



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**RILVA MARIA DA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE**

**2012**

**RILVA MARIA DA SILVA**

**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
(TCC) apresentado ao  
Departamento de Enfermagem da  
Universidade Estadual da Paraíba  
(UEPB) para obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em  
Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Suziane da  
Costa Melo

**CAMPINA GRANDE**

**2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586p

Silva, Rilva Maria da.

Prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre pessoas idosas assistidas por uma unidade básica de saúde da família - Campina Grande - PB [manuscrito] / Rilva Maria da Silva. - 2012  
61 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Esp. Suziane Costa de Melo, Departamento de Enfermagem”.

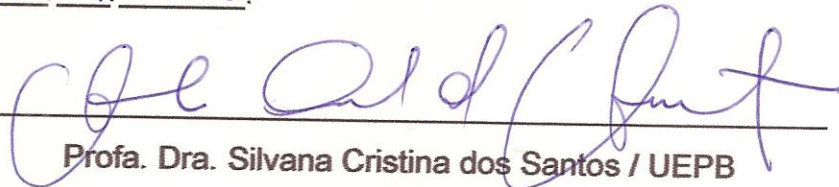
1. Promoção da Saúde. 2. Idoso. 3. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

**RILVA MARIA DA SILVA**

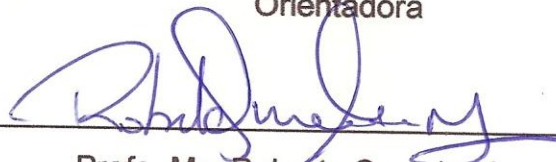
**PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS ENTRE PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UMA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CAMPINA GRANDE - PB**

Aprovada em 03/07/2022



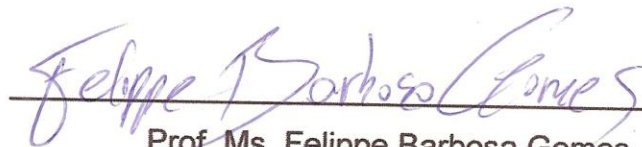
Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos / UEPB

Orientadora



Prof. Ms. Roberta Smania Marques

Examinadora



Prof. Ms. Felipe Barbosa Gomes

Examinador

*Aos que, buscando a autorrealização no bem estar e cuidado proporcionado a outros, encontram na Enfermagem um sentido para suas vidas*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da humanidade que me apresentou à Enfermagem;

Aos meus pais, Antônio e Severina, pelo exemplo de vida e pelos princípios  
cultivados em meu ser;

Ao meu amor, José, pelo apoio, paciência e compreensão;

À Suziane, Odete e Elisabete por terem aceitado testemunhar esse momento;

Aos idosos do “Grupo Nova Vida” pelo aprendizado dificilmente conquistado  
através de livros apenas;

À Monalisa Dantas, Luanda Pereira, Patricia Regina, Vinicius Caldas, Gerlane  
Ângela e Ana Coeli pela companhia no projeto que resultou este trabalho;

Aos Agentes Comunitários de Saúde, Fátima, Diego, Janete e Adriana, pela  
supervisão e apoio em campo;

À equipe III da Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, Josélia,  
Joselito, Michele e Gerlene, pelo acolhimento;

Aos amigos conquistados durante o curso, Aline Cristina, Larrycya Mahayana,  
Thaís Vidal, Cleonice Medeiros, Valdenia Maria de Sousa e Felipe Xavier, por  
terem aumentado minha família;

Aos que duvidaram, por nos dar a honra de vencer preconceitos.

“As relações de cuidado  
devem ocorrer na perspectiva  
sujeito-sujeito  
e não na perspectiva  
sujeito-objeto”

BOFF

**RESUMO**

**Introdução:** A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco sendo, dessa forma, medidas que inibem os fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs (BRASIL, 2012). **Objetivo:** Apresentar a prevalência e distribuição de fatores de risco para DCNTs, em pessoas idosas atendidas pela Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem de técnicas estatísticas descritivas inferenciais por meio de correlações resultante de uma pesquisa-ação. Os testes utilizados foram Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher sendo a margem de erro dos testes estatísticos 5%. Os dados foram digitados e analisados no SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) versão 17.0. A população abrangeu 137 idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho localizada no bairro Monte santo, Campina Grande, Paraíba. Os fatores de risco, tabagismo, etilismo, pressão alta, atividade física e colesterol foram analisados a partir da faixa etária, gênero e escolaridade enquanto da alimentação foi considerado o grupo de alimento de maior e menor prevalência de consumo. **Resultados e Discussão:** Quanto a faixa etária: A pressão alta prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos. O colesterol aflige mais os idosos entre 61 e 79 anos. Tanto o etilismo quanto o tabagismo estão mais presente entre os idosos com idade entre 61 e 69 anos. Observa-se também que o ato não praticar atividade física prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos. Quanto ao gênero: Tanto a pressão alta quanto o colesterol elevado é superior nos gênero feminino. O etilismo e o tabagismo prevalece sobre o genero masculino. O ato de não praticar atividade física prevalece sobre as mulheres. Quanto a escolaridade: Verifica-se que a pressão alta esta prevalente nos idosos que cursaram o 1º grau, assim como a pressão alta e o colesterol elevado afligem os idosos com curso superior. O etilismo prevalece nos idosos que nunca estudaram e com 2º grau, o tabagismo aflige os que nunca estudaram e o ato de não praticar atividade física esta mais prevalente nos que nunca estudaram, fizeram o curso primário e nos que tem curso superior. **Conclusões:** A saúde é uma condição influenciada não apenas por fatores específicos, mas pela interação entre eles, portanto resultado das condições de vida dos sujeitos.

**Descritores:** Atenção Básica. Pessoa Idosa. Fatores de Risco. Doenças Crônicas Não transmissíveis. Promoção da Saúde

**ABSTRACT**



**Introducion:** The proposal of active and health aging seeks to offer quality of life through appropriate and balanced diet, regular practice of physical exercises, stimulating social interaction, seeking pleasurable activities and/or to reduce stress, decreasing damages caused by the consumption of alcohol and tobacco and, thus, measurements that supress risk factors to the non transmissible chronic diseases - NTCD (BRASIL, 2012). **Objective:** To present the prevalence and distribution of risk factors to the NTCD in older people assisted by the Basic Unity of Family Health – Bonald Filho, from the scope area coded 053 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). **Methodology:** Cross sectional with descriptive approach and quantitative exposure, resulting from an action research of inferencial descriptive statistics techniques through correlation. The used tests were Chi-squared of Pearson and Exact of Fisher being the marging error of 5% of statistics errors. The data were entered and analyzed using the SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) version 17.0. The population covered 137 elderly people assisted by the Basic Unity of Family Health Bonald Filho placed in Monte Santo neighborhood, Campina Grande. The risk factors, smoking, alcholism, high blood pressure, physical activity and cholesterol were analyzed based on age, gender and schooling while nourishment was considered the group of food of lower prevalence of consumption. **Results and discussion:** The age: high blood pressure outweighs the elderly over 80 years. Cholestereol afflicts more elderly people between 61 and 79 years. Both alcoholism and smoking are more prevalent among the elderly aged 61 and 69 years. It is noted also that of non practicing physical activities outweighs the elderly over 80 years. Regarding gender: High blood pressure and high Cholesterol are higher in females. Alcholism and smoking outweighs the male gender. The act of not practicing physical exercise prevails over the female gender. As for education: It is found that the high blood pressure is prevalent in elders that attended the primary school, like the high blood pressure and high cholesterol afflicts the elder with higher education. The alcoholism was prevalent in elders that never studied and with second grade, smoking afflicts those who never studied and the act of not practicing prphysical activities, this more prevalent in those who never studied, that made the primary school and in those who has college. **Conclusion:** Health is a condition influenced not only for specific factors, but by the interaction between them, so the result of the conditions of life of the individuals.

**Keywords:** Primary Health Care. Elderly. Risk Factors. Non-transmissible Chronic Diseases. Health Promotion.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária .....	34
Tabela 2 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o Gênero.....	35
Tabela 3 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Escolaridade.....	36
Tabela 4 - Pratica de Atividade Física segundo a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	37
Tabela 5 - Prática de Atividade Física segundo o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	38
Tabela 6 - Prática de Atividades Físicas de acordo com a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	39
Tabela 7 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com a faixa etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	40
Tabela 8 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	40
Tabela 9 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho.....	41
Tabela 10 - Consumo de Álcool segundo a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho .....	42
Tabela 11 - Consumo de Álcool de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho .....	43
Tabela 12 - Etilismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Escolaridade .....	44
Tabela 13 - Diagnostico de Pressão Alta de acordo com a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho .....	45
Tabela 14 - Diagnostico de Pressão Alta de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho .....	46
Tabela 15 - Diagnostico de Pressão Alta segundo a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho .....	46

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária .....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 2 - Resumo da prevalencia dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o gênero.....</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 3 - Resumo da prevalencia dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o nível de escolaridade .....</b>	<b>49</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária .....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 2 - Resumo da prevalencia dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o gênero.....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 3 - Resumo da prevalencia dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o nível de escolaridade .....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 4 - Prevalência do consumo de Pão, bolos e bolachas entre pessoas idosas assistidas pela Unidade de Saúde da Família – Bonald Filho – Campina Grande – PB .....</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 5 - Prevalência do consumo de cereais entre pessoas idosas assistidas pela Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho – Campina Grande – PB .....</b>	<b>51</b>

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
OBJETIVO GERAL .....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>CAPÍTULO I: NÃO ME DIGA COMO FAZER, MOSTRE-ME: CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET- SAÚDE) PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II: FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UM OLHAR QUE ALCANÇA A RESOLUTIVIDADE</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO III: ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PARA ALÉM DE CONSULTAS E MEDICAMENTOS</b> .....	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO IV: ESCOLARIDADE E SAÚDE DA PESSOA IDOSA: OS NÍVEIS DE RISCO/ PROTEÇÃO AVALIADOS A PARTIR DOS ANOS DE ESTUDO</b> .....	<b>29</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
5.2 LOCAL DA PESQUISA .....	30
5.3 AÇÕES PARALELAS À PESQUISA .....	30
5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	31
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	32
5.6 COLETA DE DADOS .....	32
5.7 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	32
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	32
5.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
6.1 TABAGISMO .....	34
6.1.1 Por Faixa Etária .....	34
6.1.2 Por Gênero .....	35
6.1.3 Por Escolaridade .....	36
6.2 ATIVIDADE FÍSICA .....	37
6.2.1 Por Faixa Etária .....	37
6.2.2 Por Gênero .....	38

6.2.3 Por Escolaridade .....	39
6.3 COLESTEROL .....	40
6.3.1 Por Faixa Etária .....	40
6.3.2 Por Gênero .....	40
6.3.3 Por Escolaridade .....	41
6.4 ETILISMO .....	42
6.4.1 Por Faixa Etária .....	42
6.4.2 Por Gênero .....	43
6.4.3 Por Escolaridade .....	44
6.5 PRESSÃO ALTA .....	45
6.5.1 Por Faixa Etária .....	45
6.5.2 Por Gênero .....	46
6.5.3 Por Escolaridade .....	46
6.6 ANÁLISE GERAL DA PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO .....	47
6.7 ALIMENTAÇÃO .....	50
6.7.1 Maior Prevalência de Consumo .....	50
6.7.2 Menos Prevalência de Consumo .....	51
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
7.1 DESCRIÇÃO GERAL .....	52
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>

## INTRODUÇÃO

A história da população humana tem sofrido significativas mudanças no processo de saúde, tanto pela transição demográfica quanto epidemiológica. Através da linha do tempo é inquestionável a queda acentuada dos índices de mortalidade, a diminuição dos índices de fecundidade, seguido de elevação de expectativa de vida, resultando numa população cada vez mais numerosa e ao mesmo tempo mais idosa (ALVES, 2007).

Esta mesma população sofre uma transição quanto ao comportamento da morbimortalidade: evidencia-se diminuição da mortalidade infantil, principalmente por um declínio das causas infecciosas e aumento de mortes por causas externas (acidentes, violência, iniquidades, entre outros). Surge então um novo perfil demográfico-epidemiológico: indivíduos cada vez mais idosos, em número crescente, e um número também crescente de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs (ROUQUAYROL, 2003)

As DCNTs têm sido responsáveis pelo maior número de óbitos em todo o mundo. Como em outros países, no Brasil, constituem um problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. O impacto socioeconômico das DCNTs está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNTs e seus fatores de risco (WHO, 2011).

Em 14 de setembro de 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um boletim revelando que as DCNTs foram responsáveis por 36

milhões de óbitos em 193 países o que torna relevante o monitoramento de fatores de risco e proteção associado à necessidade de sistemas de informações confiáveis e ágeis sobre as doenças crônicas e seus determinantes.

