



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO ARARANGUÁ**

WILLIAN SILVA CARDOSO

**PREVALÊNCIA E CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS
DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE USUÁRIOS DE DUAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Araranguá

2017

WILLIAN SILVA CARDOSO

**PREVALÊNCIA E CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS
DOENÇAS CARDIOVASCULARES ENTRE USUÁRIOS DE DUAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina ARA7481 de Trabalho Conclusão de Curso I.

Orientadora: Profa. Dra. Danielle Soares Rocha Vieira

Araranguá
2017

LISTA DE SIGLAS

- ABEP – Associação brasileira de empresas de pesquisa**
- AMESC – Associação dos municípios do extremo sul catarinense**
- AVE – Acidente vascular encefálico**
- C. A. – Circunferência abdominal**
- DAC – Doenças arterial coronariana**
- DALY – Disability adjusted life years**
- DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis**
- DCV – Doenças cardiovasculares**
- DM – Diabetes mellitus**
- FR – Fatores de risco**
- HAS – Hipertensão arterial sistêmica**
- IMC – Índice de massa corporal**
- IPAQ – Questionário internacional de atividade física**
- MINIMENTAL – Mini-exame do estado mental**
- OMS – Organização mundial da saúde**
- PA – Pressão arterial**
- RCV – Risco cardiovascular**
- TLCE – Termo de consentimento livre e esclarecido**
- UBS – Unidade básica de saúde**
- VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico**

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são doenças multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida e constituem a maior causa de mortalidade no mundo e no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares. Elas possuem diversos fatores de risco, os quais são definidos como elementos mensuráveis e com características conhecidas, cuja presença singular ou associada pode aumentar significativamente a pré-disposição para ocorrência de uma doença em um indivíduo e/ou população. O conhecimento sobre o desenvolvimento dessas doenças é considerado importante passo para a mudança do estilo de vida e para a adoção de hábitos de vida saudáveis pela população. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo investigar a prevalência auto relatada dos fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e sua relação com o conhecimento desses fatores entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC. Trata-se de estudo observacional do tipo transversal, no qual participarão indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. A prevalência e o conhecimento dos fatores de risco bem como os dados sócio-demográficos serão investigados por meio de questionários estruturados. Adicionalmente, serão realizadas mensurações da massa corporal e da estatura, para posterior cálculo do índice de massa corporal, além da medida da circunferência abdominal. Inicialmente, será realizada análise descritiva dos dados por meio da descrição de medidas de tendência central e dispersão, frequências relativas e absolutas. Para investigar as relações entre a prevalência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares e o conhecimento desses fatores será utilizado o teste qui-quadrado. A pesquisa será conduzida respeitando os princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos.

Palavras-chave: Doença crônica, Doenças cardiovasculares, Fatores de risco, Prevalência, Conhecimento.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases are multifactorial diseases that develop throughout life being the major cause of mortality in the world and in Brazil, especially the cardiovascular diseases. They have several risk factors, which are defined as measurable elements with known characteristics, whose unique or associated presence can significantly increase the pre-disposition to the occurrence of a disease in an individual and/or population. Knowledge about the development of these diseases is considered an important step for the change of the lifestyle and for the adoption of healthy habits of the population. Therefore, this study aims to investigate the self-reported prevalence of modifiable risk factors for cardiovascular diseases and its relationship with the knowledge of these factors among users of two Basic Health Units in the city of Araranguá-SC. It is an observational cross-sectional study, in which individuals 18 years of age or older will participate. The prevalence and knowledge of risk factors as well as socio-demographic data will be investigated through structured questionnaires. In addition, body mass and height measurements will be performed, for later calculation of the body mass index, in addition to the measurement of the abdominal circumference. Initially, a descriptive analysis of the data will be carried out by means of the description of measures of central tendency and dispersion, relative and absolute frequencies. To investigate the relationship between the prevalence of risk factors for cardiovascular diseases and the knowledge of these factors, the chi-square test will be used. The research will be conducted in accordance with the principles of Resolution 466/12 of the National Health Council and was approved by the Research Ethics Committee on Humans.

Key-words: Chronic disease, Cardiovascular diseases; risk factors; Prevalence; Knowledge.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	JUSTIFICATIVA	10
1.2	OBJETIVOS	11
1.2.1	Objetivo Geral	11
1.2.2	Objetivos específicos	11
2	MÉTODOS	12
2.1	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO	12
2.2	POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	12
2.2.1	Critérios de Inclusão e Exclusão	13
2.3	INSTRUMENTOS.....	13
2.3.1	Questionário estruturado para levantamento das DCV, FR e conhecimento dos FR	13
2.3.2	IPAQ (Questionário internacional de atividade física)	14
2.3.3	Balança com estadiômetro	15
2.3.4	Fita métrica	15
2.3.5	Dados sóciodemográficos	15
2.3.6	MiniMental (Mini-exame do estado mental)	16
2.4	PROCEDIMENTOS.....	16
2.5	VARIÁVEIS	18
2.6	ANÁLISES ESTATÍSTICAS	19
2.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	19
3	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	20
4	ORÇAMENTO	21
	REFERÊNCIAS	22
	ANEXO A	25
	ANEXO B	28
	ANEXO C	31
	ANEXO D	34
	APÊNDICE A	36
	APÊNDICE B	37
	APÊNDICE C	39

