, 2015), mesmo na população não dependente de serviços públicos de saúde. Por outro lado, Silva e Claro (2019) revelam uma tendência crescente na prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças, de 2008 a 2016, na maioria dos estratos populacionais.

Embora este estudo tenha demonstrado um menor consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes no estrato com maior nível de escolaridade, outros estudos revelam o oposto, em que homens e mulheres com maior escolaridade apresentaram maior consumo desses alimentos (LINS *et al.*, 2013; SILVEIRA *et al.*, 2015; DAMIANI; PEREIRA; FERREIRA, 2017; SOUZA *et al.*, 2019).

Quanto a associação entre utilização de serviços privados de saúde e o maior consumo de excesso de gordura de carne e/ou pele de frango, esta relação é verificada também por Malta *et al.* (2011), que mostrou que a população beneficiária de planos de saúde não cumpre com a recomendação de boas práticas alimentares, em que aproximadamente, um terço de seus entrevistados consumia carne com gordura.

Quanto à prática de atividade física, sua maior frequência esteve associada àqueles que utilizavam os serviços privados de saúde em casos não urgentes. Esses

dados corroboram com os resultados encontrados em um estudo que analisou tendências dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis segundo posse de planos de saúde, e encontrou maior frequência da prática de atividade física na população filiada a algum plano privado de saúde (MALTA; BERNAL; OLIVEIRA, 2015). Esses resultados coincidem também com os encontrados por Valle *et al.* (2017) e Ribeiro *et al.* (2016), em que as pessoas usuárias de plano de saúde praticavam mais atividade física em relação as não usuárias.

Diversos estudos apontam que o nível socioeconômico interfere na prática de atividade física como o apresentado por um estudo que avaliou a associação entre o perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos e verificou que 67,1% dos idosos ativos pertenciam aos níveis socioeconômicos mais altos, A, B1 e B2 (MODENEZE *et al.*, 2013). Tassitano *et al.* (2015), relata que o aumento da prática de atividade física pode estar relacionado a melhores condições econômicas em que essas pessoas tem acesso a espaços privados para desenvolver essas atividades. Nesse contexto, possivelmente o poder aquisitivo elevado e a filiação a planos privados de saúde favoreçam uma frequência maior de atividade física no lazer por residirem em áreas mais adequadas para a prática (POWELL *et al.*, 2006).

Em relação aos entrevistados com menos de 4 anos de estudo que referiram ter recebido acompanhamento pela ESF, houve associação positiva com o hábito de fumar. Esta menor prevalência de tabagismo no estrato de menor escolaridade é coincidente com o encontrado por Malta *et al.* (2015), que constatou redução do tabagismo em todas as faixas de escolaridade, sendo maior (19,7%) na faixa de menor escolaridade, bem como, menor redução (8,7%) entre pessoas com nível superior completo.

Apesar da pequena quantidade de pessoas associada a menor prevalência do hábito de fumar, estes dados reforçam a importância da visita domiciliar como instrumento ideal para a educação em saúde, permitindo a ligação entre o usuário dos serviços e a equipe, por meio da identificação da realidade da família, seus problemas e necessidades pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (COSTA *et al.*, 2013). É fundamental o estabelecimento de uma rede de assistência que congregue os serviços da rede básica de saúde, por meio das unidades básicas e do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2003).

Cabe salientar que, a utilização de serviços de saúde é resultante de um conjunto de determinantes que incluem doenças crônicas, fatores sociodemográficos,

comportamentais e relacionados à saúde. As necessidades individuais, a oferta de serviços e a cobertura por serviço público ou privado também influenciam o consumo de serviços de saúde (IBGE, 2015; STOPA *et al.*, 2017).

Por outro lado, existe a compreensão de que o estilo de vida deriva de processos dialógicos, históricos, de globalização, homogeneização e de comportamentos cada vez mais presentes nos dias atuais (COCKERHAM, 2014). Os comportamentos são opções feitas pelos indivíduos que podem ser condicionados por acesso a informações e serviços, bem como padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (MADEIRA *et al.*, 2018).

A obtenção dos dados por meio de inquérito de base populacional, representa um aspecto relevante no presente estudo por agregar informações sobre os problemas de saúde na população. Na ótica da vigilância da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares, os resultados aqui apresentados colaboram para o monitoramento dos fatores de risco, bem como, a obtenção de dados epidemiológicos que indiquem a cobertura dos serviços e acompanhamento da população mais vulnerável.

Algumas limitações podem ser destacadas, dentre elas, a ocorrência de possível viés de informação em virtude de serem respostas autorreferidas em que os entrevistados podem ter relatado comportamentos saudáveis e não condizentes com a realidade. Outra limitação refere-se à faixa etária, pela dificuldade de se estabelecer relações com outros estudos devido a maioria considerar a partir de 18 anos ou idades mais avançadas. Entretanto, ressalta-se a importância da faixa etária abordada por este estudo, que compreende adultos de idade intermediária à idosos, uma vez que os resultados aqui apresentados mostram que este estrato da população necessita de atenção dos serviços de saúde para uma maior adesão aos bons hábitos de vida.

Conclusão e considerações finais

Pode-se concluir que a utilização dos serviços de saúde apresentou associação positiva mais relevante com a prática de atividade física entre os usuários de serviços privados de saúde. Na associação do hábito de fumar com a visita da ESF, embora tenha se mostrado significativa teve pouco representatividade. Os

demais hábitos de vida apresentaram associação negativa em relação a utilização dos serviços de saúde.

Apesar da utilização dos serviços de saúde ser considerada parcela fundamental na adoção de hábitos de vida saudáveis, este estudo mostrou que esta apresentou pouca influência. Dessa forma, o incremento de políticas públicas por meio de práticas educativas que incentivem bons hábitos alimentares, a prática de atividade física, o controle do tabagismo, bem como, o monitoramento e a avaliação periódica das intervenções de prevenção e controle da HA necessitam ser intensificadas

Desta forma, considera-se importante investir no conhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis, especialmente aqueles que tiveram menos acesso à educação, ampliando seu acesso aos serviços de saúde e a manutenção de atividades já desenvolvidas no município à exemplo da prática comunitária de cultivo de hortaliças, além de implantação e implementação de programas que invistam em determinados estratos sociais que, apesar de possuir mais instrução e plano privado de saúde não apresentam adesão às boas práticas de saúde conforme revelado por este estudo.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de Classificação Econômica. **Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, 2014**. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2019.

BORTOLUZ, S.; LIMA, L. A.; NEDEL, F. B. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 156-166, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COCKERHAM, W. C. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031-1039, 2014.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

DAB. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: ago 2018.

DAMIANI, T. F.; PEREIRA, L. P.; FERREIRA, M. G. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 369-382, 2017.

GIRALDO, A. E. D. *et al.* Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica do município de Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.18, n. 2, p. 186-196, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização de serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2015.

LINS, A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013.

MADEIRA, F. B. *et al.* Estilos de vida, *habitus* e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 2011-2022, 2011.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; OLIVEIRA, M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1005-1016, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Tendência de fumantes na população brasileira segundo a Pesquisa nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 45-56, 2015.

MODENEZE, D. M. *et al.* Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre-RS, v. 18, n. 2, p. 387-399, 2013.

ODK. **OpenDataKit**. 2016. Disponível em: < <<https://opendatakit.org/>> >. Acesso em: ago 2018.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013.

POWELL, L. M. *et al.* Availability of physical activity-related facilities and neighborhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study. **American Public Health**, v. 96, p.1676-1680, 2006.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **The BMJ**, 348: g4014, p. 1-10, 2014.

RIBEIRO, A. Q. *et al.* Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 483-493, 2016.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 1, p. 531-538, 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3 supl.3, p. 1-83, 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. **Princípios básicos: avaliação, diagnóstico e metas de tratamento do diabetes mellitus**. São Paulo: Ed. Clannad, 2017. cap. 1, p. 11-50.