O Brasil, por sua vez, através do Ministério da Saúde, elaborou em 2011, o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNTs para a partir do conhecimento de sua distribuição e de seus determinantes apoiar políticas públicas de promoção da saúde.

Neste contexto, as raízes deste trabalho tem gênese em processo de seleção realizado em abril de 2011, promovido pelas Universidades Federal de Campina Grande e Estadual da Paraíba em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, para Tutores, preceptores e alunos bolsistas, quando da implantação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, instituído pela portaria interministerial MS/MEC nº. 1. 802 de 26 de agosto de 2008, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho tendo como linha de ações a saúde da pessoa idosa.

Dessa forma, iniciadas as ações na UBSF supracitada foi possível, a partir do acompanhamento das rotinas de atendimento, constatar que ações mais efetivas voltadas às pessoas idosas cadastradas na área adstrita da unidade mencionada apresentavam limitações, sobretudo devido obstáculos tais como um sistema de informações deficiente, principalmente no que se refere aos fatores de risco para DCNTs, interferindo no planejamento de ações de promoção e prevenção com base em dados reais e que fossem condizentes ao cenário da população de pessoas idosas assistida.

Para tanto, objetivou-se com este trabalho reconhecer a prevalência dos fatores de risco para DCNTs, tabagismo, etilismo, colesterol e triglicérides e pressão alta autorreferidos e alimentação, e sua distribuição entre pessoas idosas da área de abrangência da UBSF Bonald Filho com o intuito de contribuir por meio de intervenções amplas e efetivas com a qualidade de vida desse grupo de pessoas.

Assim, para uma melhor compreensão, elaboramos este trabalho de tal forma que seja possível, no primeiro capítulo evidenciar a gênese da problemática quando das primeiras idas a UBSF que representa o lócus da



implementação das ações aqui propostas a partir de uma reflexão acerca da formação dos profissionais da área de saúde, mais precisamente os enfermeiros, e da contribuição do PET-Saúde para a mudança de paradigmas propostos pelas Diretrizes Curriculares do curso de Enfermagem;

No segundo capítulo, apresentou-se conceitos e parâmetros quanto aos fatores de risco para DCNTs neste trabalho estudados, paralelo a uma reflexão acerca da resolutividade da Estratégia Saúde da Família a partir do modelo de assistência proposto;

Enfocando a atenção à saúde da pessoa idosa, no terceiro capítulo, refletiu-se quanto aos limites e possibilidades da assistência prestada a essa categoria;

O quarto capítulo, por sua vez, mostra uma pequena discussão acerca da importância do fator escolaridade para os processos de cuidados que visam a saúde da população.

Para um vislumbre do que foi feito em prol do bem estar das pessoas idosas estudadas, na metodologia, abordou-se um resumo das ações de extensão que caminharam de mãos dadas com a pesquisa que resultou este trabalho.

Os resultados foram apresentados de forma a comparar a prevalência dos fatores de risco estudados entre faixa etária, gênero e escolaridade, exceto a alimentação que será abordada de forma a evidenciar a maior e menor frequência de ingestão de determinados alimentos nos últimos sete dias;

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Apresentar a prevalência e distribuição de fatores de risco para DCNTs entre pessoas idosas assistidas pela Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a faixa etária e o gênero que apresentam maior prevalência de fatores de risco entre pessoas idosas;
- Comparar e correlacionar os fatores de risco com o gênero e o nível de escolaridade de cada participante do estudo;
- Encaminhar relatório à UBSF Bonald Filho expondo os resultados desta pesquisa contribuindo para a qualificação da atenção à saúde das pessoas idosas daquela área.

## **CAPÍTULO I**

### **NÃO ME DIGA COMO FAZER, MOSTRE-ME: CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE) PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Por anos, antes ou até mesmo após sua institucionalização, a Enfermagem esteve ligada aos modelos de assistência dominantes, assumindo-se dessa forma, como profissão técnica que voltada a dimensão biológica pressupunha a redução do coletivo ao seu representante singular, o indivíduo, e este as partes estruturantes que o compõe para pautados em uma filosofia curativa promover a cura daqueles a quem assistem, objetivo final de sua prática, ou entregar o corpo a morte, representando, respectivamente, o sucesso ou fracasso rente aos pressupostos profissionais.

Logo, de uma compreensão “negativa” quanto ao processo saúde doença, focado na ocorrência de agravos, passou-se para uma “visão positiva”, utilizando uma compreensão mais abrangente do que é saúde passando do paradigma flexneriano-biologicista e mecanicista para o de produção social da saúde, com uma compreensão de que o processo saúde doença é determinado por fatores múltiplos e mediados pelo sistema social.

Corroborando o que foi anteriormente abordado, a implantação do Sistema Único de Saúde impôs novos desafios para os centros formadores dos profissionais da saúde: habilitar sujeitos epistêmicos capazes de analisar, partindo de uma visão crítica, os acontecimentos a partir de um referencial cultural e teórico amplo e, em consequência, interferir sobre os fatores estruturados que os condicionam (CAMPOS, 2008; BRASIL, 2007)

Quanto a isto, cite-se o pensamento de Garcia (1999), “uma formação corresponde a um conjunto de condutas, de interações entre formadores e formandos, que pode ter múltiplas finalidades explícitas ou não, e em relação às quais existe uma expectativa de mudança” e que “o conceito de formação inclui uma dimensão de desenvolvimento humano global e é através da interformação entre sujeitos que se torna possível encontrar contextos de aprendizagem que favoreçam o aperfeiçoamento pessoal e profissional”.

Assim, devido a ocorrência de um cuidar-tratar-ensinar e educar calçado na especialização, compreendido como mecanismo de fragmentação e desumanização, instituiu-se através das diretrizes curriculares de Enfermagem que o Enfermeiro deva receber formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (BRASIL, 2007).

Portanto, assumindo a função de profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos e com capacidade de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes e capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, o PET Saúde sendo um programa que integra ensino e serviço na reconstrução de novas práticas para as equipes de saúde da família que visem o cuidado integral e humanizado no âmbito da Atenção Básica de Saúde, assume importante função na qualificação e formação de estudantes despertando o interesse pela saúde pública, assumindo, dessa forma, o papel de instrumento capaz de qualificar o serviço dos profissionais da saúde de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a inserção das necessidades dos serviços como produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2008).

Nesse contexto o PET-Saúde reforça o Projeto Político Pedagógico que destaca como missão, formar enfermeiros com compreensão científica, capazes de intervir no processo saúde doença do ser humano, numa perspectiva crítico-transformadora voltada para o cuidar, o educar, gerenciar e pesquisar, caracterizando interesses técnicos, práticos e emancipatórios.

As ações desses profissionais devem se interrelacionar com os demais trabalhadores de saúde, nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde do SUS, tanto na instituição hospitalar quanto ambulatorial, comunidade e família.

## **CAPITULO II**

### **FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): UM OLHAR QUE ALCANÇA A RESOLUTIVIDADE**

A crescente importância das DCNTs no panorama brasileiro, determinando um aumento do volume de gastos pela previdência e um elevado custo social devido à elevada morbidade, mortes prematuras, muitas destas evitáveis, ou incapacitação de pessoas em idade produtiva tem ocasionado um aumento considerável na demanda por serviços de saúde, principalmente curativos e de intervenções hospitalares (BRASIL, 2007).

Segundo Buss (2003), citado no Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (2007), para a prevenção das DCNTs ou das complicações advindas do não controle de seus fatores de risco se faz necessário conceitos que abordem a problemática a partir do enfoque em medidas voltadas para indivíduos e famílias, assim como ambiente e estilos de vida, visto que desde 1974, quando o movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, a partir da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, questiona-se a ineficácia do modelo médico centrado, exclusivamente, no manejo das doenças crônicas.

Por outro lado, segundo Campos (2008), os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores. Havendo, portanto, uma co-produção dialética multifatorial na gênese dos acontecimentos e do modo de ser e de funcionar dos sujeitos e de suas organizações causando o cruzamento da influencia de múltiplos fatores que ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios envolvidos na mistura que é a vida.

Contudo, atualmente, o conjunto de recursos tecnológicos da saúde está alocado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e incorporado de forma acrítica, configurando-se num modelo pouco eficiente e pouco efetivo.

A saúde e a doença dependem de fatores da ordem do orgânico ou da ordem do biológico, ainda que não somente deles (CAMPOS, 2008), tornando ações de promoção e proteção da saúde fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos a saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (BRASIL, 2007).

Assim, a partir da defesa genérica do direito à saúde, em que a campanha “saúde para todos em 2000” foi um marco importante (OMS, 1977 apud CAMPOS, 2008), e da constituição de políticas nacionais de saúde com ênfase em medidas de promoção e prevenção (OPS/OMS, 1990), passou-se a valorizar a “universalidade” e a “integralidade” como diretrizes quase mágicas, com base nas quais se poderia criticar todas as outras posturas, já que integral envolve tudo e comparando qualquer projeto, programa ou diretriz com essa totalidade sempre faltará muita coisa em todos os outros discursos ou posturas (CAMPOS, 2008).

Isso acontece porque a promoção à saúde baseia-se em teorias sistêmicas e na sociologia funcionalista tendentes a subestimar a importância de conflitos sociais e dos fatores macropolíticos, sugerindo mudanças focais e reduzindo a perspectiva revolucionária ou reformista de intervenção sobre a estrutura para modalidades de assistência social e da busca da eficácia gerencial por meio de integração intersetorial ou de alteração do estilo de vida das pessoas (CAMPOS, 2008).

No entanto, o significado de promoção da saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, democracia, solidariedade, equidade, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado a ideia de “responsabilização múltipla” uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003 apud BRASIL, 2007).

Por fim, considere-se que as ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas,

neste caso, DCNTs, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESINA, 2003). A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la.

Nesse sentido, O termo risco refere-se ao grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento (PEREIRA, 1995). Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta doença. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Contrariamente, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger contra a aquisição de determinada doença, sendo chamados fatores de proteção (BRASIL, 2007).

O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinadas doenças. Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (INCA, 2007 apud BRASIL, 2007). Os fatores de risco/proteção aqui estudados são teorizados conseqüentemente.

- **Atividade Física**

A atividade física é um fator determinante do gasto de energia, do equilíbrio energético e do controle de peso. A prática de atividade física aliada a alimentação saudável promove redução no peso corporal maior do que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral (BRASIL, 2007). Além de ser importante fator para o controle do peso, a atividade física beneficia:

Melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória;

Melhoria do perfil lipídico, da pressão arterial em hipertensos, da tolerância a glicose e da ação da insulina;

Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão, câncer de colón e de mama;

Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;

Prevenção da osteoporose (ossos e articulações mais saudáveis);

Aumento da força muscular;

Melhoria do sistema imunológico;

Melhoria do funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;

Correlações favoráveis com redução do tabagismo e do consumo de álcool e drogas;

Melhoria do nível de saúde mental, com diminuição da depressão e alívio do estresse;

Aumento do bem estar e da auto estima;

Cabe ressaltar que o conceito de atividade física não pode ser confundido como o de exercício físico. A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, o que sugere a adoção de hábitos mais ativos em pequenas modificações do cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico, o que requer locais próprios para a sua realização, sob orientação de um profissional capacitado e habilitado para este fim.

Para isso, a Estratégia Global da OMS recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida, recomendando pelo menos 30 minutos de atividade física, regular ou intensa ou moderada, na maioria dos dias da semana, senão em todos.

#### ● **Alimentação**

De acordo com o Ministério da Saúde, devem ser adotadas as seguintes recomendações no que diz respeito a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006):



Sal – Restringir a 5 gramas de cloreto de sódio por dia. Reduzir sal e temperos prontos, evitando comidas industrializadas e lanches rápidos.

Açúcar – Limitar a ingestão de açúcar simples, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.

Gordura – Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais; Preferir óleos vegetais como soja, canola, girassol, oliva (1 colher de sopa por dia); Retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo.

Fibras – O consumo de alimentos ricos em fibras pode reduzir o risco de desenvolvimento de várias doenças, como diverticulite, câncer de colon e hiperlipidemias. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como grãos, tubérculos, raízes, frutas, legumes, verduras e leguminosas.

Peixe - Incentivar o consumo.

Álcool – Evitar a ingestão excessiva de álcool. Homens: No máximo 2 doses de bebida alcoólica por dia; Mulheres: No máximo uma dose de bebida alcoólica por dia (onde 1 dose corresponde a 1 lata de cerveja – 350 ml ou 1 cálice de vinho tinto/150 ml ou 1 dose de bebida destilada/40ml).