1 INTRODUÇÃO

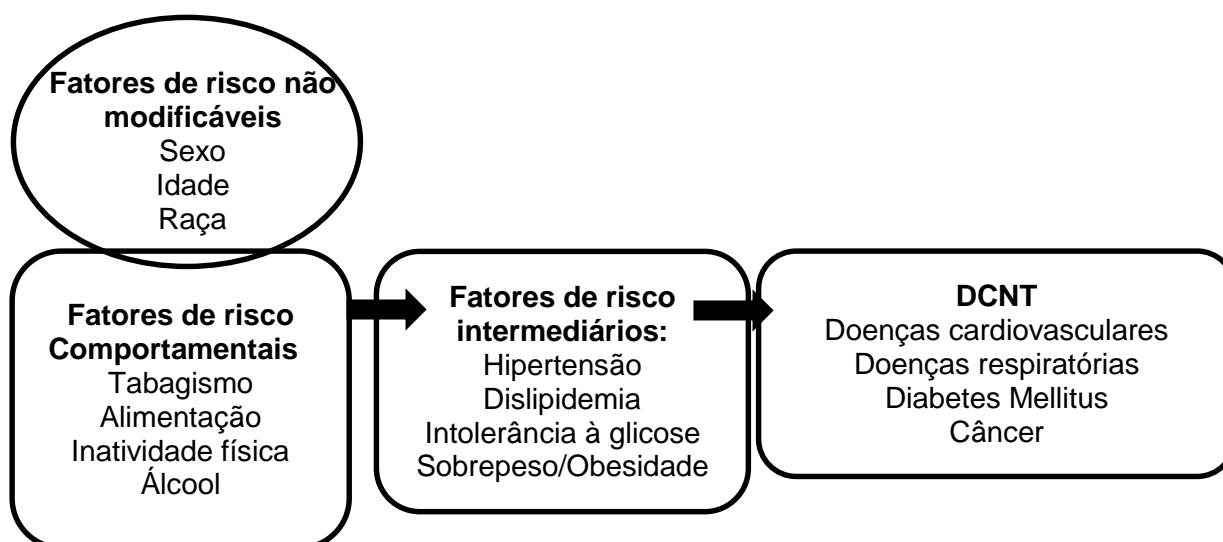
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida. Elas englobam as doenças cardiovasculares (DCV), as doenças respiratórias crônicas, o câncer, o diabetes mellitus (DM) e as doenças mentais (GOULART, 2011; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013). As DCNT têm apresentado proporções epidêmicas em todo o mundo, incluindo o Brasil (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013). No que diz a respeito à mortalidade (ALWAN et al, 2010; MALTA E SILVA JUNIOR, 2013), estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstraram que 60% dos óbitos ocorridos em 2008 foram atribuídos às DCNT (ALWAN et al., 2010). No Brasil, 72,7% das mortes ocorridas em 2013 foram relacionadas às DCNT, com destaque para as DCV (30,4%), doenças respiratórias (6%) e, o DM (5,3%) (MALTA et al., 2014).

Tradicionalmente, o estado de saúde das populações tem sido mensurado com base em indicadores de mortalidade. No entanto, é preciso considerar também aspectos relativos à perda de saúde decorrentes do tempo vivido com essas doenças (MURRAY et al., 2012). Nesse contexto, destaca-se o DALY (*disability adjusted life years* – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), um indicador do estudo de carga de doença que combina informações de mortalidade e morbidade (MELSE et al., 2000; DUTRA et al., 2016). Segundo Leite et al. (2015), em 2008, foram estimados para o Brasil 36.957.622 DALY, com base em doenças ou agravos classificados em três grandes grupos, sendo eles: grupo I – doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais; grupo II – doenças não transmissíveis e grupo III – causas externas. Destaca-se que 72,2% do total de DALY deveu-se às DCNT. É importante ressaltar também que a doença cardíaca isquêmica, o acidente vascular encefálico (AVE), o DM, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a asma brônquica e as doenças cardíacas hipertensivas apresentaram-se entre as 15 condições com maior contribuição para o DALY total dentre os 100 agravos ou doenças consideradas no estudo.

As DCNT possuem diversos fatores de risco (FR) (MALTA et al, 2014), os quais são definidos como elementos mensuráveis e com características conhecidas, cuja presença singular ou associada pode aumentar significativamente a pré-

disposição para ocorrência de uma doença em um indivíduo e/ou população (D'AGOSTINO et al., 2008). Os FR podem ser divididos em duas classes, os FR modificáveis e os não modificáveis, sendo que os modificáveis são subdivididos em dois subgrupos, os modificáveis comportamentais e os modificáveis intermediários (FIGURA 1). Os FR modificáveis são aqueles cujo desenvolvimento pode ser prevenido ou controlado por meio da mudança de um hábito de vida. Dentre eles, encontram-se os níveis insuficientes de atividade física, o tabagismo, o estresse, o etilismo e a alimentação inadequada (D'AGOSTINO et al., 2008; VAN EYKEN; MORAES., 2009). Por outro lado, os FR não modificáveis são aqueles que não deixam de existir mesmo com a mudança de um hábito ou estilo de vida, dentre os quais se encontram a idade, o sexo, a raça e a hereditariedade (D'AGOSTINO et al., 2008; VAN EYKEN; MORAES., 2009). Os FR modificáveis e os não modificáveis por sua vez atuam de forma indireta para o desenvolvimento das DNCT, favorecendo o surgimento de condições intermediárias, dentre as quais encontram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a dislipidemia, o sobrepeso, a obesidade e intolerância à glicose (MIRANDA et al., 2008; VAN EYKEN; MORAES., 2009; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Figura 1 - Classificação Fatores de Risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.



Fonte: Adaptado de MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da., 2013.

Estudo realizado pela Vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), no ano de 2015, com 54.174

indivíduos, evidenciou alta prevalência de alguns FR para as DCNT. As taxas observadas foram de 16% para níveis insuficientes de atividade física, 7,2% para tabagismo, 16,7% para etilismo, 30% para HAS, 22,6% para dislipidemia, 52,3% para sobrepeso e 17% para obesidade. A maioria dos FR mostraram-se mais prevalentes em homens do que nas mulheres (VIGITEL 2015).