SILVA, L. E. S.; CLARO, R. M. Tendências temporais do consumo de frutas e hortaliças entre adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 1-13, 2019.

SILVEIRA, E. A. *et al.* Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.

SOUZA, B. B. *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1463-1472, 2019.

SOUZA, R. K. T. D. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 435-44, set. 2013.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 1-11, 2017.

TASSITANO, R. M. *et al.* Tendência temporal de indicadores da prática de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Nordeste do Brasil: 2006-2013. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas-RS, v. 20, n. 2, p. 152-164, 2015.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013.

VALLE, E. A. *et al.* Comportamentos em saúde e exames preventivos entre adultos filiados ou não a planos de saúde na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003-2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-13, 2017.

WHO. World Health Organization. A Global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. **World Health Day 2013**. Geneva: 2013. 40p. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/ Acesso em set. 2018.

5. CONCLUSÕES

A presente pesquisa permitiu obter as conclusões abaixo, baseadas em diferentes critérios de análise adotados para atender os objetivos desta tese. Primeiramente, um estudo de comparação que revelou mudanças nas prevalências dos hábitos de vida dos indivíduos com HA entre os anos de 2011 e 2015, residentes em município de médio porte. E outro, que identificou associação entre utilização dos serviços de saúde e hábitos de vida, em 2015, nessa mesma população.

Dentre os 487 entrevistados de 40 anos e mais, 54,8% eram mulheres, com idade média em 2011 de 57,3 anos e em 2015 de 61,2 anos. Predominaram indivíduos que referiram morar com companheiro, possuíam 4 anos e mais de estudo, tinham trabalho remunerado e pertenciam a uma classe social mais baixa.

A prevalência dos hábitos de vida apresentados pelas mulheres foi melhor, com menor frequência de tabagismo, de consumo abusivo de álcool, de consumo de carnes com excesso de gordura e maior frequência no consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes. Entre os homens, foram observadas melhores prevalências de IMC e circunferência de cintura.

Quanto as mudanças nos hábitos de vida, após quatro anos de seguimento, observaram-se redução do consumo abusivo de bebida alcoólica e aumento do consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes entre pessoas com quatro anos e mais de estudo. As mudanças dos hábitos de vida entre pessoas com HA e maior nível de escolaridade se mostraram mais favoráveis.

A utilização de serviços privados de saúde em casos não urgentes pelas pessoas com quatro anos e mais de estudo apresentou associação com maior prevalência da prática de atividade física, menor consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes e maior consumo de carnes com excesso de gordura.

No estrato de menor escolaridade, houve associação entre visita de profissionais da ESF e menor prevalência do hábito de fumar.

Pode-se concluir que as mudanças nas prevalências dos hábitos de vida após quatro anos foram significativas entre as pessoas com HA com maior nível de escolaridade. Na utilização de serviços de saúde, os serviços privados estiveram associados a prevalência de hábitos não saudáveis, com exceção da prática de

atividade física que foi maior, e entre os serviços públicos, a associação foi positiva ao apresentar redução do tabagismo entre pessoas visitadas pela ESF.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa permitiram o conhecimento e acompanhamento das pessoas com HA em relação à adoção de hábitos de vida saudáveis, bem como, a influência dos serviços na promoção da saúde.

Dentre cinco variáveis relacionadas aos hábitos de vida saudáveis analisados, três apresentaram aumento em sua prevalência. Assim, ainda que os serviços não estejam atendendo adequadamente as necessidades dos usuários na promoção à saúde cardiovascular, esses achados mostram que houve melhora.

Após quatro anos, ocorreram mudanças com menor consumo abusivo de álcool e maior consumo regular de frutas e de verduras e/ou legumes. Tais resultados podem ser compreendidos pelo fato da população com mais escolaridade ter maior conhecimento sobre os fatores de risco e ter um melhor comportamento em relação aos seus cuidados de saúde.

A prevalência dos hábitos de saúde apresentada por este estudo em dois momentos distintos, revelou que as mulheres apresentaram resultados significativamente melhores em relação aos homens, tanto em 2011 quanto em 2015. Nesse aspecto, as diferenças apresentadas contribuem para a reflexão do desenvolvimento de ações que possibilitem uma melhor cobertura dos serviços de saúde a diferentes grupos populacionais, reduzindo as iniquidades.

Na associação entre utilização de serviços de saúde e hábitos de vida, os usuários de serviços privados de saúde com grau de instrução mais elevado tiveram maior prevalência de prática de atividade física, bem como, menor prevalência de tabagismo entre os acompanhados pela ESF entre os de menor grau de instrução.

Diante disso, reforça-se a importância do planejamento e implantação de políticas públicas de promoção à saúde e prevenção de agravos, uma vez que alguns estratos da sociedade não estão sendo cobertos adequadamente pelos serviços de saúde para que haja mudanças nos hábitos de vida.

Apesar de ser do conhecimento das pessoas que a prevenção de fatores de risco e a incorporação de hábitos saudáveis favoreçam a boa saúde, a orientação sobre os benefícios da adoção de um estilo de vida mais saudável por parte de profissionais da saúde ainda permanece insuficiente para que essas pessoas modifiquem suas atitudes. As pessoas com mais escolaridade e cobertas por planos de saúde ou com acesso a serviços privados de saúde, carecem de um controle mais intensivo e de uma assistência continuada para a adesão a hábitos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério de Classificação Econômica. **Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, 2011**. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2019.
- ABEP. Critério de Classificação Econômica. **Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, 2014**. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2019.
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4 ed. São Paulo: 2016.186p.
- ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- ARAÚJO, M. A.; PAES, N. A. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no programa de saúde da família e sua associação com fatores de risco. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1030-1040, 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p. (Coleção Temas em Saúde). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 27, n. 9, p. 1864-1867, set 2011.
- AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v. 26, n. 8, p. 1005-1010, 2014.
- BARROS, C. R. *et al.* Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 57, n. 1, p. 7-18, 2013.
- BONITA, R. *et al.* Country actions to meet UM commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. **The Lancet**, v. 381, p. 575-584, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237149442_Bonita_et_al_NCD_Stepwise_Country_actions_Lancet_2013 Acesso em fev. 2019.
- BORGES, K. C. S.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. **Interface**, v. 16, n. 43, p. 119-121, out/dez 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 37, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 35, 2014d. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). **Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL BRASIL 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 1. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PnaPS: revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS: anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**, Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Datasus. Informações de Saúde. CNES – Estabelecimentos de saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpr.def>. Acesso em: maio 2019c.

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/obt10pr.def>. Acesso em: abril 2019b.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em maio de 2019.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59,13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2018.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun, 2013.

CARVALHO, C. J. *et al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 2, p. 124 – 133, 2016.

CHOW, C. K. *et al.* Association of diet, exercise and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. **Circulation**, v. 121, p. 750-758, 2010.

COCKERHAM, W. C. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031-1039, 2014.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

DAB. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2018. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: ago 2018.

DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal**, v. 328, p. 1519, 2004.

FERNANDES, B. L. V. Atividade física no processo de envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, ano IV, p. 43-48, 2014.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSOS, M. H. C. A. Does sedentarism kill? Study on comments by readers of a Brazilian online newspaper. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 15-28, 2017.

FRIESTINO, J. K. O. *et al.* Mortalidade por câncer de próstata no brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.3, p.688-701, jul-set, 2013.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015.

GBD. Global Burden of Disease Study 2013. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 386, issue 9995, p. 743-800, jun. 2015.

GBD. Global Burden of Disease 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional and national age-sex-specific from 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736-1788, nov. 2018a.

GBD. Global Burden of Disease 2017 Mortality Collaborators. Global, regional and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, issue 10159, p. 1684-1735, nov. 2018b.

GHORAYEB, N. *et al.* Relação entre atividade física e redução dos níveis pressóricos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v. 22, n. 1, p. 13-17, 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e sistemas de saúde. In: TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 121-142.