Pressupõe-se que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente seja suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição. Segundo os princípios da alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor os hábitos alimentares. Portanto, uma alimentação adequada deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais (BRASIL, 2006).

Quanto a isso, entre os objetivos da Estratégia Global para Alimentação Saudável, aprovado pela OMS e seus membros associados em sua 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, atividade física e saúde, se insere a redução dos fatores de risco de DCNTs por meio da ação em promoção da saúde e medidas preventivas.

- **Tabagismo**

Por causar inúmeras mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países

desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil sendo considerado um fator de risco para as DCNTs (WHO, 2004).

Não havendo uma mudança de curso da exposição mundial ao tabagismo, a OMS estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (OMS, 2002).

Além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes (BANCO MUNDIAL, 1999 apud BRASIL, 2003).

- **Pressão Alta**

A Hipertensão Arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Esta multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (FUCHS, 2004)

Idealmente, a determinação da prevalência da hipertensão na população deveria ter como parâmetro a medida objetiva da pressão arterial. Entretanto, dados os altos custos e complexidade de inquéritos com medidas objetivas, a vigilância pode utilizar-se da morbidade autorreferida, ou seja, do relato do diagnóstico médico de hipertensão (BRASIL, 2001)

Entretanto, estudos de validação já mostraram sua utilidade. Estudo realizado em amostra nacional nos Estados Unidos mostrou boa sensibilidade (71%) e especificidade (92%) e sugeriu que a hipertensão pode ser mensurada por este instrumento na população não hispânica e entre aqueles que fizeram

pelo menos uma visita ao médico no último ano (VARGAS et al, 1997 apud BRASIL, 2003). Já em estudo de base populacional brasileiro, valores muito semelhantes, 72% de sensibilidade e 86% de especificidade, foram encontrados (BRASIL, 2003).

- **Colesterol**

O colesterol pode ser considerado um tipo de lipídio (gordura) produzido em nosso organismo. Ele está presente em alimentos de origem animal (carne, leite integral, ovos etc.). Em nosso organismo, desempenha funções essenciais, como produção de hormônio e vitamina D. No entanto, o excesso de colesterol no sangue é prejudicial e aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os níveis ideais de colesterol no sangue devem ser:

- Colesterol Total: abaixo de 200mg/dL de sangue
- Bom Colesterol (HDL): acima de 35mg/dL de sangue
- Mau Colesterol (LDL): abaixo de 130mg/dL de sangue.

Existem remédios para controlar o colesterol alto, mas a aterosclerose só melhora com uma mudança mais significativa no estilo de vida. Reduzir o estresse, praticar exercícios físicos, manter a pressão arterial estável e o peso sob controle, são fundamentais.

Muitos fatores podem contribuir para o aumento do colesterol, como tendências genéticas ou hereditárias, obesidade e atividade física reduzida. No entanto, um dos fatores mais comuns é a dieta (BRASIL, 2006).

A dieta rica em colesterol inclui grandes quantidades de alimentos de origem animal: óleos, leite não desnatado e ovos. As gorduras, sobretudo as saturadas, contribuem para o problema do colesterol elevado.

A gordura saturada é um tipo de gordura que, quando ingerida, aumenta a quantidade de colesterol no organismo. Está presente, principalmente, em alimentos de origem animal. A carne vermelha mesmo quando aparentemente "magra", possui moléculas de colesterol entre as suas fibras e deve ser evitada. As margarinas light ou diet devem ser as escolhidas em substituição à manteiga (BRASIL, 2003).

### **CAPITULO III**

## **ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: PARA ALÉM DE CONSULTAS E MEDICAMENTOS**

Em consonância com o quadro sócio-epidemiológico que se delineia no Brasil, foi aprovado a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), que tem por propósito central recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos mesmos, através do desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1999)

Este fato implica inclusive na mudança do perfil de adoecimento e traz repercussões para a saúde e para as políticas públicas, que passam a enfatizar a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social, gerando impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos (SIQUEIRA, 2008).

Para isso, a proposta de intervenção através das linhas de cuidado e ciclo de vida se mostram satisfatórias por corresponderem aos modelos matriciais de organização da atenção a saúde que visam a integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis de atenção, como também, uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006).

Sendo assim, ao analisar o caminho do usuário em uma determinada linha de cuidado no Sistema de Saúde, mais precisamente o percurso da pessoa idosa, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo das necessidades do indivíduo, determinado pelo projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, seguimento de tratamento, acompanhamento, orientação e promoção ou, ao contrario, se ocorre interrupção da assistência ou fragmentação da mesma neste processo (SIQUEIRA, 2008).

A linha de produção do cuidado, porém, não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, mas deve continuar, dependendo do

modelo de atenção que opera nesta linha, por meio do acompanhamento desse usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA et al, 2005).

Quanto a isto, grande esforço tem sido realizado no sentido de implementar modelos de atenção que respondam a necessidade da integralidade da atenção a saúde das pessoas idosas. Isso se dá porque melhorar a qualidade de vida dessas pessoas vai além de tratar doenças quando já instaladas ou até mesmo quando os mesmos portam alguma doença, a postura errônea de reduzi-los ao momento de consulta que na maioria das vezes ocorre apenas como requisito para obtenção do medicamento.

Estudos mostram que estratégias de controle dos fatores de risco de DCNTs combinadas com educação comunitária e monitoramento dos indivíduos com estes fatores, contribuíram para uma queda significativa na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos, evidenciando-se a minimização da vulnerabilidade a partir do conhecimento de fatores de proteção disponíveis por meio de ações de promoção da saúde eficazes, visto que as populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores de risco que a determinam (SIQUEIRA, 2008).

Segundo Boff (1999), o cuidado é uma característica essencial do ser humano e pressupõe uma postura de convivência, interação e comunhão. As relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito-sujeito e não na perspectiva sujeito-objeto. Para isso, os profissionais de saúde, que desenvolvem ações de cuidado, devem encarar a saúde como um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana. Devem ainda procurar contribuir para que os indivíduos, de maneira autônoma e utilizando suas próprias ferramentas, possam passar pelas situações que implicam no adoecer da maneira mais saudável possível, buscando ampliar sua qualidade de vida de acordo com a condição de saúde ou doença que apresentem.

No entanto, a atenção à saúde da pessoa idosa, mesmo na atenção primária, tornou-se algo mecanizado, visto que os usuários procuram a unidade de saúde mensalmente no intuito de receber a medicação da qual fazem uso

controlado, como por exemplo, aqueles cadastrados no HiperDia, ou então, quando com o processo saúde doença já instalado para obter a receita do medicamento que o livrará do quadro sintomatológico que apresenta.

O HiperDia corresponde ao cadastro que fornece as informações necessárias para a aquisição, a dispensação e a distribuição dos medicamentos usados no tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus de modo regular e sistêmico (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, concordamos com PAIM (1999) ao considerar que podem existir modelos assistenciais que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza medico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção e ainda, há modelos em que seus serviços simplesmente atendem as demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999).

Para isso, a assistência de Enfermagem, reconhecida por uma dimensão não apenas biológica, passa a assumir um papel fundamental na [re] construção de novas práticas para a atenção as pessoas idosas visando o bem estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento a suas necessidades de saúde.

Com isso, importa lembrar que para o cuidado denominado técnico, relacionado a aspectos predominantemente físicos, existem manuais, modelos de intervenções, rotinas de procedimentos, que padronizam e fundamentam cada ação. Porém, as que envolvem o cuidado humano, denominado de cuidado não físico, não são normatizadas em manuais. Nesta concepção e reconhecendo a ação de Enfermagem um processo interativo, o mesmo precisa ser vivido, possuir um significado para quem o realiza (Enfermeiro) e para aquele que o recebe (Usuário).

## **CAPITULO IV**

### **ESCOLARIDADE E SAÚDE DA PESSOA IDOSA: OS NÍVEIS DE RISCO/ PROTEÇÃO AVALIADOS A PARTIR DOS ANOS DE ESTUDO**

Durante a última década, estudos demonstraram de maneira consistente que quanto mais tempo uma pessoa passa se educando, menor é o risco de sofrer de varias doenças. O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças e pessoas idosas. Assim, o baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (BRASIL, 2004)

Para tanto, a taxa de analfabetismo é um indicador síntese da situação educacional de um país. A disparidade entre as taxas de analfabetismo dos estados brasileiros é bastante significativa sendo que as mais elevadas foram encontradas no Nordeste

Nesse sentido, consideramos que educação e saúde são dimensões da vida humana, normalmente separadas, mas que precisam permanecer sempre juntas. Normalmente se deixa a dimensão saúde para os profissionais da área e a educação é esquecida ou relegada à escola. E com isso, em geral, a população fica sem saúde e sem educação, pois dentro desse raciocínio as pessoas, no cotidiano, nas famílias, no dia-a-dia não precisariam se preocupar nem com a preservação da saúde nem com a educação, pois para isso existem os profissionais de saúde.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal com abordagem descritiva e exposição quantitativa resultante de uma pesquisa-ação, entendida como “um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou ainda, com a resolução de um problema coletivo, onde todos os pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo e participativo” (THIOLLENT, 1985 apud GIL, 2010).

### 5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho, localizada no bairro do Monte Santo, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba.

A escolha do local ocorreu devido ao fato de que a Unidade de Saúde Bonald Filho já possuía um trabalho eficaz voltado à pessoa idosa, a partir do grupo de idosos Nova Vida, onde sempre foram desenvolvidas atividades voltadas à promoção da saúde desses indivíduos e prevenção de agravos frequentes nesta fase da vida. Associado a isto, a unidade foi contemplada com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde por meio das Universidades Federal de Campina Grande e Estadual da Paraíba, assim como Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, focando as ações na saúde da pessoa idosa o que reforçou a execução das atividades aqui destacadas.

### 5.3 AÇÕES PARALELAS À PESQUISA

Roda de conversa com idosos sobre amamentação. Objetivo: Incentivar idosos quanto a possibilidade de se tornarem multiplicadores de informações acerca dos benefícios da amamentação. Metodologia: Leitura de texto rimado,



estilo cordel, abordando a temática e para relaxar foi realizado alongamento de dinâmica;

Recadastramento do HiperDia. Objetivo: Efetivar o cadastro dos usuários no programa HIPERDIA. Metodologia: Realizou-se convites através dos Agentes Comunitários de Saúde no intuito de sensibilizar a participação dos idosos. Na oportunidade, fez-se uma dramatização abordando a automedicação;

Passeios ao parque e fazenda. Objetivo: Envolver os idosos em atividades de lazer no intuito de promover saúde. Metodologia: Alongamento, conversa, caminhada, dinâmicas e lanche saudável;

Realização de Mini Curso sobre Amamentação. Objetivo: Capacitar mulheres idosas quanto aos conhecimentos relacionados a amamentação com o propósito de incentivá-las a serem multiplicadoras, na família e comunidade, de tais idéias. Metodologia: Perguntas relacionadas aos mitos e verdades acerca da amamentação, atividades lúdicas, slides, sorteio de brindes e encenação de amamentação com bonecas para avaliar a posição que favorece a boa pega do bebê;

Visitas domiciliares aos idosos para reconhecimento das dificuldades quanto a acessibilidade assim como condições sociais que influenciam o processo saúde doença (saneamento básico, tratamento da água, armazenamento da alimentação, exposição a fatores de risco, entre outros);

Realização de Semana de Saúde da Mulher. Objetivo: Envolver as mulheres aos cuidados necessários com a saúde a partir de uma semana de atividades focando a realização de exame citopatológico, rodas de conversa acerca de doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e gravidez na adolescência, esclarecimento de dúvidas quanto a lei Maria da Penha, assessoramento jurídico, entre outros;

#### 5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população abrange idosos assistidos pela UBSF Bonald Filho. A amostra envolveu 139 idosos pertencentes à área de abrangência 053 (IBGE), da equipe da UBSF Bonald Filho localizada no bairro Monte Santo, Campina

Grande, PB, mas, para este estudo, desconsiderou-se duas pessoas inicialmente selecionada devido a precariedade quanto a qualidade das informações prestadas.

## 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Considerou-se sujeitos da pesquisa os usuários idosos, de ambos os sexos, conscientes e orientados, apresentando uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis, cadastrados na equipe de saúde II da UBSF Bonald Filho e que aceitaram participar da pesquisa mediante leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos da pesquisa, os idosos que não se enquadraram nos critérios mencionados.

## 5.6 COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta utilizados foram formulários de atendimento médico diário, formulário de cadastramento do programa HiperDia, e formulário de pesquisa (APÊNDICE C) baseado no Inquérito Domiciliar de Vigilância e Monitoramento de Fatores de Risco e Prevenção para as DCNTs – VIGITEL, 2010 (ANEXO B), Contendo questões objetivas referentes à caracterização dos idosos, as DCNTs identificadas, os fatores de risco e os de proteção.