A presença dos FR modificáveis tem impacto direto sobre a saúde da população, principalmente nos desfechos em que a presença dos mesmos pode acarretar maiores riscos no desenvolvimento de alguma DCNT (GOULART, 2011; LEITE et al., 2015) e o conhecimento sobre o seu papel para o desenvolvimento das DCNT é considerado um importante passo para a mudança do estilo de vida e para a adoção de hábitos de vida saudáveis pela população (I DIRETRIZ DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR 2013).

Nesse contexto, em 2010, Richter et al., avaliaram o conhecimento e a prevalência dos FR para as DCV em 313 idosos, 55,6% do sexo feminino, com média de idade de 69,8 anos, com a aplicação de um questionário semiestruturado pelos avaliadores. Os indivíduos entrevistados afirmaram que os FR fazem mal à saúde, sendo que, os mais citados foram o tabagismo e a HAS. Quanto à avaliação da presença do FR, 63,6% afirmaram praticar níveis insuficientes de atividade física, 56,9% HAS, 49,8% estresse e 11,5% DM. Dessa forma, neste estudo, a grande maioria dos idosos entrevistados apresentaram ter conhecimento sobre os malefícios dos FR, contudo, observou-se que grande percentagem de idosos que responderam, não sabem se apresentavam ou não os FR, com destaque para a dislipidemia, o DM e a HAS.

Takamune et al. (2011) avaliaram o conhecimento de 61 mulheres com idade entre 33 e 84 anos (média de 58,3 anos) sobre os FR para as DCV por meio de questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. Os FR mais citados pelas mulheres avaliadas foram obesidade, tabagismo, HAS, estresse, dislipidemia e nível insuficiente de atividade física. Como resultado do estudo, observou-se um alto conhecimento das mulheres sobre os FR para as DCV. No entanto, as entrevistadas demonstraram não realizar atividade física regular e não adotar hábitos saudáveis para prevenir e combater os FR.

Lima et al. (2015) avaliaram o conhecimento sobre a HAS e sua relação com a estratificação do risco cardiovascular (RCV). Foi realizada uma entrevista semiestruturada com 113 indivíduos cadastrados em uma unidade básica de saúde

(UBS) no município de Joinville em Santa Catarina, com média de idade de 57 anos, 64% do sexo feminino. Foram considerados os FR ou complicações associadas à HAS e os valores de exames laboratoriais de, no máximo até três meses da data de entrevista foram utilizados para mensurar e classificar o RCV, com base na quantidade de medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos voluntários e os estágios da pressão arterial (PA) foram consideradas as duas últimas medidas de PA constatadas no prontuário do entrevistado, onde foram classificados de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) e, os indivíduos foram classificados e estratificados em grupos de RCV baixo, médio, alto e muito alto. Como resultado, o presente estudo observou um baixo nível de conhecimento dos fatores de risco associados à HAS, independente do grupo de RCV.

Dutra et al. (2016) avaliaram o conhecimento sobre os FR para as DCV em 30 indivíduos, 23 idosos e 7 adultos, os quais eram cadastrados em uma UBS e no grupo HIPERDIA do município de João Pessoa, PB. Foi aplicado um questionário composto por questões objetivas e subjetivas estruturadas pelos pesquisadores. Neste estudo, observou-se que a maioria dos indivíduos disseram ter conhecimento sobre a HAS, contudo não conseguiram defini-la. Quando perguntados sobre os FR para as DCV, os entrevistados apresentaram conhecimento apenas para ingestão de sal e fatores estressantes, desconhecendo os demais FR para as DCV.

Em 2016, Bonotto et al., avaliaram o conhecimento de 1593 mulheres, com média de idade de 44,6 anos, sobre os FR para as DCV por meio de um questionário estruturado pelos pesquisadores. Foram considerados os seguintes FR para as DCV: obesidade, tabagismo, HAS, DM, níveis insuficientes de atividade física, estresse e ingestão de alimentos gordurosos. Cerca de 50% das mulheres entrevistadas citaram HAS e o tabagismo como FR para as DCV, os demais FR foram citados por menos de 30% das entrevistadas, demonstrando baixo conhecimento. Além disso, 11% de todas as entrevistadas não conheciam nenhum dos sete FR considerados no estudo.

Diante do baixo conhecimento sobre os FR modificáveis, e das altas taxas de prevalência, em alguns estudos (FERRETTI et al., 2015; GANASSIN et al., 2016) ações foram realizadas com o intuito de melhorar o conhecimento dos indivíduos acerca desses fatores.

Em seu estudo, Ferretti et al. (2015) avaliaram o conhecimento sobre as DCV em sete idosos, três homens e quatro mulheres, com média de idade de 70,85 anos. No primeiro encontro com os idosos, foi realizada uma discussão focal com o objetivo

de avaliar o nível de conhecimento sobre as DCV. Em seguida, os idosos participaram de seis encontros, em que foram realizadas ações educativas por meio de palestras sobre temas relacionados às DCV. Por fim, foi realizado novamente um novo encontro com discussão focal sobre o conhecimento acerca das DCV, para avaliar e mensurar o conhecimento pós-intervenção. Os autores do estudo verificaram que abordagens em grupo tornaram as atitudes dos indivíduos mais corretas na escolha por hábitos mais saudáveis objetivando-se prevenir os FR cardiovasculares.