GIRALDO, A. E. D. *et al.* Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica do município de Rio Claro, SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.18, n. 2, p. 186-196, 2013.

GRADELLA, M. H. F.; GAMARRA, C. J.; SIBIM, A. C. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Estado do Paraná e Foz do Iguaçu, 1980 a 2013. **Anais EICTI 2016**. Trabalho apresentado 5º Encontro de Iniciação Científica, 1º Encontro ao Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Foz do Iguaçu, 2016.

GRAGNOLATI, M; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. **The World Bank**, Washington, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, Ministério da saúde, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização de serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cambe/panorama>. Acesso em: março de 2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Cambé**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86180> Acesso em: 2018.

LADAPO, J. A. *et al.* Projected cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 38, p.39-45, 2011.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 38, p.1-11, 2015.

MADEIRA, F. B. *et al.* Estilos de vida, *habitus* e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018.

MALTA, M. B.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-384, 2013.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, suppl PeNSE, p. 244-251, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015c.

MALTA, D. C. *et al.* Estilos de vida nas capitais brasileiras Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não transmissíveis por Inquérito Telefônico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 18 supl. 2, p. 68-82, 2015b.

MALTA, D. C. *et al.* Tendência de fumantes na população brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 45-56, 2015a.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1:4s, p. 1s-10s, 2017.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres e homens nas cinco regiões do Brasil, 1980-2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 2, p. 137-146, 2016.

MARTEN, R. *et al.* An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS). **The Lancet**, v. 384, n. 1, p. 248-261, 2014.

MOZAFFARIAN, D. *et al.* American Heart Association Statistics Committee and a Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2016 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. v. 133, n. 4, p. 447-454, 2016.

ODK. **Open Data Kit**. 2016. Disponível em: <https://opendatakit.org/>. Acesso em: ago 2018.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V. Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 38, n. 5, p.370-379, 2015.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **The BMJ**, 348:g4014, p. 1-10, 2014.

ROCHA, C. M. A industrialização do município de Cambé-PR, de 1990 a 2010. **Anais do VII CBG**. Trabalho apresentado VII Congresso Brasileiro de Geógrafos em Espírito Santo, 2014. p. 1-12.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 1, p. 531-538, 2014.

ROMBALDI, A. J. *et al.* Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1513-1521, 2014.

ROTH, G. A. *et al.* Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. **Circulation**. 132 p. 1667-1678, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol, M. Z; Goldbaum, M; Santana, E. W. P. **Epidemiologia e saúde**. 7ªed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Capítulo. 2, p.11-24.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3 supl.3, p. 1-83, 2016.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção de aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 109, n. 1, p. 1-92, 2017.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. **Classificação e diagnóstico do diabetes mellitus**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. p.19-26.

SILVEIRA, J. *et al.* Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013.

SOUSA, M. G. Tabagismo e hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 22, n. (3): 78-83, 2015.

SOUZA, R. K. T. D. *et al.* Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 435-444, set. 2013.

STEAD, L. F.; BERGSON, G.; LANCASTER, T. Physician advice for smoking cessation. **Cochrane Database Syst. Rev.** v. 2, 2008.

TEIXEIRA, V. B. D. *et al.* Transição Nutricional no Estado de Minas Gerais em 1974 e 2009: um estudo com enfoque na população idosa. **Revista Brasileira de Educação e Cultura**. n. 17, p. 1-24, jan-jun, 2018.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, 2013.

TREFF JÚNIOR, C. A. **A atividade física no lazer e no deslocamento, associado com a hipertensão arterial no Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)**. São Paulo. Apresentada como dissertação de mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2015.

TURI, B. C. *et al.* Prática de atividade física, adiposidade corporal e hipertensão em usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 925-937, 2014.

VIACAVA, F.; BELIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016.

WEBER, M. A. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community; a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.

WHO. World Health Organization. **A Global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis**. World Health Day 2013a. Geneva: World Health Organization. 40p. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/ Acesso em set. 2018.

WHO. World Health Organization. **A Glossary of terms for community care and services from older persons**. WHO Centre for Health Development: ageing and health technical report. Geneva: 2004. v. 5. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em out. 2018.

WHO. World Health Organization. **Capacity building for tobacco control training package 4: strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care**. Geneva: World Health Organization, 2013c. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/ Acesso em nov. 2018.

WHO. World Health Organization. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013b. 103p. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> Acesso em set. 2018.

WHO. World Health Organization. **Global health observatory data. NCD mortality and morbidity**. Geneva: World Health Organization, 2018b. Disponível em: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ Acesso em out 2018.

WHO. World Health Organization. **Health topics: chronic diseases**. Geneva: World Health Organization, 2018a. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ Acesso em out 2018.

WHO. World Health Organization. **Hearts: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Healthy-lifestyle counselling**, 2018e. Disponível em: <http://apps.who.int/bitstream/handle/10665/260422/WHO-NMH-NVI-18.1-eng.pdf?sequence=1&ua=1> Acesso em nov 2018.

WHO. World Health Organization. Media Centre. **Healthy diet: fact sheet n 394**. Geneva: 2015. <http://apps.who.int/iris/mediacentre/factsheets/fs394/en/> Acesso em nov. 2018

WHO. World Health Organization. **Physical activity: fact sheet**. Geneva: 2018d. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> Acesso em jul. 2019.

WHO. World Health Organization. **Salt reduction: fact sheet**. Geneva: 2016. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction> Acesso em jul. 2019.

WHO. World Health Organization. **Who Framework Convention on Tobacco Control**. Geneva: 2003. 36p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> Acesso em nov. 2018.

WHO. World Health Organization. **Who Global status report on alcohol and health**. Geneva: 2018c. 450p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> Acesso em jul. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados: VIGICARDIO 2011

Instrumento de coleta de dados 2011- para consulta de variáveis

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil
de risco, terapia medicamentosa e complicações**

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DA COLETA



Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):




<input type="checkbox"/> Recusa	<input type="checkbox"/> Perda	<input type="checkbox"/> Exclusão	Motivo:
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___			Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Nome:*		Código:	

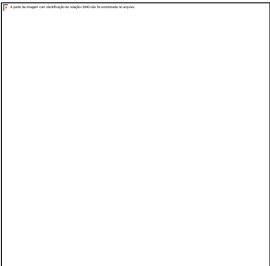
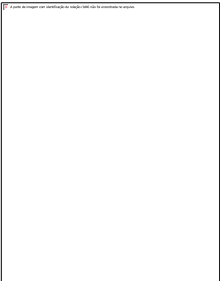
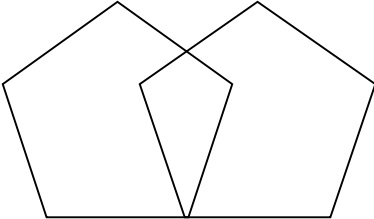
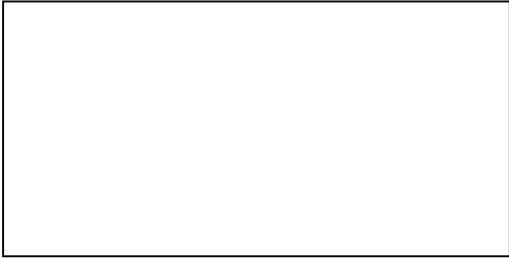


Para todos os indivíduos:

<u>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</u>									
1. Qual é o seu Estado Civil?* (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV								
2. Você se considera da cor ou raça: (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR								
3. Quantos anos completos você estudou?* [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	ESTU
Analfabeto	0 anos								
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos								
1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos								
2º grau ou ensino médio	11 anos								
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1								
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2								
6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:									
6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10								
6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11								
6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12								
6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13								

7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam		SOL2
8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1
9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer: (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2
10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias: (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1
11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTA PESQUISA SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA. NÃO SE PREOCUPE EM RESPONDÊ-LAS.		
12. Quantos trabalhos você exerce atualmente?* []  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?* (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?*		TR3
15. Nesse trabalho você é:* (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:*	S/N	Há quanto tempo (anos)?
		PB1






A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB11	
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB12	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB13	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB14	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB15	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB16	
A7. Indústria da borracha				PB17	
17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:*		S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?	
 Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?					
A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20	
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25	
A7. Indústria da borracha				PB26	
18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?* (1) Sim (2) Não				PB30	
 Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31	
19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?* (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40	
 Se SIM: 19.1* . Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []				PB41	
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5) Outros				COM	
21. Classe econômica:*				ABEP	
	Número de Itens				
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3	4+
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
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?					