## 5.7 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados inicialmente dos prontuários para identificação dos idosos cadastrados na área 053 que possuíam diagnóstico confirmado de alguma DCNT. Utilizando-se fichas de cadastro das pessoas idosas, abordando dados de identificação (nome, endereço e idade) e tipos de doenças, agendou-se com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) as visitas a serem feitas a partir de cada microárea. Durante as visitas, sempre supervisionadas pelos ACS's, a pesquisa foi explicada e após aprovação do

possível entrevistado quanto a participação a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A ) foi solicitada. Aos que relataram impossibilidade quanto a assinatura, propôs-se a impressão da polpa digital. As visitas ocorreram durante o mês de março de 2012 tendo sido aplicados 139 formulários.

## 5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados neste trabalho enfocados foram analisados através de técnicas estatísticas descritivas inferenciais por meio de correlações. Os testes utilizados foram Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher sendo a margem de erro dos testes estatísticos 5%. Os dados foram digitados e analisados no SPSS (Statistical Packag for the Social Sciences) versão 17.0 em seguida apresentados em forma de gráficos, figuras e tabelas e discutidos à luz da literatura proposta no referencial teórico.

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande sob protocolo numero 20113011-067. Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa, (BRASIL, 1996), estão assegurados, garantindo: Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados; Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão e assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Além disso, para a utilização dos dados, foi requerida autorização da ex coordenadora geral do PET Saúde Da Família de Campina Grande assim como da tutora do PET Saúde da Pessoa Idosa, constatnto nos anexos em forma de declaração.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 TABAGISMO

#### 6.1.1 Por Faixa Etária

**Tabela 1 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária**

Faixa etária	Tabagismo			Total	
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
60 a 69 anos	n 7 14,0%	n 2 4,0%	n 41 82,0%	n 50 100,0%	0,891
70 a 79 anos	n 7 12,5%	n 3 5,4%	n 46 82,1%	n 56 100,0%	
80 a 89 anos	n 2 9,1%	n 1 4,5%	n 19 86,4%	n 22 100,0%	
90 anos ou mais	n - -	n 1 11,1%	n 8 88,9%	n 9 100,0%	
Total	n 16 11,7%	n 7 5,1%	n 114 83,2%	n 137 100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

A pesquisa evidenciou que mais de 16% dos idosos são fumantes. Constatou-se também, uma leve diminuição na proporção de fumantes de acordo com a idade, principalmente quanto ao uso diário, visto que, na faixa etária de 60 a 69 anos 14% fumam diariamente, de 70 a 79 anos (12,5%), de 80 a 89 anos (9,1%) e ao chegar aos 90 anos o uso do tabaco deve ser apenas ocasionalmente.

Aplicado o teste de Qui-quadrado de associação,  $p=0,891$  conclui-se que não existe evidências estatísticas de que o uso do tabaco entre os idosos esteja relacionado a idade considerando o nível de 5% de significância

## 6.1.2 Por Gênero

**Tabela 2 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o Gênero.**

Gênero	Tabagismo			Total	Valor de p
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
Masculino	n 7	n 2	n 30	n 39	0,351 <sup>1</sup>
	% 17,9%	% 5,1%	% 76,9%	% 100,0%	
Feminino	n 9	n 5	n 84	n 98	
	% 9,2%	% 5,1%	% 85,7%	% 100,0%	
Total	n 16	n 7	n 114	n 137	
0,382	% 11,7%	% 5,1%	% 83,2%	% 100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

<sup>1</sup> Para aplicação do teste, o tabagismo foi considerado como duas categorias (sim ou não).

Constatou-se na pesquisa que 16,8% dos idosos são fumantes. Entre os homens, 23% são fumantes sendo 17,9% diariamente, enquanto que a proporção de mulheres fumantes é 14,3% sendo 9,2% diariamente.

Aplicado o teste de associação de qui-quadrado,  $p=0,351$ , conclui-se que não existe evidências estatísticas de que o tabagismo esteja relacionado com o gênero dos idosos. Ao nível de 5% de significância.

## 6.1.3 Por Escolaridade

**Tabela 3 - Tabagismo entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Escolaridade.**

Escolaridade		Tabagismo			Total	Valor de p
		Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
Nunca Estudou	n	7	4	30	41	0,819
	%	17,1%	9,8%	73,2%	100,0%	
Curso Primário (1 a 4 anos de estudo)	n	8	3	66	77	
	%	10,4%	3,9%	85,7%	100,0%	
Curso ginásial (1 a 5 anos de estudo)	n	1	0	10	11	
	%	9,1%	,0%	90,9%	100,0%	
1º Grau (1 a 8 anos de estudo)	n	0	0	3	3	
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
2º Grau (1 a 3 anos de estudo)	n	0	0	3	3	
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
Curso Superior (1 a 8 anos de estudo)	n	0	0	2	2	
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
Total	n	16	7	114	137	
	%	11,7%	5,1%	83,2%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012..

A pesquisa evidenciou que 16,8% dos idosos fumam sendo 11,7% diariamente, isto é, estima-se que 1 em cada 10 idosos usam tabaco diariamente e 5,1% fumam apenas ocasionalmente.

Pelo teste de associação de Qui-quadrado,  $p=0,819$ , conclui-se que não existe evidências estatísticas de que o tabagismo entre os idosos esteja relacionado ao nível de escolaridade. Ao nível de 5% de significância.

## 6.2 ATIVIDADE FÍSICA

### 6.2.1 Por Faixa Etária

**Tabela 4 - Prática de Atividade Física segundo a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Faixa etária	Atividade física		Total	
	Não	Sim		
60 a 69 anos	n 36	n 14	n 50	0,424
	% 72,0%	% 28,0%	% 100,0%	
70 a 79 anos	n 38	n 18	n 56	
	% 67,9%	% 32,1%	% 100,0%	
80 a 89 anos	n 18	n 4	n 22	
	% 81,8%	% 18,2%	% 100,0%	
90 anos ou mais	n 8	n 1	n 9	
	% 88,9%	% 11,1%	% 100,0%	
Total	n 100	n 37	n 137	
	% 73,0%	% 27,0%	% 100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

A pesquisa evidenciou que 73% dos idosos não praticam atividades físicas. Observou-se ainda que os idosos com idade entre 70 e 79 são aqueles que mais praticam atividades físicas enquanto que os que menos praticam são aqueles com 90 anos ou mais, estima-se, portanto, que apenas 1 em cada 10 idosos com mais de 90 anos se exercitam.

Aplicado o teste de associação de qui-quadrado,  $p=0,424$ , conclui-se que não existem evidências estatísticas de que a prática de atividade física entre os idosos esteja relacionada a faixas etárias ao nível de 5% de significância.

## 6.2.2 Por Gênero

**Tabela 5 - Prática de Atividade Física segundo o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Gênero		Atividade física		Total	Valor de p <sup>1</sup> .
		Não	Sim		
Masculino	n	23	16	39	0,032*
	%	59,0%	41,0%	100,0%	
Feminino	n	77	21	98	
	%	78,6%	21,4%	100,0%	
Total	n	100	37	137	
	%	73,0%	27,0%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

<sup>1</sup> Valor de p pelo teste Exato de Fisher

A pesquisa evidenciou que pouco menos de 1/3, ou seja, 27% dos idosos praticam atividades físicas. Entre os homens, 41% praticam atividades. Já entre as mulheres, apenas 21,4% praticam atividades físicas.

Pelo teste Exato de Fisher,  $p=0,032$  conclui-se existe evidências estatísticas de que a prática de atividades físicas está significativamente relacionada ao gênero dos pacientes. Ao nível de 5% de significância.



## 6.2.3 Por Escolaridade

**Tabela 6 - Prática de Atividades Físicas de acordo com a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Escolaridade		Atividade física		Total	Valor de p
		Não	Sim		
Nunca Estudou	n	30	11	41	0,564
	%	73,2%	26,8%	100,0%	
Curso Primário (1 a 4 anos de estudo)	n	58	19	77	
	%	75,3%	24,7%	100,0%	
Curso ginásial (1 a 5 anos de estudo)	n	7	4	11	
	%	63,6%	36,4%	100,0%	
1º Grau (1 a 8 anos de estudo)	n	2	1	3	
	%	66,7%	33,3%	100,0%	
2º Grau (1 a 3 anos de estudo)	n	1	2	3	
	%	33,3%	66,7%	100,0%	
Curso Superior (1 a 8 anos de estudo)	n	2	0	2	
	%	100,0%	,0%	100,0%	
Total	n	100	37	137	
	%	73,0%	27,0%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande - 2012

Constatou-se na pesquisa que menos de 1/3, ou seja, 3 em cada 10 idosos cuidam da saúde praticando atividades físicas, observou-se ainda que apenas os idosos com nível médio (2º grau), a maioria 66,7% fazem atividades físicas. Os demais, independente do nível de escolaridade, a maioria não praticam atividade física.

Aplicado o teste de Qui-quadrado de associação,  $p=0,564$ , conclui-se que não existem evidências estatísticas de que o hábito de praticar atividades físicas entre os idosos esteja relacionado ao nível de escolaridade. Ao nível de 5% de significância.

## 6.3 COLESTEROL

### 6.3.1 Por Faixa Etária

**Tabela 7 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com a faixa etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Faixa etária	Colesterol Elevado			Total	Valor de p
	Não	Sim	Não lembro		
60 a 69 anos	n 25	n 22	n 3	n 50	0,582
	% 50,0%	% 44,0%	% 6,0%	% 100,0%	
70 a 79 anos	n 31	n 24	n 1	n 56	
	% 55,4%	% 42,9%	% 1,8%	% 100,0%	
80 a 89 anos	n 14	n 6	n 2	n 22	
	% 63,6%	% 27,3%	% 9,1%	% 100,0%	
90 anos ou mais	n 6	n 3	n -	n 9	
	% 66,7%	% 33,3%	% -	% 100,0%	
Total	n 76	n 55	n 6	n 137	
	% 55,5%	% 40,1%	% 4,4%	% 100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

A pesquisa evidenciou que aproximadamente 40% dos idosos apresentam colesterol alto podendo ser acrescentado 4,4% visto que estes não se lembram. Entre as faixas etárias, a que apresenta o maior percentual de idosos com alteração no colesterol é a faixa de 60 a 69 anos. (44,0%) enquanto que a faixa etária de idosos com menor percentual de colesterol alto é a de 80 a 89 anos (27,3%).

## 6.3.2 Por Gênero

**Tabela 8 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Gênero	Colesterol Elevado			Total	Valor de p	
	Não	Sim	Não lembro			
Masculino	n	33	4	2	39	0,000
	%	84,6%	10,3%	5,1%	100,0%	
Feminino	n	43	51	4	98	
	%	43,9%	52,0%	4,1%	100,0%	
Total	n	76	55	6	137	
	%	55,5%	40,1%	4,4%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

Verificou-se na pesquisa que a maioria, 55,5% dos idosos afirma que nenhum médico lhes disse ter colesterol ou triglicérides elevado. Fazendo a comparação entre os gêneros, observa-se que mais da metade das mulheres, 52% informam que algum médico já lhes disse ter elevação do colesterol ou triglicérides enquanto que os homens, apenas 10,3% afirmam o mesmo.

Aplicado o teste de qui-quadrado,  $p=0,000$  conclui-se que existe evidências estatísticas de que a elevação do colesterol ou triglicérides esteja relacionada significativamente com o gênero dos idosos ao nível 5% de significância. O que sugere uma investigação minuciosa nos hábitos das mulheres

## 6.3.3 Por Escolaridade

**Tabela 9 - Diagnostico de Colesterol Elevado de acordo com a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Escolaridade	Colesterol Elevado			Total	Valor de p	
	Não	Sim	Não lembro			
Nunca Estudou	n	29	12	0	41	0,051
	%	70,7%	29,3%	,0%	100,0%	
Curso Primário (1 a 4 anos de estudo)	n	40	31	6	77	
	%	51,9%	40,3%	7,8%	100,0%	
Curso ginásial (1 a 5 anos de estudo)	n	3	8	0	11	
	%	27,3%	72,7%	,0%	100,0%	
1º Grau (1 a 8 anos de estudo)	n	1	2	0	3	
	%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%	
2º Grau (1 a 3 anos de estudo)	n	3	0	0	3	
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
Curso Superior (1 a 8 anos de estudo)	n	0	2	0	2	
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
Total	n	76	55	6	137	
	%	55,5%	40,1%	4,4%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

Constatou-se na pesquisa que aproximadamente 40% dos idosos têm o colesterol ou triglicérides elevado. Nenhum dos idosos que fizeram o 2º grau, relatou ter elevação no colesterol. O maior percentual, esta nos que cursaram Ensino superior(100%). Verifica-se um crescimento gradativo no percentual de idosos com este problema a medida que o nível de escolaridade aumenta.