Ganassin et al. (2016) avaliaram a efetividade de uma intervenção educativa voltada para o conhecimento sobre os FR para as DCV em 135 homens de uma metalúrgica com média de idade de 40,3 anos. Os metalúrgicos foram divididos em dois grupos, o grupo controle (composto inicialmente por 68 homens, apenas 37 concluíram o estudo) e o grupo intervenção (composto inicialmente por 67 homens, em que somente 35 completaram todas as etapas do estudo). O grupo controle recebeu uma cartilha de orientações. Por outro lado, o grupo intervenção realizou reuniões semanais por três meses, com discussões sobre os seguintes temas: HAS, DM, AVE, infarto agudo do miocárdio (IAM), câncer de próstata, alimentação saudável, atividade física, postura no trabalho, colesterol, tabagismo e consumo de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade. Após os três meses de reuniões, o grupo intervenção apresentou melhora estatisticamente significativa do nível de conhecimento pré e pós-intervenção, avaliado por meio do questionário HDFQ-2 (*heart disease fact questionnaire*). Por conseguinte, o estudo observou que intervenções em grupo são eficazes para aumentar o conhecimento de trabalhadores sobre os FR para as DCV.

1.1 JUSTIFICATIVA

As DCNT apresentam alta prevalência e constituem a maior causa de mortes no Brasil e no mundo, com destaque para as DCV. Quando analisado o seu impacto sobre a saúde populacional, observam-se elevadas taxas de mortalidade e morbidade, com alta carga de doença sobre a população (MALTA et al., (2014); LEITE et al., (2015).

O desenvolvimento das DCNT está associado a diversos FR não modificáveis e modificáveis. O conhecimento desses fatores, principalmente dos modificáveis, por sua vez, é de suma importância, uma vez que com pequenas mudanças nos hábitos

de vida, pode-se evitar o desenvolvimento ou agravamento das DCNT, diminuindo assim os índices de mortalidade e melhorando a qualidade de vida populacional (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Estudos realizados por diversos autores demonstram alta prevalência dos FR nas mais diversas faixas etárias e sexo, sendo que alguns estudos relatam que intervenções realizadas em grupo ou individualmente são viáveis e, benéficas na promoção e prevenção da saúde, com ações educativas diretas na população sobre o conhecimento dos FR para as DCNT (RICHTER *et al.*, 2010; TAKAMUNE *et al.*, 2011; FERRETTI *et al.*, 2015; BONOTTO *et al.*, 2016; GANASSIN *et al.*, 2016). No município de Araranguá não existem dados disponíveis sobre a prevalência desses FR.

Nesse contexto, a questão problema deste projeto será: qual é a prevalência auto-relatada dos FR modificáveis para as DCV entre usuários de duas unidades básicas de saúde (UBS) de maior abrangência populacional e qual a sua relação com o conhecimento desses FR?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos gerais

Investigar se existe relação entre a prevalência auto-relatada e o conhecimento dos FR modificáveis para as DCV entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sócio-demográficas dos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.
- Relatar a prevalência auto-relatada das DCV entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.
- Relatar a prevalência dos FR modificáveis para as DCV entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.

- Relatar o conhecimento dos FR modificáveis para o desenvolvimento das DCV entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.
- Verificar a influência do sexo, da faixa etária, da condição socioeconômica e do grau de escolaridade sobre a prevalência e o conhecimento dos FR.
- Relacionar a prevalência auto-relatada e o nível de conhecimento dos FR modificáveis entre os usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá-SC.

2 MÉTODOS

2.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, o qual será realizado em duas UBS do município de Araranguá, Coloninha I e II, unidades de maior abrangência populacional do município. As duas UBS estão instaladas no mesmo espaço físico e as coletas serão realizadas na sala disponibilizada pela enfermeira responsável pela UBS.

2.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

O município de Araranguá é uma cidade localizada no extremo sul do Estado de Santa Catarina, pertencendo a região da Associação dos municípios do extremo sul catarinense (AMESC), próximo à fronteira com o estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2010, Araranguá tem uma população de aproximadamente 61.310 habitantes, e a cidade dispõe de 15 UBS. Atualmente, a Coloninha I atende sete microáreas e a Coloninha II atende dez microáreas. Segundo a Secretaria de Saúde do Município, as duas UBS atendem aproximadamente 13.000 pessoas, o que representa 21% da população do município, sendo as UBS de maior abrangência.

2.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Participarão do estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que estiverem presentes na UBS no período de outubro de 2015 a outubro de 2017. Serão excluídos os indivíduos que não conseguirem entender ou realizar os procedimentos realizados durante a coleta. O mini exame do estado mental (Mini mental) será aplicado para a avaliação da função cognitiva dos indivíduos com mais de 60 anos. A presença de alterações cognitivas comprovadas pelo Minimental, será utilizada como critério de exclusão para o estudo.

2.3 INSTRUMENTOS E MEDIDAS

2.3.1 Questionário estruturado para levantamento das DCV, FR e conhecimento dos FR

Para o levantamento da prevalência auto-relatada das DCV e de alguns de seus FR foi elaborado um questionário estruturado (APÊNDICE B) tendo como base as perguntas utilizadas no Vigitel (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dessa forma, os usuários serão questionados se algum médico já os disseram que eles apresentam alguma DCV, como infarto, insuficiência cardíaca, derrame, doença arterial coronariana, doença arterial periférica e insuficiência venosa. O mesmo questionamento será realizado para os seguintes fatores de risco: HAS, dislipidemia, intolerância à glicose, história familiar de doença cardiovascular e etilismo. Os usuários também serão entrevistados em relação ao hábito de tabagismo, se fumam ou já fumaram, por quantos anos e o número de maços fumados por dia.