<p>27. Linguagem: 27.1 Por favor, repita o que vou dizer. Certo? Então repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" Resposta correta []</p>	1 ponto
<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte: O que é isso? O que é isto?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>()</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>()</p> </div> </div> <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada tarefa
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <h1 style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</h1> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr/> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)

29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL	MM





➡ Para todos os indivíduos

<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</u>	
30. O(a) Sr(a) Fuma?* (1) Sim (2) Não ➡ Se NÃO , pule para a questão 33	FUM1
➡ Se SIM : 30.1. Qual a frequência?* (1) Diariamente (2) Ocasionalmente	FUM2
➡ Se DIARIAMENTE : 30.2. Quantos cigarros por dia?* []	FUM3
31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (0) Não lembra	FUM4
32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM5
33. O Sr (a) já fumou?* (1) Sim (2) Não	FUM6
➡ Se SIM : 31.1. Que idade o senhor (a) tinha quando parou de fumar? [] anos	FUM7
34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?* (1) Sim (2) Não ➡ Se NÃO , pule para a questão 35	ALC1
➡ Se SIM : 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica? * (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
➡ Se SIM : 32.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu?* []	ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.	

35. Em uma semana normal (típica) o sr.(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?* (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 38				EX1
 Se SIM : 36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:*				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?* (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX5
38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX6
39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:* (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso				EX8
41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?* (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 43				EX9
42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.				EX10
VOU AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES				
43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL1







44. 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), sem contar batata, mandioca ou inhame?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias		AL2
45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 46		AL3
45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:* (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura		AL4
46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 47		AL5
46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:* (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango		AL6
47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 48		AL7
47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?* (1) Integral (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos (99) Não sabe		AL8
<u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u>		
48. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador		RES
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE, COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO.		
49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	Se SIM: (2) Com dificuldade	CF1
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF2
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF3






<p>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão		CF4
<p>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa		CF5
<p>49.6. Para urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento		CF6
<p>49.7. Para fazer cocô (defecação) (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(3) Incontinência frequente (4) Incontinência total		CF7
<p>50. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</p> <p>(2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>			CF10
<p>51. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para andar pela casa ou chegar ao elevador (no caso de morar em apartamento)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa:</p> <p>(2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar (5) Não anda</p>			CF11
<p>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar? (1) Bengala simples (2) Trípode (3) Quadrípode (4) Andador</p>			CF111
<p>52. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para caminhar fora de casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa:</p> <p>(2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável (4) Utiliza CR com dificuldade (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>			CF12
<p>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Instala sozinho (3) Instala com dificuldade (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso</p>			CF13

(5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa	
<p>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar?</p> <p>(1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)</p> <p>(2) Desloca-se sozinho em CR</p> <p>(3) Desloca-se com dificuldade em CR</p> <p>(4) Precisa que alguém empurre a CR</p> <p>(5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p> Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas?</p> <p>(1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF142
<p>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione</p> <p>(4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa</p> <p>(5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs)</p> <p>(3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs</p> <p>(4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza:</p> <p>(1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo</p> <p>(3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos</p> <p>(4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF212





<p>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a): (2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos (4) Não comunica</p>	CF22
<p>59.1.1. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação? (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a): (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente (4) Amnésia quase total</p>	CF30
<p>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está: (2) Algumas vezes desorientado (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares (4) Desorientação completa</p>	CF31
<p>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a): (2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas? (1) Sim (pule para a questão seguinte) () Não</p> <p>↪ Se NÃO, 62.1. O(a) Sr (a): (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33
<p>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta: (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo</p>	CF34




(3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir		
65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:	Nível:	
65.1. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	Se SIM: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza (4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas (5) Não faz	CF40
65.2. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF41
65.3. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF42
65.4. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF43
66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim ↪ Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone		CF44
67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim ↪ Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca		CF45
68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim ↪ Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a): (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro		CF46



BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?* (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra	PS1
 Se SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura?*	PS2
(1) parcial (co-participativo) (2) integral	
70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?* (1) Sim (2) Não	SUS
 Se NÃO , pule para a questão 74	
71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	PSF1
72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ACS
 Se SIM, 72.1: Com que frequência? [] visitas/mês*	ACS1
73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?* (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	PSF2
74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MED1
 Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?*	MED2
[]	
74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?* []	MED3
74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 Se SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?*	INT2
_____ (99) Não sabe/lembra	
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	DNT1
 Se NÃO pule para a questão 82	
78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?* (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?* (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:* (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração	DNT4

(4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	
81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
82. Você já perdeu algum dente? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 84	SB1
 Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []	SB2
83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
 Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte: (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
84. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (1) Sim (2) Não	SB5
85. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
86. Você tem observado sangramento na gengiva: (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7
87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
 Se SIM: 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []	SB9
88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente  Se NÃO pule para a questão 92	SB11
90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL	
93. Como você classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde, agora:	EST2

(1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior					
95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde, agora: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior		EST3			
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS . SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.					
96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar []		SON1			
97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos []		SON2			
98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar []		SON3			
99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? Horas de sono por noite []		SON4			
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim		SON6			
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana		SON7			
102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)	
102.1. Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a
102.2. Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b
102.3. Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c
102.4. Não consegui respirar confortavelmente					SON5d
102.5. Tossiu ou roncou forte					SON5e
102.6. Sentiu frio					SON5f
102.7. Sentiu calor					SON5g
102.8. Teve sonhos ruins					SON5h
102.9. Teve dor					SON5i
102.10. Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib

112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	Sim/Não	HA
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
112.3 Colesterol elevado?		CT
112.4 Angina?		AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
 Se SIM , há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
112.9 Doença pulmonar?		DP
112.10 Fratura de quadril?		FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
112.12 Problema na coluna?		COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
112.14 Depressão?		DEP
112.15 Outras? Qual(is):		DOT
 SOMENTE MULHERES:		
112.20 Tem ovário micropolicístico?		OMP
112.21 A Sra ainda menstrua? (1) Sim (2) Não  Se Não , pule para a questão 113		MP
112.22 Esta gestante no momento?		GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?		LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não		MSUB
 Se AFIRMOU alguma doença: 114. Você utiliza remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não		TRAT1

 Se NÃO pule para a questão 117	
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se SIM : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []	QUE2
117.2. Onde? _____	QUE3
<u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 131	TRAT2
119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho (pule para a próxima questão) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47
120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	RAM
121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ROT
122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR1
123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR2
VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <u>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</u> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.	