Pelo teste Qui-quadrado de associação,  $p=0,051$ , conclui-se que não existe evidencias estatísticas de que a elevação no colesterol esteja relacionada ao nível de escolaridade.

## 6.4 ETILISMO

### 6.4.1 Por Faixa Etária

**Tabela 10 - Consumo de Álcool segundo a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Faixa etária	Etilismo			Total	Valor de p
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
60 a 69 anos	n -	6	44	50	0,665
	% -	12,0%	88,0%	100,0%	
70 a 79 anos	n 1	2	53	56	
	% 1,8%	3,6%	94,6%	100,0%	
80 a 89 anos	n -	2	20	22	
	% -	9,1%	90,9%	100,0%	
90 anos ou mais	n -	1	8	9	
	% -	11,1%	88,9%	100,0%	
Total	n 1	11	125	137	
	% 0,7%	8,0%	91,2%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

Constatou-se na pesquisa que 8,7% dos idosos são etílicos, sendo 8,0% ocasionalmente e 0,7% diariamente. Entre as faixas etárias, A faixa que apresenta o maior percentual de etílicos é a de 60 a 69 anos (12%), entretanto, a faixa que apresenta etílico diário (1 idoso) é a de 70 a 79anos.

### 6.4.2 Por Gênero

**Tabela 11 - Consumo de Álcool de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Gênero	Etilismo			Total	Valor de p <sup>1</sup>
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
Masculino	n 0	8	31	39	0,003*
	% 0,0%	20,5%	79,5%	100,0%	
Feminino	n 1	3	94	98	
	% 1,0%	3,1%	95,9%	100,0%	
Total	n 1	11	125	137	
	% 0,7%	8,0%	91,2%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012

A pesquisa evidenciou que a grande maioria dos idosos, 91,2% não consome álcool. Dentre os idosos masculinos, constatam-se apenas etílicos ocasionalmente (20%). Já entre as mulheres, observou-se 1% de etílicas diariamente.

Aplicado o teste exato de Fisher,  $p=0,003$ , Conclui-se que existe evidências estatísticas de que o consumo de álcool esteja significativamente relacionado ao gênero. Ao nível de 5% de significância.

#### 6.4.3 Por Escolaridade

**Tabela 12 - Etílico entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Escolaridade.**

Escolaridade	Etílico			Total	Valor de p
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Não		
Nunca Estudou	n 1	n 5	n 35	n 41	0,662
	% 2,4%	% 12,2%	% 85,4%	% 100,0%	
Curso Primário (1 a 4 anos de estudo)	n 0	n 5	n 72	n 77	
	% ,0%	% 6,5%	% 93,5%	% 100,0%	
Curso ginásial (1 a 5 anos de estudo)	n 0	n 0	n 11	n 11	
	% ,0%	% ,0%	% 100,0%	% 100,0%	
1º Grau (1 a 8 anos de estudo)	n 0	n 0	n 3	n 3	
	% ,0%	% ,0%	% 100,0%	% 100,0%	
2º Grau (1 a 3 anos de estudo)	n 0	n 1	n 2	n 3	
	% ,0%	% 33,3%	% 66,7%	% 100,0%	
Curso Superior (1 a 8 anos de estudo)	n 0	n 0	n 2	n 2	
	% ,0%	% ,0%	% 100,0%	% 100,0%	
<b>Total</b>	n 1	n 11	n 125	n 137	
	% ,7%	% 8,0%	% 91,2%	% 100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande - 2012

Verificou-se na pesquisa que 8,7% dos idosos são etílicos. e o percentual de idosos que nunca estudaram é 30%.

Dentre os níveis de escolaridade, quem mais consomem álcool são idosos com 2º grau, 33,3%, no entanto apenas ocasionalmente. Constata-se o consumo diário apenas entre os idosos que nunca estudaram.

Aplicado o teste de correlação de Qui-quadrado,  $p=0,662$ . Conclui-se que não existe evidências estatísticas de que etilismo entre os idosos esteja relacionado ao nível de escolaridade. Ao nível de 5% de significância.

## 6.5 PRESSÃO ALTA

### 6.5.1 Por Faixa Etária

**Tabela 13 - Diagnostico de Pressão Alta de acordo com a Faixa Etária dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Faixa etária		Pressão Alta		Total	Valor de p
		Não	Sim		
60 a 69 anos	n	17	33	50	0,728
	%	34,0%	66,0%	100,0%	
70 a 79 anos	n	21	35	56	
	%	37,5%	62,5%	100,0%	
80 a 89 anos	n	6	16	22	
	%	27,3%	72,7%	100,0%	
90 anos ou mais	n	2	7	9	
	%	22,2%	77,8%	100,0%	
Total	n	46	91	137	
	%	33,6%	66,4%	100,0%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

Constatou-se na pesquisa que independente da faixa etária, a proporção de idosos com pressão alta passa dos 60%. Analisando por faixa etária, verificou-se que a maior proporção de idosos 77,8% com pressão alta esta na faixa etária de 90 anos ou mais.

Aplicado o teste de Qui-quadrado,  $p=0,728$ , conclui-se que não existe evidencias estatísticas de que a elevação na pressão arterial esteja relacionado a idade dos idosos. No entanto, visto que a idade mínima é 60 anos, este fator de risco pode estar relacionado com faixas etária menores.

## 6.5.2 Por Gênero

**Tabela 14 - Diagnostico de Pressão Alta de acordo com o Gênero dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Gênero	Pressão Alta		Total	Valor de p
	Não	Sim		
Masculino	n	16	23	0,316
	%	41,0%	59,0%	
Feminino	n	30	68	
	%	30,6%	69,4%	
Total	n	46	91	
	%	33,6%	66,4%	

Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande-2012.

A pesquisa evidenciou que 66,4% dos idosos apresentam pressão alta. Observou-se ainda que o gênero feminino (69,4%) é mais afetado por este problema. Estima-se que 7 em cada 10 mulheres tem pressão alta enquanto os homens 6 em cada 10.

## 6.5.3 Por Escolaridade

**Tabela 15 - Diagnostico de Pressão Alta segundo a Escolaridade dos idosos da UBSF Bonald Filho.**

Escolaridade	Pressão alta		Total	Valor de p
	Não	Sim		
Nunca Estudou	n	12	29	0,116
	%	29,3%	70,7%	
Curso Primário (1 a 4 anos de estudo)	n	25	52	
	%	32,5%	67,5%	
Curso ginásial (1 a 5 anos de estudo)	n	7	4	
	%	63,6%	36,4%	
1º Grau (1 a 8 anos de estudo)	n	0	3	
	%	,0%	100,0%	
2º Grau (1 a 3 anos de estudo)	n	2	1	
	%	66,7%	33,3%	
Curso Superior (1 a 8 anos de estudo)	n	0	2	
	%	,0%	100,0%	
Total	n	46	91	
	%	33,6%	66,4%	



Fonte: Pesquisa realizada junto aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho, da área de abrangência codificada 053 pelo IBGE. Campina Grande - 2012

Verificou-se na pesquisa 66,4% dos idosos apresentam pressão alta, quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que a menor proporção de idosos com a pressão alta é daqueles que fizeram tanto o curso ginásial (36,4%) quanto o 2º grau (33,3%). Em todos os demais níveis de escolaridade, a proporção de idosos com pressão alta, ultrapassa os 65%.

Aplicado o teste de associação de qui-quadrado,  $p=0,116$  conclui-se que não existe evidências estatísticas de que a pressão alta esteja relacionada ao nível de escolaridade dos idosos. Ao nível de 5% de escolaridade

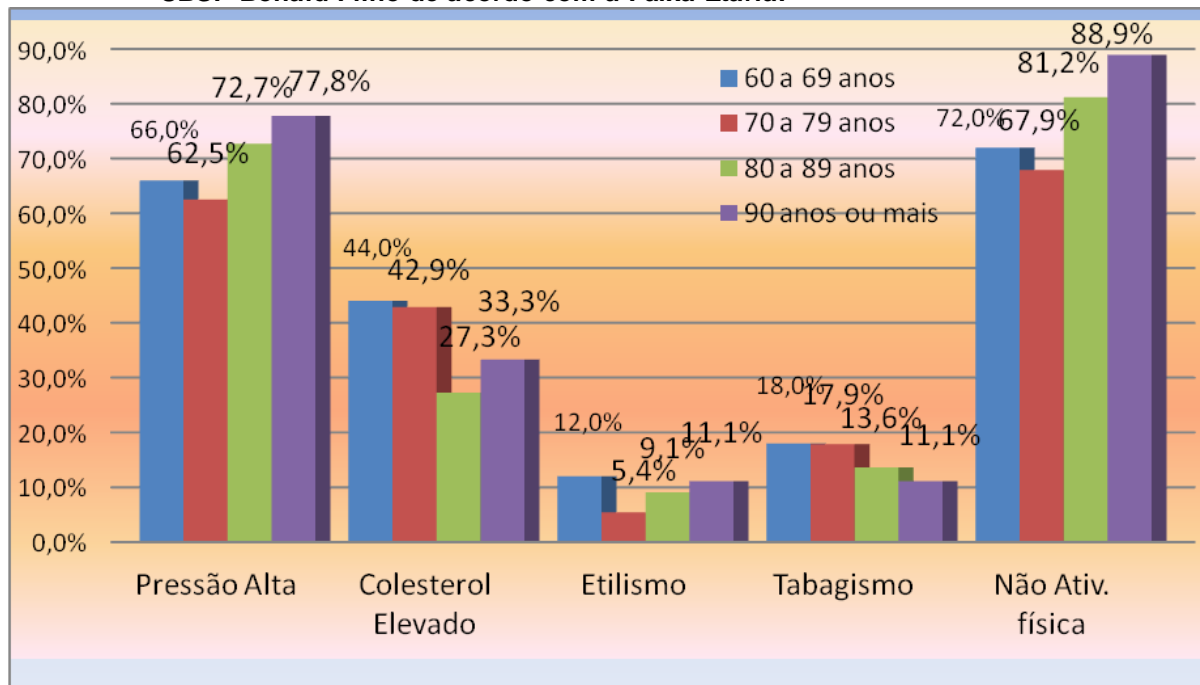
## 6.6 ANÁLISE GERAL DA PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO

**Quadro 1 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária.**

Faixa etária	Pressão Alta	Colesterol Elevado	Etilismo	Tabagismo	Atividade física	Total
	Sim				Não	
60 a 69 anos	33	22	6	9	36	50
	66,0%	44,0%	12%	18,0%	72,0%	100,0%
70 a 79 anos	35	24	3	10	38	56
	62,5%	42,9%	5,4%	17,9%	67,9%	100,0%
80 a 89 anos	16	6	2	3	18	22
	72,7%	27,3%	9,1%	13,6%	81,8%	100,0%
90 anos ou mais	7	3	1	1	8	9
	77,8%	33,3%	11,1%	11,1%	88,9%	100,0%
Total	91	55	12	23	100	137
	66,4%	40,1%	8,7%	16,8%	73,0%	100,0%

A pressão alta prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos. o colesterol aflige mais os idosos entre 61 e 79 anos. Tanto o etilismo quanto o tabagismo esta mais presente entre os idosos com idade entre 61 e 69 anos. Observa-se também que o ato não praticar atividade física prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos.