Para a avaliação do conhecimento dos FR cardiovasculares foram elaboradas perguntas baseadas no Questionário sobre conhecimento geral, específico e mudanças no estilo de vida relacionado aos fatores de risco para Doença Arterial Coronariana (DAC)(Q-FARCS) (SAFFI et al., 2013), apresentadas no (ANEXO C). Originalmente, o questionário é composto por três eixos de conhecimento, a saber conhecimento geral dos FR, conhecimento específico dos FR e conhecimento das mudanças do estilo de vida. Todos esses eixos apresentam questões voltadas especificamente para a DAC. No nosso estudo, será utilizado apenas os dois primeiros eixos para avaliar o conhecimento dos indivíduos e as perguntas foram

adaptadas para incluir todas as DCV. Dessa forma, o primeiro eixo (conhecimento geral dos fatores de risco) foi composto pela seguinte pergunta “Você conhece os fatores de risco que levam ao desenvolvimento ou avanço das doenças cardiovasculares?”. Caso o indivíduo responda sim, o mesmo deverá citar espontaneamente quais FR ele conhece e examinador registrará os FR levantados. O segundo eixo (conhecimento específico sobre os fatores de risco) é composto por nove perguntas: “você acha que o seguinte fator de risco (obesidade, níveis elevados de colesterol, níveis elevados de glicose/diabetes, hábito de não fazer exercícios, estresse, hábito de fumar, alimentação (alimentos ricos em gordura, açúcares), hereditariedade e pressão alta) influencia no desenvolvimento ou avanço das doenças cardiovasculares?”, tendo como alternativas de resposta sim, não e não sei.

2.3.2 Questionário internacional de atividade física (IPAQ) versão curta

Para avaliação do fator de risco relativo ao nível de atividade física, será utilizado o questionário internacional de atividade física (IPAQ) (ANEXO A). O IPAQ versão curta é composto por oito questões e suas informações permitem estimar o tempo despendido em diferentes categorias de atividade física (caminhada e atividades físicas de intensidades moderada e vigorosa), com base em uma semana habitual. Os indivíduos poderão ser classificados em três categorias, inativos (categoria 1), minimamente ativos (categoria 2) e altamente ativos (categoria 3). A categoria 1 é considerada o nível mais baixo de atividade física, ou seja, os indivíduos que não satisfazem os critérios da categoria 2 ou 3. A categoria 2 deve atender um dos três seguintes critérios: 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada por pelo menos 30 minutos por dia; ou 3 ou mais dias de atividade física vigorosa por pelo menos 20 minutos por dia; ou 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, de atividade de intensidade moderada ou atividades de intensidade vigorosa que alcance pelo menos 600 MET-minutos/semana. Para ser classificado como altamente ativo o indivíduo deve realizar pelo menos 3 dias de atividade de intensidade vigorosa que alcancem 1500 MET-minuto/semana; ou 7 dias ou mais com combinação de qualquer atividade caminhada, atividade de intensidade moderada ou vigorosa que atinjam pelo menos 3000 MET-minuto/semana. O cálculo da taxa de metabólicos (MET-minuto/semana) pode ser realizado multiplicando a intensidade da atividade (em MET), definida pelo questionário IPAQ, pelo tempo da

duração da atividade (em minutos) e pela frequência semanal da intensidade da atividade. (GUIDELINES FOR DATA..., 2004).

2.3.3 Balança e estadiômetro

Uma balança digital (G-TECH, Rio de Janeiro, Brasil) e um estadiômetro (Alturaexata, Belo Horizonte, Minas Gerais) serão utilizados para avaliação de massa corporal e da estatura, respectivamente, para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

2.3.4 Fita antropométrica

Uma trena antropométrica (Sany, São Bernado do Campo, São Paulo) será utilizada para mensuração da circunferência abdominal.

2.3.5 Dados sócio-demográficos

No mesmo questionário utilizado para o levantamento da prevalência das DCV e seus FR, foram incluídas perguntas para coleta dos dados pessoais sócio-demográficos. (APÊNDICE A). Além disso, para estratificação econômica serão utilizados os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ANEXO D) (ABEP, 2014), em que o questionário é composto por diversas perguntas referentes a posse ou não de bens materiais e serviço (automóveis, empregados mensalistas, máquinas de lavar roupa, banheiros, DVD, geladeiras, freezers, computadores, lavadoras de louça, forno micro-ondas, motocicletas e máquinas secadora de roupas); grau de instrução do chefe da família (analfabeto, fundamental I incompleto, fundamental I completo fundamental II incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo) e serviços públicos (água encanada e rua pavimentada) (ABEP, 2014).

2.3.6 Mini-exame do estado mental

O Mini-exame do estado mental (Minimental) (ANEXO B) é um instrumento aplicado e utilizado para avaliar a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo, cálculo, praxia, habilidades visoespaciais e linguagem (FOLSTEIN et al, 1975). O instrumento é composto por diversas questões, agrupadas nas sete categorias citadas anteriormente. Cada uma delas é planejada com o objetivo de avaliar determinadas funções cognitivas específicas, sendo orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), cálculos (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade de construção visual (1 ponto). O escore do questionário pode variar de um mínimo de 0 ponto, o que seria o maior comprometimento cognitivo do usuário, até um máximo de 30 pontos, o qual seria à melhor capacidade cognitiva do indivíduo. Este instrumento foi traduzido e validado por *Bertolucci et al.* (1994), onde em seu estudo foi observado a forte influência da escolaridade sobre os escores finais do minimental.

Neste projeto, será considerado os pontos de corte para a presença de alterações cognitivas propostas por *Bertolucci et al* (1994) 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com escolaridade entre 1 e 7 anos e 26 pontos para indivíduos com escolaridade superior a 8 anos. Este instrumento será utilizado para determinar a inclusão dos indivíduos com idade superior a 60 anos no estudo.

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após o esclarecimento sobre a pesquisa e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TLCE) (APENDICE C), para os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos responderão ao Minimental (ANEXO B), aplicado pelo examinador. Em seguida, os indivíduos irão responder questões sobre dados pessoais e sociodemográficos (APÊNDICE A) e será aplicada a estratificação econômica por meio dos critérios de classificação econômica ABEP (ANEXO D), sendo todos os questionários aplicados pelo avaliador.