124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não	ADS3
125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS4
126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS5
127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de toma-la? (1) Sim (2) Não	ADS6
128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: []	ADS7
129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado?*(1) Sim (2) Não	ACE1
 Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?* (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra	ACE2
AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.</u> (PAUSA).	
130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?* (1) Sim (2) Não  Se SIM: Copie as informações sobre o tratamento (Nome do medicamento, posologia, duração do tratamento, ações requeridas e instruções de uso) APENAS da receita MAIS RECENTE: () Receita com problemas de legibilidade	REC
RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO	

<u>BLOCO 7 – MEDIDAS</u>	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA

136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas:_____

APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados: VIGICARDIO 2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIGICARDIO 2011-2015

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:		Código:
Data de Nascimento:	Celular:	
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto		
Data da Entrevista:		

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO




Rua:		
Setor Censitário:	N°:	Complemento:
Mudou de endereço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Novo Endereço: Rua:		
N°:	Complemento:	
Telefone:	Obs:	
Email:		





INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa	<input type="checkbox"/> Perda	<input type="checkbox"/> Exclusão
Motivo:		
Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		










CONTATOS PARA ENCONTRAR A PESSOA NO FUTURO - SEGUIMENTO


Nome/Relação	Endereço	Fone
--------------	----------	------




70. Quantos anos completos o(a) senhor(a) estudou? []		ESTU															
<table border="1"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td>0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td>4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo</td> <td>8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td>11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td>15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>15 + 2</td> </tr> </table>		Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2		
Analfabeto	0 anos																
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos																
1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos																
2º grau ou ensino médio	11 anos																
Ensino superior	15 anos																
Especialização	15 + 1																
Mestrado	15 + 2																
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.																	
71. O(a) senhor(a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não		TR1															
 Se NÃO: 3.1 Como o(a) senhor(a) se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado (4) Auxílio doença (5) Outros  Pule para a questão 7		TR2															
72. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho (ocupação) principal?		TR3															
73. Nesse trabalho o(a) senhor(a) é: (1) Empregado formal (carteira de trabalho) (2) Empregado informal (3) Autônomo/Conta própria (4) Não remunerado		TR4															
74. O(a) Sr(a). Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1														
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11														
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12														
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13														
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14														
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15														
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16														
A7. Indústria da borracha			PB17														
75. O(a) Sr(a). já trabalhou com alguma das atividades:  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?														



A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25
A7. Indústria da borracha				PB26
76. Alguém que mora com o(a) Sr(a). trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30
 Se SIM: 8.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31
77. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40
 Se SIM: 9.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [] metros				PB41
78. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/'veneno'/'praguicidas? (1) Sim (2) Não				PB50
 Se SIM: 10.1 Qual o nome da cultura ou do produto aplicado? _____				PB51
 Se SIM: 10.2 A última aplicação foi há mais de 30 dias? (1) Sim (2) Não				PB52
<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DO ESTADO DE SAÚDE</u>				
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL				
11. Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde: (2) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim				EST1
12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus dentes (amálgama): (1) Sim, atualmente (2) Sim, já teve há mais de 1 ano (3) Sim, já teve há menos de 1 ano (4) Não (99) Não sabe/lembra				DEN1
13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral: (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim				SON6









VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.		
14. Quais das doenças/condições abaixo o(a) senhor(a) já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	(1)SIM (2)NÃO	HA
14.2 Colesterol elevado?		CT
14.3 Angina (dor no peito)?		AG
14.4 Insuficiência Cardíaca?		ICC
14.5 Ataque cardíaco/Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
↙ Se SIM,14.5.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		IAM3
↙ 14.5.2 Ele já se repetiu alguma vez?		IAM4
14.6 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
↙ Se SIM,14.6.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
↙ 14.6.2 Ele já se repetiu alguma vez?		DCV3
14.7 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
14.8 Doença pulmonar/pulmão?		DP
14.9 Fratura de quadril?(incluindo o fêmur)		FQ
14.10 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
14.11 Problema na coluna?		COL
14.12 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
14.13 Depressão?		DEP
14.14 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
↙ Se SIM:14.14.1 Há quanto tempo (anos) tem DM? [] anos		DM1
↙ 14.14.2 Como controla o DM? (1) Dieta (2) Comprimidos (3) Insulina (permite mais de uma resposta) (4) Não controla		DM2
14.15 Outras doenças? Qual(is):		DOT



<p>14.16 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda* nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra *(queda da própria altura)  Se NÃO: pule para questão 14.17</p>	QUE1
<p> Se SIM: 14.16.1 O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []</p>	QUE2
<p> 14.16.2 Em qual(ais) local(ais) aconteceram a(s) queda(s)? (1) Em casa (2) Fora da Casa</p>	QUE3
<p> Se em casa, 14.16.1.1 Onde: _____</p>	QUE4
<p> Se fora da casa, 14.16.2.1 Onde: _____</p>	QUE5
<p> 14.16.3 Em algumas dessas quedas ocorreu uma fratura? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	QUE6
<p> Se SIM: 14.16.3.1 Qual parte do corpo foi fraturado? _____</p>	QUE7
<p> SOMENTE MULHERES:</p>	
<p>14.17 A senhora entrou na menopausa, ou seja, parou de sangrar definitivamente há 1 ano ou há mais de 1 ano? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MP1
<p> Se SIM: 14.17.1 Há quanto tempo? [] ano(s) (99) Não sabe/não lembra</p>	MP2
<p>VOU PERGUNTAR AGORA SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS</p>	
<p>15. Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Ataque cardíaco/Infarto antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	IAM2
<p>16. Seus pais ou irmãos tiveram Doença Cerebrovascular/Derrame antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	DCV4
<p>17. O(a) senhor(a) já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MSUB
<p><u>BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u></p>	





18. Lembre-se brevemente de suas atividades nas duas últimas semanas. Neste período o(a) Sr(a). utilizou algum medicamento? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 35							MED1
AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS, INCLUINDO VITAMINAS, SUPLEMENTOS, QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).							
Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa), incluindo vitaminas, que o(a) senhor(a) UTILIZOU nos últimos 15 dias e me ajude a responder um a um. Podemos começar?							
	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Posologia			Tempo que está utilizando
				Comp. por dia	Vezez por dia	S/N	
M1							
M2							
M3							
M4							
M5							
M6							
M7							
M8							
M9							
M10							
M11							
M12							
M13							
M14							




M15								
M16								
<p>19. Destes medicamentos, algum deles é utilizado de forma contínua, ou seja, sem data definida para o término do tratamento? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se SIM, Por favor, separe aqueles que você utiliza de maneira contínua.  Se NÃO ou NÃO SE APLICA pule para a questão 35</p>								MED2
<p>20. ENTREVISTADOR – Com base na tabela, quantos medicamentos são utilizados <u>continuamente</u> (sem previsão para o final do tratamento)? []</p>								MED3
<p>21. Além desses medicamentos que separamos, existe mais algum que o(a) senhor(a) utiliza ou deveria estar utilizando? (1) Sim (2) Não</p>								MED5
<p> Se SIM, 22.1: Quantos? []</p>								MED6
<p>22. ENTREVISTADOR – Com base na tabela e no relato do entrevistado, quantas vezes por dia ele toma medicamentos (independente do número de medicamentos utilizados por vez)? (1) 1x ao dia (2) 2x ao dia (3) 3x ao dia (4) 4x ao dia (5) 5 ou mais vezes ao dia</p>								MED7
<p>23. Quantas situações/doenças o(a) Sr(a). está tratando com os medicamentos que relatamos? []</p>								MED4
<p>24. O(a) Sr(a) se recorda quantos médicos prescreveram os medicamentos que utilizou nestes últimos 15 dias? []</p>								MED8
<p>25. Em quantos lugares que o(a) Sr(a). consegue seus medicamentos? Considere farmácias públicas, privadas, unidades de saúde e outros. []</p>								MED9
<p>26. No último ano, o(a) Sr(a). deixou de obter, houve atraso ou parou de tomar algum remédio de uso contínuo? (1) Sim (2) Não</p>								MED10
<p>27. Considerando o número de medicamentos, sua rotina, efeitos ruins e os resultados alcançados, o(a) Sr(a). está satisfeito com o seu tratamento com medicamentos? (1) Satisfeito (2) Indiferente (3) Insatisfeito</p>								MED11
<p>28. O(a) Sr(a). às vezes esquece de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não</p>								MED12

29. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que o(a) Sr(a). não tomou seus remédios? (1) Sim (2) Não	MED13
30. O(a) Sr(a). já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (1) Sim (2) Não	MED14
31. Quando o(a) Sr(a). viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	MED15
32. O(a) Sr(a). tomou todos os seus medicamentos ontem? (1) Sim (2) Não	MED16
33. O(a) Sr(a). já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento? (1) Sim (2) Não	MED17
34. Com que frequência o(a) Sr(a). tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca	MED18
<p>ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores. <p>LEMBRE-SE de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O entrevistado deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. • Se a circunferência do braço que o entrevistado realiza as atividades for < 22cm ou >32cm deve-se utilizar braçadeira de tamanho adequado. 	
35. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA em ambos os braços e anotar a de maior valor: _____ / _____	PA1
36. QUAL A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO EM QUE A MEDIDA FOI REALIZADA? [] cm Em qual braço? () D () E	CB
BLOCO 4 – HÁBITOS DE VIDA	
37. O(a) Sr(a). Fuma? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 40	FUM1
 Se SIM 37.1. Quantos cigarros por dia? []	FUM3
38. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra	FUM4
39. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM5

 Pule para a questão 41				
40. O(a) Sr(a) já fumou? (1) Sim (2) Não				FUM6
 Se SIM:40.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? <div style="text-align: center;">[] anos (99) Não lembra</div>				FUM7
41. O(a) Sr(a). costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  Se NÃO, pule para a questão 42				ALC1
 Se SIM: 41.1 Com que frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias				ALC2
 Se SIM: 41.2 Nos últimos 30 dias o(a) Sr(a). consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não				ALC3
 Se SIM: 41.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []				ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.				
42. Em uma semana normal (típica) o(a) Sr(a). faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO, pule para a questão 46				EX1
 Se SIM: 43. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a). pratica no tempo livre:				
	Se Sim, assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.1. Caminhada?				EX21
43.2. Alongamento?				EX22

43.3. Dança?				EX23
43.4. Musculação?				EX24
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? Qual? _____				EX27
44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE): (1) Academia/Clínica privada. (2) Praças, parques perto de casa. (3) Praças, parques longe de casa. (4) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos) (5) Clubes esportivos, chácaras, campos de futebol, quadras esportivas (6) Outros. Especificar: _____ (7) Não se aplica.				EX29
45. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 48				EX5
46. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se SIM , pule para a questão 48				EX6
47. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
48. Em relação às condições atuais do bairro para a prática de atividade física o(a) Sr(a) está (tanto público quanto privado): (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito				EX30
49. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PÚBLICOS DO BAIRRO para a prática de atividade física (por exemplo: construção de novos espaços ou reforma/revitalização dos espaços existentes EM QUE A UTILIZAÇÃO É GRATUITA) o(a) Sr(a). considera que:				EX31

(1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei	
50. Em relação aos espaços PÚBLICOS existentes no bairro para prática de atividade física e sua condição para chegar até eles, o(a) Sr(a). considera: (1) Muito perto (2) Perto (3) Nem perto, nem longe (4) Um pouco longe (5) Muito longe (6) Não existem espaços públicos (7) Tenho limitações que me impedem de chegar até estes espaços	EX32
51. Quanto tempo o(a) Sr(a) leva até estes locais (espaços públicos do bairro)? [] minutos	EX35
52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei	EX33
53. O (a) Sr(a) conhece algum programa de atividades físicas orientadas que seja oferecido pela Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde) do bairro? (1) Sim, e frequento (2) Sim, já frequentei, mas não frequento atualmente. (3) Sim, mas nunca frequentei. (4) Não conheço	EX36
54. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como o(a) senhor(a) classificaria o seu trabalho: (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso	EX8
55. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 56	EX9
 Se SIM , 55.1: Quantas vezes por semana? [] dias	EX37
 55.2 Quanto tempo o(a) Sr(a). leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.	EX10
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES EM UMA SEMANA NORMAL.	
56. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar chá verde? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias  Se NUNCA pule para questão 58	CH1

<p>57. Nos dias em que o(a) Sr(a) toma chá verde, quantas xícaras de chá costuma tomar por dia?</p> <p style="text-align: right;">[] xícaras</p>	CH2
<p>58. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se NUNCA, pule para questão 60</p>	AL3
<p>59. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</p> <p>(1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura</p>	AL4
<p>60. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se NUNCA, pule para questão 62</p>	AL5
<p>61. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</p> <p>(1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele</p>	AL6
<p>62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL9
<p>63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL10
<p>64. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL11
<p>65. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante?</p> <p>(8) Nunca (9) Quase nunca [] dias</p> <p> Se NUNCA pule para questão 67</p>	AL24
<p>66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia?</p> <p style="text-align: right;">[] copos</p>	AL25
<p>67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL1
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.</p>	

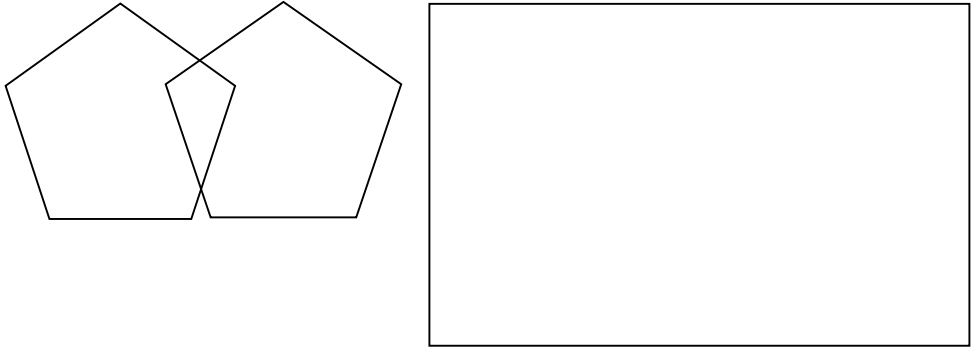


68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas? (1) Sim (2) Não	AL12
69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas? (1) Sim (2) Não	AL13
70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – <i>não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas</i>). (1) Sim (2) Não	AL14
71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas? _____	AL17
74. 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), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.	
75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – <i>não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes</i>). (1) Sim (2) Não	AL20
78. A necessidade do preparo das verduras ou legumes é uma dificuldade para comer (comer mais) verdura ou legume? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL21
79. O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL22

<p>80. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr.(a) coma (ou coma mais) verduras ou legumes?</p> <hr/>	AL23
--	------

↪ Para todos os indivíduos:


↪ Somente para indivíduos com **54 anos ou mais**








BLOCO 5 – MINIMENTAL E CAPACIDADE FUNCIONAL			
AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS <u>PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.</u>			
81. Orientação no tempo:	1 ponto para cada resposta certa	81.1. Que dia do mês é hoje?	
81.2. Em que mês estamos?		81.3. Em que ano?	
81.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?		OT	81.5. Qual a hora aproximada?
Número de respostas corretas []			
82. Orientação no espaço:			1 ponto para cada resposta certa
82.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?	82.3. Em que bairro nós estamos?		
82.4. Em que cidade nós estamos?	OE	82.5. Em que estado do Brasil nós estamos?	
Número de respostas corretas []			
83. Registro:		1 ponto para cada palavra repetida acertada mente na 1ª tentativa	
Número de respostas corretas na 1º tentativa []	ME1		
Número de tentativas para resposta correta []	ME2		
84. Atenção e cálculo: O(a) Sr(a) faz cálculos? (1) Sim (2) Não	----- ----		
	1 ponto para cada resultado correto		







<p>86.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <h1 style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</h1> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto
<p>86.5 Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <p>Resposta correta []</p>	LI4
<p>87. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>LI5</p> <p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>88. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL []</p> <p> SE PONTUAÇÃO DO MM \leq 23 PREENCHER QUESTIONÁRIO DE PFEFFER INSTRUMENTO NA ÚLTIMA PÁGINA</p>	LI6
<p> Somente para indivíduos com 54 anos ou mais</p>	
<p>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO.</p>	
<p>89. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador</p>	RES
<p>O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	