**Gráfico 1 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com a Faixa Etária.**

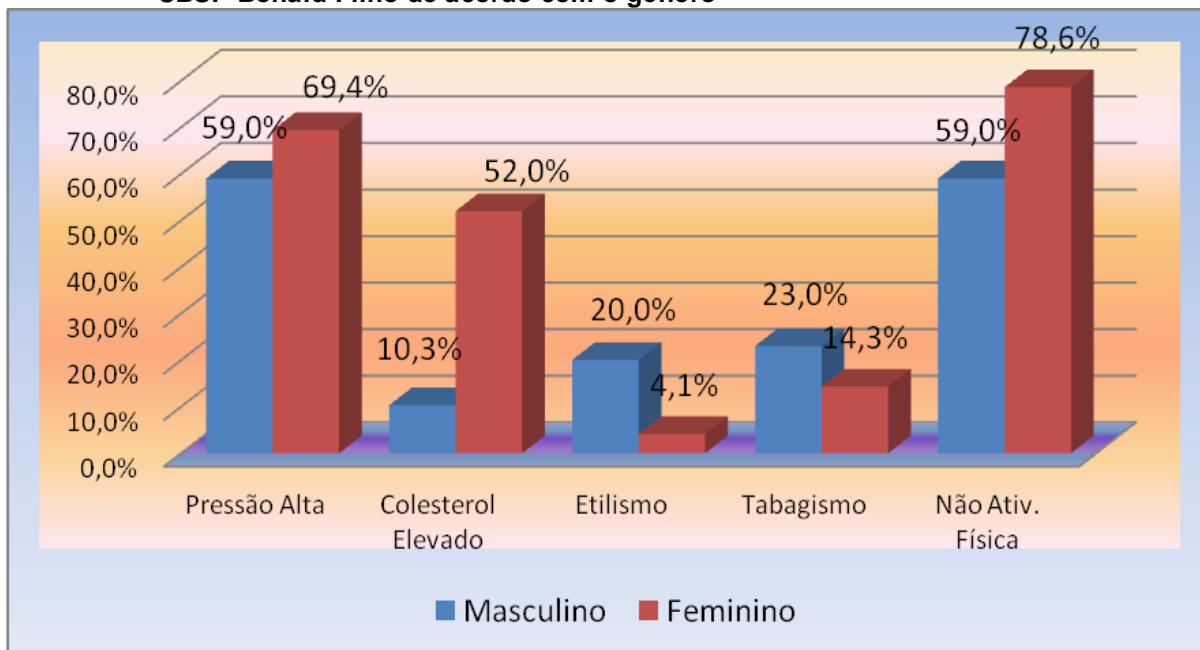


**Quadro 2 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o gênero**

Gênero	Pressão Alta	Colesterol Elevado	Etilismo	Tabagismo	Atividade Física	Total
	Sim				Não	
Masculino	23	4	8	9	23	39
	59,0%	10,3%	20,0%	23,0%	59,0%	100,0%
Feminino	68	51	4	14	77	98
	69,4%	52,0%	4,1%	14,3%	78,6%	100,0%
Total	91	55	12	23	100	137
	66,4%	40,1%	8,7%	16,8%	73,0%	100,0%

Tanto a pressão alta quanto o colesterol elevado é superior nos gênero feminino. O etilismo e o tabagismo prevalece sobre o genero masculino. O ato de não praticar atividade física prevalece sobre as mulheres.

**Gráfico 2 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o gênero**

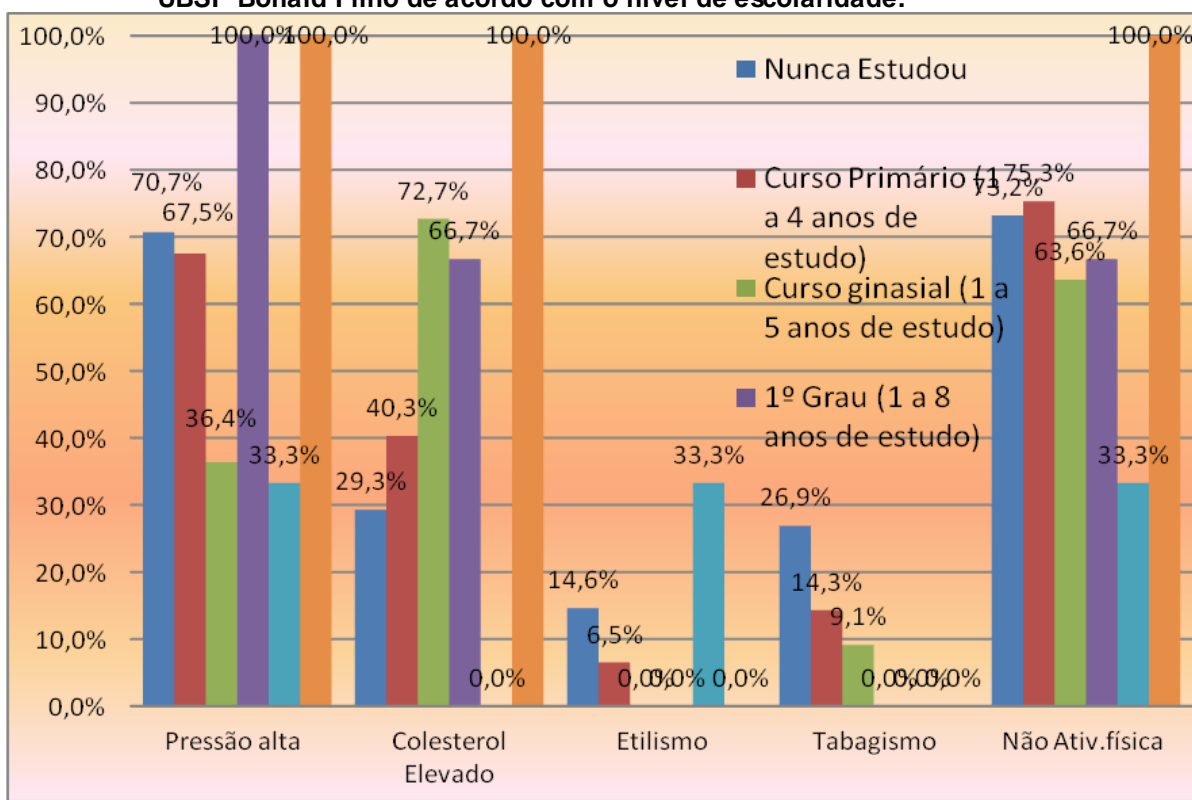


**Quadro 3 - Resumo da prevalência dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o nível de escolaridade.**

Escolaridade		Pressão alta	Colesterol Elevado	Etilismo	Tabagismo	Atividade física	Total
		Sim					
Nunca Estudou	n	29	12	6	11	30	41
	%	70,7%	29,3%	14,6%	26,9%	73,2%	100,0%
Curso Primário	n	52	31	5	11	58	77
	%	67,5%	40,3%	6,5%	14,3%	75,3%	100,0%
Curso ginásial	n	4	8	-	1	7	11
	%	36,4%	72,7%	-	9,1%	63,6%	100,0%
1º Grau	n	3	2	-	-	2	3
	%	100,0%	66,7%	-	-	66,7%	100,0%
2º Grau	n	1	0	1	-	1	3
	%	33,3%	0,0%	33,3%	-	33,3%	100,0%
Curso Superior	n	2	2	-	-	2	2
	%	100,0%	100,0%	-	-	100,0%	100,0%
Total	n	91	55	12	23	100	137
	%	66,4%	40,1%	8,0%	16,8%	73,0%	100,0%

Verifica-se que a pressão alta esta prevalente nos idosos que cursaram o 1º grau. Assim como a pressão alta e o colesterol elevado afligem os idosos com curso superior. O etilismo prevalece nos idosos que nunca estudaram e com 2º grau, o tabagismo aflige os que nunca estudaram e o ato de não praticar atividade física esta mais prevalente nos que nunca estudaram, fizeram o curso primário e nos que tem curso superior.

**Gráfico 3 - Resumo da prevalencia dos fatores de risco entre os idosos atendidos na UBSF Bonald Filho de acordo com o nivel de escolaridade.**

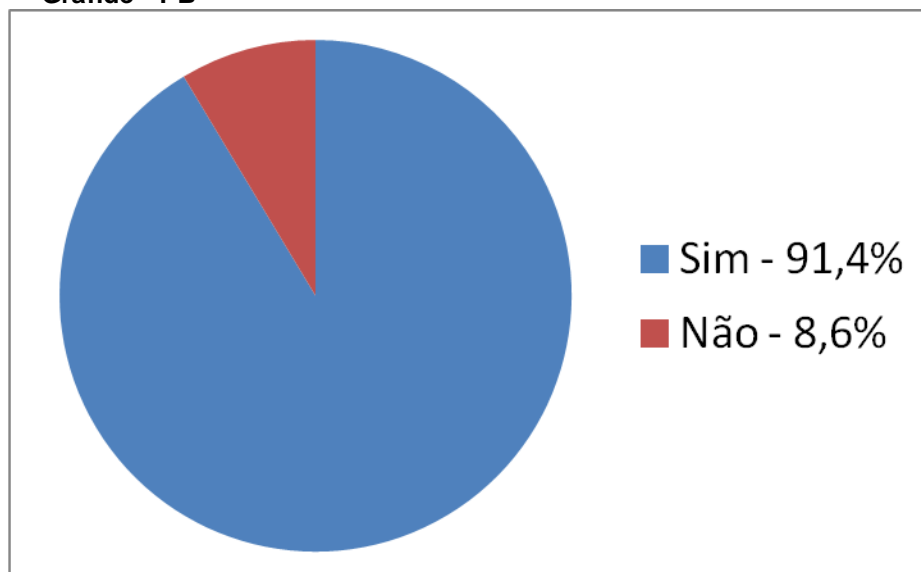


## 6.7 ALIMENTAÇÃO

### 6.7.1 Maior Prevalência de Consumo

**Pão, bolo e/ou bolachas** – A prevalência de consumo desse grupo de alimentos corresponde a maior observada entre o grupo estudado sendo 125 pessoas (91,4 %) os que comem diariamente.

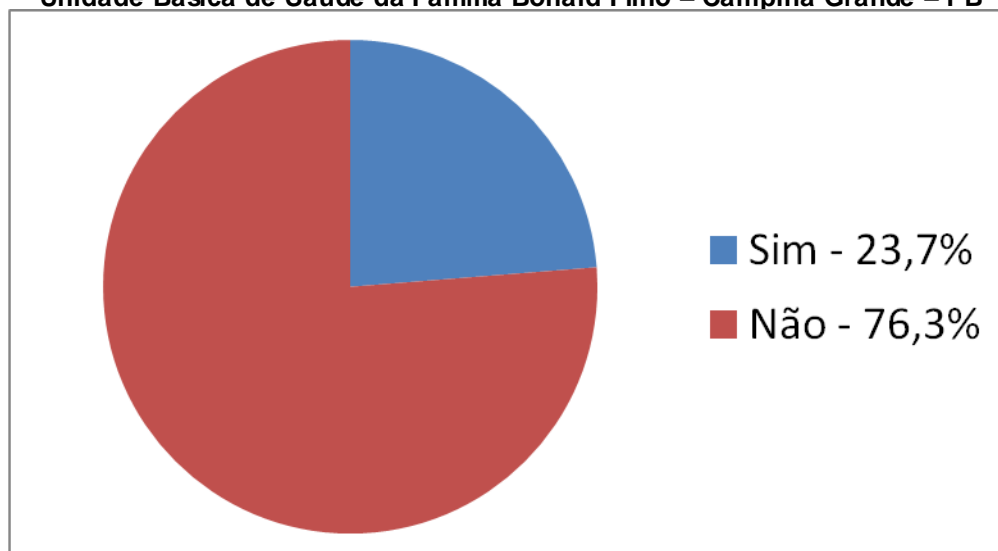
**Gráfico 4 - Prevalência do consumo de Pão, bolos e bolachas entre pessoas idosas assistidas pela Unidade de Saúde da Família – Bonald Filho – Campina Grande - PB**



#### 6.7.2 Menos Prevalência de Consumo

**Cereais** – A prevalência de consumo desse grupo de alimentos corresponde a menor observada sendo 104 pessoas (76.3 %) os que referem não ingerir cereais na alimentação, fazendo-nos concluir que apenas 33 idosos (23.7%) costumam ingerir cereais na alimentação.

**Gráfico 5 - Prevalência do consumo de cereais entre pessoas idosas assistidas pela Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho – Campina Grande – PB**



## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 DESCRIÇÃO GERAL

Constatou-se na pesquisa que a menor idade dos participantes foi 60 anos enquanto que a maior foi de 95 anos com uma média de 73 anos 6 meses. Tempo médio de escolaridade dos idosos é de 2 anos e meio, Tendo estudado por no máximo 5 anos e mínimo de 1. O tempo médio de Atividade física praticada pelos idosos é de aproximadamente 40 minutos, sendo o menor tempo de 10 minutos e o maior de 1 h e 30 minutos. 16,8% dos idosos fumam sendo 11,7% diariamente, isto é, estima-se que 1 em cada 10 idosos, usam tabaco diariamente e 5,1% fumam apenas ocasionalmente (amostra total).

#### **Quanto a Faixa Etária**

Independente da faixa etária, a proporção de idosos com pressão alta autorreferida passa dos 60% e a maior proporção de idosos (77,8%) com pressão alterada esta na faixa etária de 90 anos ou mais.

Em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Aproximadamente 40% dos idosos apresentam colesterol alto podendo ser acrescentado 4,4% visto que estes não se lembram. A faixa etária que apresenta o maior percentual de idosos com alteração no colesterol é a de 60 a 69 anos. (44,0%).

Dos idosos, 8,7% são etílicos, sendo 8,0% ocasionalmente e 0,7% diariamente. A faixa de idade que apresenta o maior percentual de etílicos é a de 60 a 69 anos (12%).