Dando continuidade à coleta de dados, o indivíduo responderá ao IPAQ versão curta (ANEXO A). Para a caracterização das DCNT, os indivíduos serão questionados sobre a presença ou não das DCV e seus FR por meio de questionário

padronizado (APÊNDICE B). Para o conhecimento dos FR para as DCV os indivíduos responderão ao questionário elaborado com base no Q- FARSC (ANEXO C). Ao fim da aplicação dos questionários, será realizada a aferição da massa corporal e da altura por meio de balança e estadiômetro, respectivamente. O índice de massa corporal em kg/m² será determinado e o indivíduo será classificado de acordo com os pontos de corte estabelecidos pela OMS (2002) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Classificação do IMC de acordo com a OMS

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	≥ 25,0
Obeso	≥ 30,0
Obeso classe I	30,0 a 34,9
Obeso classe II	35,0 a 39,9
Obeso classe III	≥ 40,0

Fonte: adaptado de WHO, 2002.

Posteriormente, será realizada a mensuração da circunferência abdominal de acordo com as recomendações da OMS. Dessa forma, será utilizado como referência para a medida o ponto médio entre a última costela flutuante e a crista íliaca, realizando-se a mensuração durante a expiração normal (WHO,2008) (QUADRO 2).

Quadro 2 – Classificação da circunferência abdominal (CA) de acordo com a OMS.

Circunferência abdominal (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher
Aumentado	≥94 e <102	≥80 e <88
Aumentado substancialmente	≥102	≥88

Fonte: adaptado WHO, 2008.

2.5 VARIÁVEIS

Quadro 3 – Variáveis utilizadas no estudo.

VARIÁVEIS	DEPENDENTE/INDEPENDENTE	NATUREZA	UTILIZAÇÃO
Prevalência auto-relatada de DCV	Dependente	Qualitativa nominal (sim/não)	Percentual
Prevalência auto-relatada dos FR para as DCV (HAS, dislipidemias, hereditariedade, tabagismo, consumo de álcool)	Dependente	Qualitativa nominal (sim/não)	Percentual
Classificação do nível de atividade física	Dependente	Qualitativa ordinal (insuficientemente ativo; minimamente ativo; altamente ativo)	Percentual
Classificação do IMC	Dependente	Qualitativa ordinal (baixo peso < 18,5; peso normal 18,5 a 24,9; sobrepeso ≥ 25,0; obeso ≥ 30,0; obeso classe I 30,0 a 34,9; obeso classe II 35,0 a 39,9 e; obeso classe III ≥ 40,0)	Percentual
Classificação da circunferência abdominal	Dependente	Qualitativa ordinal (Homens: aumentado ≥ 94 a < 102 e, aumentado substancialmente ≥ 102; Mulheres: aumentado ≥ 80 a < 88 e, aumentado substancialmente ≥ 88)	Percentual
Conhecimento dos FR para as DCV	Dependente	Qualitativa nominal (relato)	Percentual

		ou não do conhecimento de determinado FR)	
Sexo	Independente	Qualitativa nominal (masculino/feminino)	Percentual
Faixa etária	Independente	Qualitativa ordinal (< 60 anos e ≥ 60 anos)	Percentual
Condição socioeconômica	Independente	Qualitativa ordinal (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E)	Percentual
Grau de escolaridade	Independente	Qualitativa ordinal (nenhuma escolaridade, ensino fundamental até 4ª série, ensino fundamental até 8ª série, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo e outro)	Percentual

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Será realizada análise descritiva dos dados por meio da descrição de medidas de tendência central e dispersão, frequências relativas e absolutas. Para investigar as relações entre a prevalência dos fatores de risco para as DVC e o conhecimento desses fatores será utilizado o teste qui-quadrado. Esse mesmo teste será utilizado para determinar a relação entre as variáveis independentes e dependentes do estudo. Será considerando nível de significância de 5%.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa será conduzida respeitando os princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos (CAAE 49652315.4.0000.0121). Todos os participantes serão previamente informados sobre os procedimentos da coleta e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Abaixo encontra-se o cronograma de atividades do projeto.

Quadro 4 – Cronograma de atividades do projeto.

Atividade	Março a dezembro 2015	Abril a Julho 2016	Agosto a Dezembro 2016	Janeiro a Março de 2017	Abril a Junho de 2017	Julho a novembro de 2017
Atualização bibliográfica sistemática e contínua sobre a temática do projeto de pesquisa						
Submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de ética em Pesquisa da Instituição						
Treinamento para a aplicação e uso dos diferentes instrumentos de medida						
Coleta dos dados						
Elaboração do projeto de						

pesquisa para apresentação do TCC I						
Processamento dos dados						
Análise dos resultados						
Elaboração de artigo científico para apresentação do TCC II						

4 ORÇAMENTO

Os equipamentos e a impressão dos documentos utilizados neste projeto foram financiados por meio de verba do Edital Pró-Social 2014.

Quadro 5 – Orçamento do projeto

Material	Quantidade	Preço
Estadiômetro	1	940,99
Balança Digital	1	310,00
Impressora	1	314,00
Serviço de Impressão (Impressa Universitária)	1200	1000,00
TOTAL		2.564,99

REFERÊNCIAS

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, [s.l.], v. 376, n. 9755, p.1861-1868, nov. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2014. Disponível em <www.abep.org>. Acesso em: 02/06/2017.

BERTOLUCCI, P.H. BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.C.; JULIANO, Y. The MiniMental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BONOTTO, G. M. et al. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.293-302, jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006a.

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

CANADIAN GUIDELINES FOR BODY WEIGHT CLASSIFICATION IN ADULTS: APPLICATIONS IN CLINICAL PRACTICE TO SCREEN FOR OVERWEIGHT AND OBESITY AND TO ASSESS DISEASE RISK – **CMAJ**. April 2005.