<p>90. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (3) Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando sonda entérica.</p>	CF1
<p>91. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo; (3) Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p>	CF2
<p>92. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos; (3) Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido</p>	CF3
<p>93. Deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (transferência)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; (3) Não sai da cama.</p>	CF49
<p>94. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para ir ao “banheiro”, para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre; (3) Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.</p>	CF5
<p>95. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF40
<p>96. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF41

<p>97. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF42
<p>98. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF43
<p>99. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número na lista telefônica)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF44
<p>100. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF45
<p>101. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF46
<p>102. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer pequenos reparos domésticos (Ex: trocar uma lâmpada)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF47
<p>103. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer o uso de medicamentos (tomar medicamentos)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF48
<p>104. O(a) Sr(a) tem algum problema para Urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência total ou necessidade de ajuda para manter o controle urinário; usa cateter ou é incontinente.</p>	CF6
<p>105. O(a) Sr(a) tem algum problema para fazer cocô (defecação) (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência parcial, entendida como perda frequente ou ocasional do autocontrole ou necessidade eventual de enema ou lavagem intestinal. Necessita de</p>	CF7





	<p>controle externo para executar a ação no local adequado. (<i>Evacua em locais impróprios, por exemplo, na cozinha</i>)</p> <p>(3) Incontinência total; perda completa do autocontrole, a pessoa necessita ajuda, como uso regular de fraldas e/ou só evacua utilizando enema ou lavagem intestinal.</p>	
<p>106. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione</p> <p>(4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa</p> <p>(5) Não utiliza escadas</p>		CF15
<p>107. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA:</p> <p>_____ / _____</p>		PA2
<p> Somente para indivíduos com 50 anos ou mais</p>		
<p>BLOCO 6 – DEPRESSÃO (Como a pessoa tem se sentido <u>durante a última semana</u>)</p>		
	<p>(1) Sim (2) Não</p>	
108. Está satisfeito (a) com sua vida?		DEP1
109. Interrompeu muitas de suas atividades?		DEP2
110. Acha sua vida vazia?		DEP3
111. Aborrece-se com frequência?		DEP4
112. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?		DEP5
113. Teme que algo ruim lhe aconteça?		DEP6
114. Sente-se alegre a maior parte do tempo?		DEP7
115. Sente-se desamparado com frequência?		DEP8
116. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		DEP9
117. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		DEP10
118. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?		DEP11
119. Sente-se inútil?		DEP12
120. Sente-se cheio/a de energia?		DEP13




121. Sente-se sem esperança?		DEP14
122. Acha que os outros tem mais sorte que o(a) senhor(a)?		DEP15
 Para todos os indivíduos		
<u>BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</u>		
123. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra		PS1
 Se SIM, 123.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/não lembra		PS2
 Se SIM, 123.2: Qual o plano de saúde? _____		PS3
124. O(a) senhor(a) utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não		SUS
 Se SIM, 124.1: Qual profissional é referência para o(a) Sr(a) na unidade básica de saúde? (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Auxiliar de Enfermagem (5) Nenhum (6) Outro: _____		SUS1
125. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		ACS
 Se SIM, 125.1: Com que frequência? [] visitas/mês		ACS1
126. O(a) senhor(a) recebe visitas dos outros profissionais das equipes de saúde da família do posto de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO ou NÃO SABE/LEMBRA, pule para a questão 128		PSF1
127. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim		PSF2
128. O(a) senhor(a) conhece alguma atividade que é organizada pelo profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)? (1) Sim (2) Não  Se NÃO, pule para a questão 130		GRU1
129. Quanto à participação nessas atividades:		GRU2

(0) nunca participou de nenhuma (1) participou de ações de educação em saúde (palestras, por exemplo) (2) participou anteriormente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle de peso, de diabéticos, de hipertensos ...), mas já não participa mais. (3) participa atualmente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle do peso, de diabéticos, de hipertensos....)	
 Se participa atualmente, 129.1: Qual(is) grupo(s) participa: _____	GRU3
130. O (a) Sr.(a) realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CMED1
 Se SIM, 130.1: O(a) Sr.(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []	CMED2
131. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
132. O(a) senhor(a) esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 Se SIM: 132.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
 Se SIM: 132.2 O(a) senhor(a) recorda o local? _____ (99) Não sabe/lembra	INT3
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) SERVIÇOS(S) DE SAÚDE UTILIZADOS PELO(A) SR(A) EM CASOS NÃO URGENTES (Ex: Consultas de rotina, acompanhamento de uma doença).	
133. Quando o(a) Sr(a) tem um problema de saúde não urgente, o(a) Sr(a) costuma procurar? (Serviço que costuma procurar para uma consulta de rotina, acompanhamento da saúde/ de uma doença)	
133.1. Posto de saúde (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA1
 Se SIM: 133.1.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA11
133.2. Serviço especializado do SUS (Ex. Cismepar, Policlínica, HC) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA2
 Se SIM: 133.2.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA21
133.3. Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA3

↪ Se SIM: 133.3.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA31
133.4. Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA4
133.5. UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA5
133.6. Outro (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA6
↪ Se SIM: 133.6.1 Qual? _____	LA61
↪ Se referiu SOMENTE UM SERVIÇO pule para QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO	
↪ Se referiu MAIS DE UM SERVIÇO pergunte:	
133.7. Desses serviços que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para você quando tem um problema de saúde não urgente ? (1) Sim (2) Não	LA7
↪ Se SIM: 133.7.1. Qual? (1) Posto de Saúde (2) Serviço especializado do SUS (2) Consultório médico particular ou convênio (4) Hospital (5) UPA (6) Outro: _____	LA71
QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO Caso o entrevistado referiu mais de um serviço e NÃO tenha um serviço de referência, faça as questões sobre os SERVIÇOS REFERIDOS , preenchendo os blocos de acordo com os serviços referidos–SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO	
↪ Se somente HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 144	
↪ Se referiu serviço do SUS (Posto de saúde/Serviço especializado do SUS) .	
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar os serviços referidos</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)	
	Não Às vezes Sim
134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0 1 2
135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up” – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0 1 2
136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2 1 0
137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2 1 0
138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2 1 0
	AS1 AS2 AS3 AS4 AS5

<p>↪ Se referiu serviço PARTICULAR OU CONVÊNIO (Consultório).</p>				
<p>Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do CONVÊNIO OU PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar o(s) serviço(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)</p>				
	Não	Às vezes	Sim	
139. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AC1
140. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up” – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AC2
	Não	Às vezes	Sim	
141. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AC3
142. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AC4
143. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AC5
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) MÉDICO(S) QUE ACOMPANHA(M) (<i>de maneira contínua</i>) A SAÚDE DO(A) SR(A).</p>				
144. Tem algum médico que acompanha a sua saúde? (1)Sim (2)Não			LM1	
<p>↪ Se NÃO pule para questão 167.</p>				
<p>↪ Se SIM: 144.1 Quantos? []</p>			LM2	
<p>↪ Se SIM: 144.2 De qual local(ais) e especialidade(s)?</p>				
144.2.1 Médico generalista da UBS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra			LM3	
144.2.2 Médico especialista do SUS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra			LM4	
<p>↪ Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?</p>		(1) Sim (2)Não		
144.2.2.1 Cardiologista			LM5	
144.2.2.2 Dermatologista			LM6	
144.2.2.3 Endocrinologista			LM7	
144.2.2.4 Gastroenterologista			LM8	
144.2.2.5 Ginecologista			LM9	
144.2.2.6 Nefrologista			LM10	
144.2.2.7 Neurologista			LM11	
144.2.2.8 Oftalmologista			LM12	
144.2.2.9 Oncologista			LM13	
144.2.2.10 Ortopedista			LM14	
144.2.2.11 Otorrino			LM15	
144.2.2.12 Pneumologista			LM16	
144.2.2.13 Psiquiatra			LM17	
144.2.2.14 Vascular			LM18	