Quanto a esse indicador, a pesquisa VIGITEL concluiu que no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,0% e que a partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo declina progressivamente até chegar

a 9,0% entre os homens e 1,8% entre as mulheres na faixa etária de 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2011), mostrando que a prevalência entre a população estudada está abaixo dos números nacionais.

O estudo evidenciou que 16.8% dos idosos são fumantes. Constatou-se também, uma leve diminuição na proporção de fumantes de acordo com a idade, principalmente quanto ao uso diário, visto que, na faixa etária de 60 a 69 anos (14%) fumam diariamente, de 70 a 79 anos (12,5%), de 80 a 89 anos (9,1%) e ao chegar aos 90 anos o hábito de fumar ocorre apenas ocasionalmente.

Os números relacionados ao tabagismo estão de acordo com a pesquisa VIGITEL que constatou uma frequência de fumantes de 15,1%, nos 26 estados brasileiros e no distrito federal sendo entre homens, a frequência relativamente estável dos 25 aos 64 anos de idade, declinando intensamente entre aqueles com idade inferior a 25 (12,7%) ou superior a 65 anos de idade (10,6%). (BRASIL, 2011)

Daqueles estudados, 73% não praticam atividades físicas. Os idosos com idade entre 70 e 79 (32,1%) são aqueles que mais se exercitam. Estima-se que entre os idosos com mais de 90 anos, apenas 1 em cada 10 se exercitam

Assim, conclue-se que a pressão alta prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos. O colesterol aflige mais os idosos entre 61 e 79 anos. Tanto o etilismo quanto o tabagismo está mais presente entre os idosos com idade entre 61 e 69 anos. Observa-se também que o ato de não praticar atividade física prevalece sobre os idosos com mais de 80 anos.

### **Quanto ao Gênero**

O gênero feminino, (69,4%), é mais afetado por pressão alta referida. Estima-se que 7 em cada 10 mulheres tem pressão alta enquanto os homens 6 em cada 10 apresentam a morbidade.

Nesse caso, a pesquisa VIGITEL constatou que a frequência de hipertensão arterial referida alcançou 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%) (BRASIL, 2011).

Quanto ao colesterol elevado, 55,5% dos idosos afirma que nenhum médico lhes disse que ele tenha essa alteração. Fazendo a comparação entre os gêneros, observa-se que mais da metade das mulheres, 52% informa que algum médico já lhes disse que ela tem elevação do colesterol ou triglicérides enquanto que os homens, apenas 10,3% afirma o mesmo.

Grande maioria dos idosos, 91,2%, não consome álcool. Dentre os idosos masculinos, constatam-se apenas etílicos ocasionalmente (20%). Já entre as mulheres, observou-se 1% de etílicas diariamente.

De acordo com VIGITEL, a frequência de etilismo é quase três vezes maior em homens (26,8%) do que em mulheres (10,6%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando mais de 30% dos homens e mais de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade (BRASIL, 2011), mostrando que entre os idosos, a frequência de etilismo é, de fato, baixa.

Dos idosos, 16,8%, são fumantes. Entre os homens, 23% são fumantes sendo 17,9% diariamente, enquanto que a proporção de mulheres fumantes é 14,3% sendo 9,2% diariamente.

Na pesquisa VIGITEL também houve uma maior prevalência de fumantes no sexo masculino (17,9%) do que no sexo feminino (12,7%). Entre mulheres, a frequência de fumantes tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos (de 12,4% na faixa etária 18-24 anos para 16,4% na faixa etária 45 a 54 anos) e a declinar nas faixas etárias subsequentes, chegando a 6,5% entre aquelas com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2011).

Os idosos que praticam atividade física representam 27%. Entre os homens, 41% praticam, já entre as mulheres, apenas 21,4%.

Segundo pesquisa VIGITEL, entre homens, a frequência de atividade física é máxima entre os 18 e os 24 anos de idade (29,5%), declina com a idade até chegar a 13,3% entre os 45 e 54 anos de idade e aumenta levemente nas idades subsequentes, alcançando 16,6% entre os idosos. Entre mulheres, a frequência da atividade física se aproxima de 12% nos grupos com idade entre 18 e 64 anos, declinando para seu ponto mínimo (9,4%) entre as mulheres com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2011).



Tanto a pressão alta quanto o colesterol elevado é superior nos gênero feminino. O etilismo e o tabagismo prevalece sobre o genero masculino. O ato de não praticar atividade fisica prevalece sobre as mulheres.

### **Quanto a Escolaridade**

A menor proporção de idosos com a pressão alta é daqueles que fizeram tanto o curso ginasial (36,4%) quanto o 2º grau (33,3%). Em todos os demais níveis de escolaridade, a proporção de idosos com pressão alta, ultrapassa os 65%.

Segundo pesquisa VIGITEL, em ambos os sexos, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de hipertensão arterial. Entre mulheres é mais marcada a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (BRASIL, 2011).

Aproximadamente 40% dos idosos têm o colesterol ou triglicérides elevado. Nenhum dos idosos que fizeram o 2º grau relatou ter elevação no colesterol. O maior percentual está nos que cursaram Ensino superior(100%).

8,7% dos idosos são etílicos sendo o percentual de idosos que nunca estudaram 30%.

Observou-se um pequeno aumento na proporção de idosos fumantes de acordo com o nível de escolaridade visto que dos que nunca estudaram, 26,9% são fumantes. Dos que fizeram o curso primário, 14,3% fumam e dos que cursaram o ginasial 9,1% são fumantes. Verifica-se também que dos que fizeram o 1º grau ao Curso Superior, não se constata idosos fumantes.

De acordo com a pesquisa VIGITEL, a frequência do habito de fumar é particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (22,3% e 15,5%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a mesma frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade (BRASIL, 2011).

Ainda quanto ao tabagismo, este está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal, que podem também ser

os mais pobres. Constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade (BRASIL, 2007).

Dentre os níveis de escolaridade, quem mais consome álcool são idosos com 2º grau, 33,3%, no entanto apenas ocasionalmente. Constata-se o consumo diário apenas entre os idosos que nunca estudaram. Nesse sentido, em ambos os sexos, a frequência de etilismo aumenta com a escolaridade do indivíduo (BRASIL, 2011).

Menos de 1/3, ou seja, 3 em cada 10 idosos cuidam da saúde praticando atividades físicas. Observou-se ainda que apenas os idosos com nível médio (2º grau), a maioria 66,7% fazem atividades físicas. Os demais, independente da escolaridade, a maioria não pratica atividade física.

Nesse sentido, A pesquisa VIGITEL constatou que em ambos os sexos, a frequência dos suficientemente ativos aumenta com a escolaridade. Ainda assim, mesmo na faixa de doze ou mais anos de escolaridade, a frequência de pessoas que se exercitam suficientemente não passa de 15,7% nas mulheres e de 25,3% nos homens (BRASIL, 2011).

Portanto, conclui-se que pressão alta esta prevalente nos idosos que cursaram o 1º grau. Assim como a pressão alta e o colesterol elevado afligem os idosos cm curso superior. O etilismo prevalece nos idosos que nunca estudaram e com 2º grau, o tabagismo aflige os que nunca estudaram e o ato de não praticar atividade física está mais prevalente entre os que nunca estudaram, aqueles que fizeram o curso primário e nos que tem curso superior.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Saúde é uma condição influenciada não por fatores específicos, apenas, mas pela interação entre eles, portanto, resultado das condições de vida dos sujeitos também. Assim, a Política de Saúde da Pessoa Idosa proposta pelo Ministério da Saúde Brasileiro apresenta objetivos baseados na promoção do envelhecimento ativo e saudável, manutenção e reabilitação da capacidade funcional e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse e diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, concordamos com Barros et al (2011) ao afirmar que a redução das desigualdades sociais na prevalência de condições crônicas é dependente da ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde, o que pode propiciar melhoria nos diagnósticos, no controle e no tratamento das doenças. Estudos têm detectado redução das desigualdades sociais nas prevalências de doenças crônicas como consequência do estabelecimento de políticas apropriadas de saúde. Estes resultados alimentam a expectativa de que a oferta suficiente de serviços de qualidade do SUS pode remediar sensivelmente as desigualdades sociais nos riscos de adoecer e morrer.

Para isso, além da atenção aos problemas de saúde prevalentes é, também, essencial reconhecer que os comportamentos relacionados à saúde constituem uma mediação importante do efeito das desigualdades sociais na morbidade e na mortalidade. Estudo desenvolvido na Inglaterra aponta que aproximadamente 72% da diferença de mortalidade entre as classes sociais decorrem de diferenças comportamentais, 17% pela dieta inadequada, 21% pelo sedentarismo, 12% por consumo abusivo de álcool e 35% pelo tabagismo. Desta forma, ações voltadas à promoção de melhores condições de vida e à promoção de comportamentos saudáveis constituem estratégias privilegiadas

para a redução da desigualdade social futura na morbidade e na mortalidade (BARROS et al, 2011).

Para isso, é fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e atenção básica, incluindo a população idosa em suas ações a partir de atividades de grupo, promoção da saúde, controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, temas relacionados à sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids. Os profissionais que trabalham na área devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades dessa população.

Assim, estudos como o presente poderão servir de base para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para a população idosa de Campina Grande, de forma a orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde, buscando a redução na incidência e no impacto das DCNTs.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011. Available from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en&nrm=iso). access on 06 June 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.

BRASIL, MS. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro de 1996** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL Lei nº 180, de 23 de Setembro de 2005. **Institui o programa de Educação Tutorial – PET e dá outras providências**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica n.12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró- Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2009**: 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. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. p.15-38. In: CZERESNIA, D. FREITAS, CM. (org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. CARTA DE OTTAWA. Primeira conferencia internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. p.39-53. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GARCIA, C.M. **Formação de Professores para uma Mudança Educativa**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1999.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas? In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Cap.4, p. 42 - 43.

MALTA, D.C., JORGE, A.O., FRANCO, T.B. et al. Modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

OMS, **Medidas contra las enfermedades no transmisibles: hacia un equilibrio de las prioridades de prevención y tratamiento**, Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/8/11-091967/es/> acesso em 28/11/11.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol, Z.; Almeida, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e pratica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

**Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis – DANTS**, Portal do Ministério da Saúde. Brasil, Disponível em <http://portal.saude.gov.br> acesso em 10/06/2011.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SIQUEIRA, Fernando V. et al . Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008.

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. *Ciêñ Saúde Colet* 2000.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE PARA MAIORES DE 18 ANOS

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS DETERMINANTES EM IDOSOS ASSISTIDOS NA UBSF-BONALD FILHO”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS DETERMINANTES EM IDOSOS ASSISTIDOS NA UBSF-BONALD FILHO”** terá como objetivo geral identificar a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas atendidas pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder aos formulários aplicados e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número 83-2101-1233 falar com Gerlane Ângela da Costa Moreira.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Gerlane Ângela da Costa Moreira  
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE C**  
**FORMULÁRIO**

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Data da Entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dados Socioeconômicos**

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

3. A cor da sua pele é:

( ) Branca

( ) Negra

( ) Parda/Morena

( ) Amarela (apenas ascendência oriental)

( ) Vermelha (confirmar ascendência indígena)

( ) Não sabe

4. Escolaridade (marque X e circule o grau de graduação)

( ) Curso primário 1 2 3 4

( ) Curso ginásial ou ginásio 1 2 3 4

( ) 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau 1 2 3 4 5 6 7 8

( ) 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau 1 2 3

( ) 3º grau ou curso superior 1 2 3 4 5 6 7 8

( ) Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 1 ou + \_\_\_\_\_

( ) Nunca estudou.

5. Estado Civil

( ) Solteiro (a)

( ) Casado (a)

( ) Divorciado (a)

( ) Viúvo (a)

6. Peso (exato ou aproximado): \_\_\_\_\_ kg

7. Altura (exata ou aproximada): \_\_\_\_\_ cm

8. Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

9. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

( ) Menos de 1 semana

( ) Entre 1 semana e 1 mês

( ) Entre 1 mês e 3 meses

( ) Entre 3 e 6 meses

( ) 6 ou mais meses

( ) Nunca se pesou

( ) Não lembra

**Condições de Saúde**

10. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem pressão alta?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não lembra

11. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem diabetes?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não lembra

12. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) teve infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

( ) Não ( ) Sim ( ) Não lembra

13. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem colesterol ou triglicérides elevado?

( ) Não ( ) Sim ( ) Não lembra

14. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

( ) Não ( ) Sim ( ) Não lembra

15. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?