D'AGOSTINO, R. B. et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: The Framingham Heart Study. **Circulation**, [s.l.], v. 117, n. 6, p.743-753, 22 jan. 2008.

DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.4501-4509, 5 abr. 2016.

F., Simão A. et al. I diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, p.1-78, dez. 2013.

FERRETTI, F. et al. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Revista de Salud Pública**, [s.l.], v. 16, n. 6, p.807-820, 16 jul. 2015.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov 1975.

GANASSIN, G. S. et al. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares. **Acta Paul Enferm.**, Maringá, v. 29, n. 1, p.38-46, jan. 2016.

GOULART, F. A. de A. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E DESAFIOS E PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE Ministério da Saúde. **Organização Pan-americana de Saúde**. Brasília, p. 7-19. jan. 2011.

GUIDELINES FOR DATA PROCESSING AND ANALYSIS OF THE INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ) - Short Form, Version 2.0. April 2004. Disponível em: www.ipaq.ki.se.

LEITE, I. da C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 7, p.1551-1564, jul. 2015.

LIMA, H. do N. et al. The Patient's Knowledge about Hypertension: an Analysis Based on Cardiovascular Risk. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.181-188, 2015.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 4, n. 23, p.599-608, out. 2014.

_____; SILVA JUNIOR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.151-164, mar. 2013.

MELSE, J. M. et al. A National Burden of Disease Calculation: Dutch Disability-Adjusted Life-Years. **American Journal Of Public Health**, Netherlands, v. 90, n. 8, p.1241-1247, ago. 2000.

MIRANDA, J. J. et al. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. **Tropical Medicine & International Health**, [s.l.], v. 13, n. 10, p.1225-1234, out. 2008.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D.. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. **The Global Burden Of Disease**, Boston, v. 0, n. 0, p.1-43, 19 fev. 1997.

MURRAY, Christopher J L et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, [s.l.], v. 380, n. 9859, p.2197-2223, dez. 2012. Elsevier BV.

RICCHTER, C. M. et al. Avaliação do conhecimento e da presença de fatores de risco cardiovascular em idosos de município do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Passo Fundo, v. 5, n. 23, p.277-285, set. 2010.

SAFFI, M. A. L. et al. Validity and reliability of a questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors for use in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 47, n. 5, p.1083-1089, out. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 2010; 95 (4) (1 supl. 1):1-51.

TAKAMUNE, D. M. et al. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. **Arquivos Médicos Hospital Faculdade e Ciências de Medicina da Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 3, n. 56, p.117-121, jan. 2011.

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

Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recursos eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization. WHO Obesity Technical Report Series. 2000.

_____. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva: OMS; 2005 [citado 2017 jun 7]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

_____. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, World Health Organization, 2008.

ANEXO A - IPAQ

Nome: _____

Data: ____/____/____ **Idade :** ____ **Sexo:** F () M ()

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa a ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Obrigada pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas:_____ Minutos:_____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA).

Dias_____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia?**

Horas:_____ Minutos:_____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias_____ por **SEMANA** () Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia?**

Horas:_____ Minutos:_____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

Horas:_____ Minutos:_____

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO B – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Projeto Extensão – DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

Nome: _____ Iniciais do paciente: _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Instruções: Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

	Certo	Errado
ORIENTAÇÃO NO TEMPO		
1. Que dia do mês é hoje?		
2. Em que mês estamos?		
3. Em que ano estamos?		
4. Em que dia da semana estamos?		
5. Que horas são agora aproximadamente? (correto=variação de + ou - uma hora)		

ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO

6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão, andar)		
7. Que local é este aqui? (num sentido mais amplo para a casa, prédio)		
8. Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)		
9. Em que cidade nós estamos?		
10. Em que estado nós estamos?		

REGISTRO: Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], TIJOLO [pausa]. Agora repita as palavras pra mim [permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira]

11. CARRO		
12. VASO		
13. TIJOLO		

ATENÇÃO E CÁLCULO: Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse quanto é:

14. $100 - 7$	{93}	
15. $93 - 7$	{86}	
16. $86 - 7$	{79}	
17. $79 - 7$	{72}	
18. $72 - 7$	{65}	

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: O (a) senhora (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Correto = única tentativa sem dicas; repetição das 3 palavras em qualquer ordem).

19. CARRO		
20. VASO		
21. TIJOLO		

LINGUAGEM: [Aponte o caneta e o relógio e pergunte: o que é isto?]

22. CANETA		
23. RELÓGIO		
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Correto = repetição perfeita, sem dicas.)		

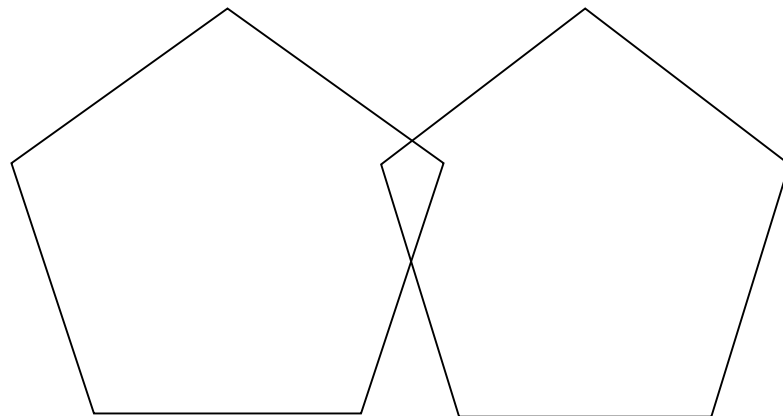
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.