144.2.2.15 Outra: _____		LM19
144.2.3 Consultório médico particular ou convênio (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM20
 Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?	(1)Sim (2)Não	
144.2.3.1 Cardiologista		LM21
144.2.3.2 Dermatologista		LM22
144.2.3.3 Endocrinologista		LM23
144.2.3.4 Gastroenterologista		LM24
144.2.3.5 Ginecologista		LM25
144.2.3.6 Nefrologista		LM26
144.2.3.7 Neurologista		LM27
144.2.3.8 Oftalmologista		LM28
	(1)Sim (2)Não	
144.2.3.9 Oncologista		LM29
144.2.3.10 Ortopedista		LM30
144.2.3.11 Otorrino		LM31
144.2.3.12 Pneumologista		LM32
144.2.3.13 Psiquiatra		LM33
144.2.3.14 Vascular		LM34
144.2.3.15 Outra: _____		LM35
144.2.4 Plantonista Hospital (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM36
144.2.5 Plantonista UPA (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM37
144.2.6 Outro: _____		LM38
 Se referiu SOMENTE UM MÉDICO pule para QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO		
 Se referiu MAIS DE UM MÉDICO pergunte:		
144.3. Desses médicos que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para o acompanhamento da sua saúde? (1)Sim (2) Não		LM39
 Se SIM: 144.3.1. Qual? [] Código do médico indicado.		LM40
QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO		
Caso o entrevistado referiu mais de um médico e NÃO tenha um médico de referência, faça as questões sobre os MÉDICOS REFERIDOS , preenchendo os blocos de acordo com os médicos referidos–SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO		

 Se somente plantonista HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 167				
 Se referiu médico do SUS (Médico generalista e/ou médico especialista) .				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes Alguns	Sim	
145. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
146. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
147. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
148. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
149. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5
150. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS6
151. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VS7
	Não	Às vezes Alguns	Sim	
152. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VS8
153. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VS9
154. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VS10
155. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do SUS se isto fosse muito fácil de fazer? (1) Sim (2) Não				VS11
 Se referiu médico do CONVÊNIO E/OU PARTICULAR				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do CONVÊNIO/PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes Alguns	Sim	

156. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC1
157. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VC2
158. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC3
159. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VC4
160. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VC5
161. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC6
162. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VC7
163. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VC8
164. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VC9
165. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VC10
166. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>convênio/particular</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VC11

Continuação BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO


167. Classe econômica:


ABEP

Quais desses itens o(a)	Número de Itens				
	0	1	2	3	4ou+
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6

Lava roupa	0	2	4	6	6			
DVD	0	1	3	4	6			
Micro-ondas	0	2	4	4	4			
Motocicleta	0	1	3	3	3			
Secadora roupa	0	2	2	2	2			
Qual o Grau de Instrução do chefe da família (considerando a maior renda)?								
Analfabeto / Primário incompleto / Fundamental I incompleto						0		
Primário completo / Ginásio incompleto / Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto						1		
Ginásio completo / Colegial incompleto / Fundamental II						2		
Colegial completo / Superior incompleto / Médio completo						4		
Superior completo						7		
Serviços Públicos			Não		Sim			
Água encanada			0		4			
Rua Pavimentada			0		2			
Pontuação total			[]					
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE QUESTÕES SOCIAIS								
168. Quantos amigos próximos o(a) senhor(a) diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []							REDE1	
169. Se de repente o(a) senhor(a) precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se o(a) senhor(a) pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais							REDE2	
Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, o(a) senhor(a) concorda ou discorda das seguintes afirmações:								
170. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente							SOL10	
171. Hoje em dia, com que frequência o(a) senhor(a) diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam							SOL2	
172. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento							VIOL1	

173. Nos últimos 12 meses participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão (reunião de associação de moradores, conselho local de saúde e conselho de pais e mestres)? (1)Sim (2)Não	POL21
174. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar sobre saúde: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5)Revista (6) Outros (7)Nenhum	COM
<u>BLOCO 7 – MEDIDAS</u>	
175. O(a) Sr(a) sabe qual é o seu peso? []Kg	PESR
176. Peso (kg): _____	PESM
177. Altura (m): _____	ALTM
178. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
179. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
180. AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3

 **ATENÇÃO:** Volte na primeira página para agendar os exames laboratoriais e oftalmológico (s/n).

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER - Se pontuação do MM \leq 23		
 O entrevistador deve fornecer ao acompanhante/ cuidador um cartão de respostas para que ele(a) possa escolher a opção que melhor se ajusta à pessoa participante do estudo.		
O(a) Sr(a) (nome do participante do estudo) é capaz de:		
1. Cuidar do seu próprio dinheiro?		PF1
2. Fazer as compras sozinho (por exemplo de comida)?		PF2
3. Esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?		PF3
4. Preparar comida?		PF4
5. Manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?		PF5

6. Prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?		PF6
7. Lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?		PF7
8. Cuidar de seus próprios medicamentos?		PF8
9. Andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?		PF9
10. Cumprimentar seus amigos adequadamente?		PF10
11. Ficar sozinho (a) em casa sem problemas?		PF11

APÊNDICE C – Termo de consentimento Livre e esclarecido: VIGICARDIO 2011

“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES”, realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, ___ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável: _____

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE D – Termo de consentimento Livre e esclarecido: VIGICARDIO 2015

“INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE, MORBIDADE, INTERNAÇÕES E MODIFICAÇÕES NOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM AMOSTRA DE RESIDENTES COM 40 ANOS OU MAIS DE IDADE EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE COORTE VIGICARDIO 2011-2015”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015”**, a ser realizada no município de Cambé. O objetivo da pesquisa é verificar as possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 ano ou mais de idade no município de Cambé entre 2011 e 2015. Sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Quando houver a identificação de problemas de saúde, os indivíduos afetados serão orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Ana Maria Rigo Silva , pelo telefone 43 33712398 no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60 e email arigosilva@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG: _____


<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p>Data: _____</p>
--

ANEXOS

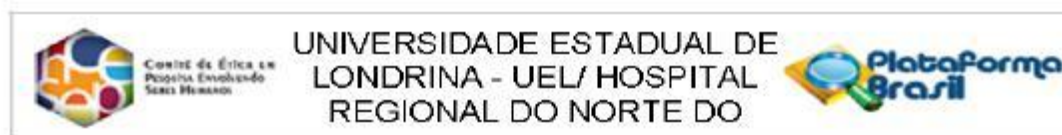
ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina – 2011.



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

Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	
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;">“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</p>	
Situação do Projeto: APROVADO <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center;">  Profª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </div>	

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina – 2015.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015.

Pesquisador: Ana Maria Rigo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39595814.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916/944

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Ana Maria Rigo Silva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (CCS-UEL). O projeto conta com uma assistente e equipe de 21 colaboradores. Sendo-se estudo de coorte, parte de um estudo de base populacional, com amostra representativa de residentes de 40 anos ou mais da área urbana do município de Cambé, localizado na região Norte do Paraná, realizado em 2011. A pesquisa propõe retornar a participantes de estudo anterior realizado em 2011.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e a incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, Paraná, entre 2011 e 2015.

Hipótese: As modificações nos hábitos de vida e condições socioeconômicas interferem no perfil de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

Os benefícios ao participante previsto em termos de conhecimento da situação de saúde, incluindo

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefones: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep26@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 916.944

os resultados dos exames laboratoriais. Possível contribuição para a melhoria dos serviços de saúde e conhecimento científico sobre o tópico.

Prevê orientação a participantes mediante identificação de problemas de saúde, em termos de indicação de busca de profissionais adequados para assisti-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados:

Instrumentos de coleta de dados;

cronograma da pesquisa;

previsão orçamentária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados:

Termo de Concordância de instituição co-participante; TCLE; e folha de rosto.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 18 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPD - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 88.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefones: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br