( ) Não ( ) Sim ( ) Não lembra

16. Se sim, ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)

( ) Não ( ) Sim ( ) Não lembra

### **Fatores de Risco/Proteção Relacionados ao Estilo de Vida**

17. Etilismo:

( ) Sim, diariamente ( ) Sim, ocasionalmente ( )  Não

18. Tabagismo:

( ) Sim, diariamente ( ) Sim, ocasionalmente ( )  Não

19. Nos últimos sete dias, você ingeriu os seguintes alimentos: (especifique a frequência)

<b>ALIMENTOS</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Frutas			
Verduras			
Cereais			
Carne branca			
Carne vermelha			
Refrigerante			
Suco de frutas			
Pão, bolo e bolachas			
Doces			
Enlatados			
Ovos			
Leite e seus derivados			

20. Você acrescenta sal à comida após pronta?

( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sim

21. Você retira o excesso de gordura no preparo de carnes?

( ) Não ( ) Às vezes ( ) Sim

22. Você pratica algum tipo de atividade física?

( ) Não ( ) Sim

Tipo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

# **ANEXOS**

## QUESTIONÁRIO 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS  
CRÔNICAS

NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2010

Apoio: NUPENS-USP e SEGEP-MS

Disque Saúde = 0800-61-1997

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?

sim  não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) **NOME DO SORTEADO**. Ele(a) está?

sim

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

sim

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

sim (pule para q5)

não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma

dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

sim (pule para q6)

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

**Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

**Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 137**

6. Qual sua idade? (só aceita <sup>3</sup> 18 anos e < 150) \_\_\_\_\_ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)

7. Sexo:

masculino (pule a q14)

feminino (se > 50 anos, pule a q14)

Qual seu estado conjugal atual?

- solteiro
- casado legalmente
- têm união estável há mais de seis meses
- viúvo
- separado ou divorciado
- não quis informar

8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou? (anos de estudo)

- curso primário  1  2  3  4
- admissão
- curso ginásial ou ginásio  1  2  3  4
- 1º grau ou fundamental  
ou supletivo de 1º grau  1  2  3  4  5  6  7  8
- 2º grau ou colégio ou técnico  
ou normal ou científico ou  
ensino médio ou supletivo de 2º grau  1  2  3
- 3º grau ou curso superior  1  2  3  4  5  6  7  8 ou +
- pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)  1 ou +
- nunca estudou
- não sabe (só aceita q6>60)
- não quis responder

9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita  $\geq 30$  Kg e  $< 300$ kg)

- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ kg  não sabe  não quis informar
10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?
- menos de 1 semana
  - entre 1 semana e 1 mês
  - entre 1 mês e 3 meses
  - entre 3 e 6 meses
  - 6 ou mais meses
  - nunca se pesou
  - não lembra

### **VIGITEL Brasil 2010**

#### **138 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS**

11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita  $\geq 1,20$ m e  $< 2,20$ m)

- \_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm  não sabe  não quis informar

12. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (apenas para q6 > 20 anos)

- sim  não (pule para q14)

13. Qual era? (só aceita  $\geq 30$  Kg e  $< 300$ kg) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ kg

- não quis informar

14. A sra está grávida no momento?

- sim  não  não sabe

#### **Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação:**

15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca

nunca

16. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não

vale batata, mandioca ou inhame)?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q21)

nunca (pule para q21)

17. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate

ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q19)

nunca (pule para q19)

18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

no almoço (1 vez no dia)

no jantar ou

no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

**Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

**Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 139**

19. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido

junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela,

abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q21)

nunca (pule para q21)

20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

no almoço (1 vez no dia)

no jantar ou

no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q23)

nunca (pule para q23)

22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

tirar sempre o excesso de gordura

comer com a gordura

não come carne vermelha com muita gordura

23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q25)

nunca (pule para q25)

24. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:

tirar sempre a pele

comer com a pele

não come pedaços de frango com pele

25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q27)

nunca (pule para q27)

### **VIGITEL Brasil 2010**

#### **140 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS**

26. Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?

1

2

3 ou mais

27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q29)

nunca (pule para q29)

28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

1 vez no dia

2 vezes no dia

3 ou mais vezes no dia

29. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q32)

nunca (pule para q32)

30. Que tipo?

normal  diet/light/zero  ambos



31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

1  2  3  4  5  6 ou +  não sabe

32. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale soja)

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca (pule para q34e)

nunca (pule para q34e)

33. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

integral

desnatado ou semi-desnatado

os dois tipos

não sabe

### **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

#### **Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 141**

34. Com que frequência o (a) sr(a) costuma tomar café da manhã fora de casa (não vale só cafezinho)

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca

nunca

35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

sim  não (pula para q42)

36. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

menos de 1 dia por semana

menos de 1 dia por mês (pule para q42)

37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças

de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

(só para homens)

sim (pule para q39)  não (pule para q42)

38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica

em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças

de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

(só para mulheres)

sim  não (pule para q42)

39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- em um único dia no mês
- em 2 dias  em 3 dias
- em 4 dias  em 5 dias
- em 6 dias  em 7 ou mais dias
- Não sabe

40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

- sim  não  não dirijo

**VIGITEL Brasil 2010**

**142 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS**

**Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.**

42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- sim  não (pule para q47) **(não vale fisioterapia)**

43. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?

**ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO**

- caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
- caminhada em esteira
- corrida
- corrida em esteira
- musculação
- ginástica aeróbica
- hidroginástica
- ginástica em geral
- natação
- artes marciais e luta
- bicicleta
- futebol
- basquetebol
- voleibol
- tênis
- outros

44. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- sim
- não – (pule para q47)

45. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)

46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- menos que 10 minutos
- entre 10 e 19 minutos
- entre 20 e 29 minutos
- entre 30 e 39 minutos
- entre 40 e 49 minutos
- entre 50 e 59 minutos
- 60 minutos ou mais

47. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

sim  não – (pule para q52)

### **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

#### **Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 143**

48. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

sim  não  não sabe

49. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

sim  não  não sabe

50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

sim, todo o trajeto  sim, parte do trajeto  não (pule para q52)

51. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

menos que 10 minutos

entre 10 e 19 minutos

entre 20 e 29 minutos

entre 30 e 39 minutos

entre 40 e 49 minutos

entre 50 e 59 minutos

60 minutos ou mais

52. Atualmente, o(a) Sr(a) esta freqüentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

sim  não (pule para q55)  não quis informar (pule para q55)

53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

sim, todo o trajeto  sim, parte do trajeto  não (pule para q55)

54. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

menos que 10 minutos

entre 10 e 19 minutos

entre 20 e 29 minutos

entre 30 e 39 minutos

entre 40 e 49 minutos

entre 50 e 59 minutos

60 minutos ou mais

55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

eu sozinho (pule para q59a)  eu com outra pessoa  outra pessoa

(pule para q59a)

56. A parte mais pesada da faxina fica com:

o(a) sr(a) ou  outra pessoa  ambos

59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?

menos de 1 hora

entre 1 e 2 horas

entre 2 e 3 horas

entre 3 e 4 horas

entre 4 e 5 horas

entre 5 e 6 horas

mais de 6 horas

não assiste televisão

#### **VIGITEL Brasil 2010**

#### **144 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS**

60. O(a) sr(a) fuma?

sim, diariamente

sim, ocasionalmente (menos que diariamente)

não – (pule para q64)

61. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

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

62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita  $\geq 5$  anos e  $\leq q6$ )

\_\_\_\_\_ anos  não lembra

63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

sim (pule para q69)  não (pule para q69)

64. O(a) sr(a) já fumou?

sim  não (pule para q67)

\*vá para Q69 se mora sozinha e não trabalha

\*vá para Q68 se mora sozinha e trabalha

65. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita  $\geq 5$  anos e  $\leq q6$ )

\_\_\_\_\_ anos  não lembra

66. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita  $\geq 62$  e  $\leq q6$ )

\_\_\_\_\_ anos  não lembra

67. Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?

sim  não  não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha? (só para q47=1)

sim  não  não quis informar

**Para finalizar, nós precisamos saber:**

69. A cor de sua pele é:

branca

negra

parda ou morena

amarela (apenas ascendência oriental)

vermelha (confirmar ascendência indígena)

não sabe

não quis informar

**Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

**Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 145**

70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

sim  não (pule para q72)

71. Se sim: Quantos no total? \_\_\_\_\_ números ou linhas telefônicas

72. Há quanto tempo tem telefone fixo em sua residência?

menos de 1 ano  entre 1 e 2 anos  entre 2 e 3 anos

entre 3 e 4 anos  entre 4 e 5 anos

mais de 5 anos  não lembra

**Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.**

74. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

muito bom

bom

regular

ruim

muito ruim

não sabe

não quis informar

75. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

sim  não  não lembra

R120. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?

há menos de 1 ano

entre 1 e 2 anos

entre 2 e 3 anos

entre 3 e 4 anos

entre 4 e 5 anos

há mais de 5 anos

nunca mediu pressão em uma consulta médica

nunca realizou consulta médica

76. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?

sim  não  não lembra

R121. O(a) sr(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

sim  não (pule R123)  não sabe/Não lembra (pule R123)

### **VIGITEL Brasil 2010**

#### **146 Secretaria de Vigilância em Saúde /MS**

R122. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez o exame?

há menos de 1 ano

entre 1 e 2 anos

entre 2 e 3 anos

entre 3 e 4 anos

entre 4 e 5 anos

há mais de 5 anos

nunca fez o exame

nunca realizou consulta médica

R123. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem asma, bronquite asmática, bronquite

crônica ou enfisema?

sim  não  não lembra

79. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero? (apenas

para sexo feminino)

sim  não (pule para q81)  não sabe (pule para q81)

80. Quanto tempo faz que a sra fez exame de papanicolau?

menos de 1 ano  entre 1 e 2 anos  entre 2 e 3 anos

entre 3 e 5 anos  5 ou mais anos  não lembra

81. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

sim  não (pule para q83)  não sabe (pule para q83)

82. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

menos de 1 ano  entre 1 e 2 anos  entre 2 e 3 anos

entre 3 e 5 anos  5 ou mais anos

não lembra

83. Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, seja andando na rua,

no trabalho ou no lazer, costuma usar alguma proteção contra o sol?

sim  não (pule para q88)

não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q88)

Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar? (pode aceitar mais de uma resposta)

Não usa Usa

Q84\_a – filtro solar 0 1

Q84\_b – chapéu, sombrinha 0 2

Q84\_c – roupa/vestimenta 0 3

88. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

sim, apenas 1  sim, mais de um  não  não quis informar

### **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**

#### **Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 147**

R124. Nos últimos 30 dias, o (a) senhor (a) apresentou algum sinal de gripe como coriza,

febre, mal estar geral, tosse ou dor de garganta?

sim  não (encerra e agradece)

não lembra (encerra e agradece)

R125. E o(a) Sr(a) procurou o serviço de saúde? (pode ser público ou privado)

sim  não (encerra e agradece)

não lembra (encerra e agradece)

R126. O médico comentou se o(a) senhor(a) poderia estar com Influenza A H1N1, também

conhecida como gripe suína?

sim  não  não lembra

R127. O médico passou (prescreveu) para o(a) Sr(a) algum medicamento específico chamado Tamiflu (Oseltamivir)? (Não considerar vitamina C, analgésicos, antitérmicos,

descongestionantes etc)?

sim  não  não lembra

**Sr(a) ~~XX~~ Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos**

**a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?**

**Se sim: O número é 0800-61-1997.**

Observações (entrevistador):

---

---

---

---

---

---

---

---

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas se

iniciarem por parêntesis





**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC**



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 07/ 12/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20113011 - 067** intitulado: **PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS DETERMINANTES EM IDOSOS ASSISTIDOS NA UBSF – BONALD FILHO.**

Projeto a ser realizado no período de: Janeiro a Março de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

*Karynna M. Barros da Nóbrega*  
Prof<sup>a</sup>. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega  
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG.

Campina Grande - PB, 09 de Dezembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

## DECLARAÇÃO

Nós, Elisabete Oliveira Colaço, ex coordenadora do PET Saúde da Família de Campina Grande e Gerlane Angela da Costa Moreira, ex tutora do PET Saúde da Pessoa Idosa, concordamos e aprovamos que Rilva Maria da Silva utilize dados de pesquisa realizada quando de sua participação no PET Saúde de Campina Grande (abril de 2011 a abril de 2012) na elaboração de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado: *Prevalência e Distribuição de fatores de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) em idosos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde da Família de Campina Grande-PB.*

  
Elisabete Oliveira Colaço

(ex) Coordenadora do PET Saúde da Família de Campina Grande

  
Gerlane Angela da Costa Moreira

(ex) Tutora do PET Saúde da Pessoa Idosa

Campina Grande, 30 de maio de 2012