25. PEGAR COM A MÃO DIREITA		
26. DOBRAR AO MEIO		
27. JOGAR NO CHÃO		
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).		

<p>29. Gostaria que o (a) senhor (a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude-o dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.</p>		
<p>30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor (a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos formando uma figura de 4 lados ou com 4 ângulos)</p>		
<p>TOTAL</p>		

FRASE: _____

DESENHO



Considerar os pontos de corte para a presença de alterações cognitivas propostos por Bertolucci *et al.*¹³⁷: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade entre 1 a 7 anos e 26 para escolaridade superior a 8 anos

ANEXO C

**NÍVEL DE CONHECIMENTO FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**

Baseado no Questionário sobre conhecimento geral, específico e mudanças no estilo de vida relacionado aos fatores de risco para Doença Arterial Coronariana. (Q-FARCS)

1. Você conhece os fatores de risco que levam ao desenvolvimento ou avanço das doenças cardiovasculares?

Sim

Não

Se Sim, pergunte quais:

tabagismo

colesterol elevado

DM

HAS

sedentarismo

história familiar

obesidade

estresse

uso de álcool

2. Você acha que a **obesidade** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, vc acha que ser obeso aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha?)

() Sim () Não () Não sei

3. Você acha que **níveis elevados de colesterol** influenciam no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que ter colesterol alto aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha?)

() Sim () Não () Não sei

4. Você acha que níveis elevados de **glicose/diabetes** influenciam no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha

que ter níveis elevados de glicose/diabestes aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha?)

Sim Não Não sei

5. Você acha que o **hábito de não fazer exercícios (sedentarismo)** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que ter não praticar exercício físico, ser sedentário, aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha?)

Sim Não Não sei

6. Você acha que o **estresse** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que ser estressado aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha)

7. Você acha que o **hábito de fumar** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que fumar aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha)

Sim Não Não sei

8. Você acha que **a alimentação (alimentos ricos em gordura, açúcares, por ex.)** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que se alimentar mal aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha)

Sim Não Não sei

9. Você acha que **a hereditariedade** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que ter um parente de primeiro grau com doença cardíaca ou morte prematura por doença cardíaca aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha)

Sim Não Não sei

10. Você acha que **a pressão alta** influencia no desenvolvimento ou no avanço das doenças cardiovasculares? (ou seja, você acha que ter pressão alta aumenta os riscos de uma pessoa ter alguma doença cardíaca ou piorar essa doença caso ela já tenha)

() Sim () Não () Não sei

ANEXO D – CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Projeto Extensão – DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

Nome: _____ Iniciais: _____

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para classificação econômica. Todos os itens que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente).

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM).

	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	0	3	5	8	11
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	0	3	7	10	13
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	2	4	6	6
Quantidade de banheiros	0	3	7	10	14
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	3	4	6
Quantidade de geladeiras	0	2	3	5	5

Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	0	3	6	8	11
Quantidade de lavadora de louças	0	3	6	6	6
Quantidade de fornos de micro-ondas	0	2	4	4	4
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	3	3	3
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	2	2	2	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe de família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos			
		Não	Sim
Água encanada		0	4
Rua pavimentada		0	2

APÊNDICE A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Projeto Extensão – DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÕES VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

Responsável pela coleta: _____ Data da coleta: _____ Horário da coleta: _____ UBS: Coloninha 1()

2 ()

Nome: _____ Iniciais: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

• Motivo da consulta: _____ Data da última consulta: _____

• Está em acompanhamento médico regular: () Não; () Sim / Motivo: _____

• Faz parte de algum grupo de apoio (hiperdia, por ex.)? () Não; () Sim. Qual? _____

• Ocupação/Profissão: _____

• Estado civil: () Solteiro (a); () Casado (a); () Separado/divorciado (a) () Outro _____

• Raça/Etnia: () Branco; () Negro; () Pardo; () Outro _____

• Anos de estudo: _____

• Nível de escolaridade: () Nenhuma escolaridade; () Ensino fundamental até 4ª série; () Ensino fundamental até 8ª série; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino superior incompleto; () Ensino superior completo; () Outro _____

• Reside sozinho: () Não; () Sim

Disponibilidade para palestras: _____

Se sim: Por quanto tempo?_____. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?_____

- O(a) sr(a) já fumou? () Não () Sim.

Se sim: Por quanto tempo?_____Quantos cigarros o(a) sr(a) fumava por dia? _____Parou há quanto tempo?_____

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

- Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha? () Não () Sim.

Álcool

- Para homens: Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?" () Não () Sim.

- Para mulheres: "Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?" () Não () Sim.


Obs: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Obesidade

Massa corporal: _____kg **Altura:**_____ cm **IMC:**_____Kg/cm²

Circunferência abdominal: _____cm

APÊNDICE C

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</p>	<p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</i> <i>CAMPUS ARARANGUÁ</i> <i>CURSO DE FISIOTERAPIA</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Doenças cardiorrespiratórias: Perfil epidemiológico em usuários de uma unidade básica de saúde do município de Araranguá

Você _____ está sendo convidado a participar do estudo que irá caracterizar as doenças cardiovasculares e respiratórias e os seus fatores de risco entre os usuários das Unidades Básicas de Saúde Coloninha I e II com idade superior a 18 anos.

Você responderá a um questionário estruturado que inclui inicialmente questões sobre dados pessoais e sociais. Em seguida, caso você tenha idade superior a 60 anos, irá responder a um questionário que avalia a sua função cognitiva por meio de questões referentes à orientação no tempo e no espaço, atenção, repetição, dentre outras. O Sr. responderá também a perguntas referentes à presença de doenças cardíacas e respiratórias e de seus fatores de risco, como o tabagismo, a prática de exercício físico, dentre outros. Em seguida será realizada mensuração da sua massa corporal e da sua altura bem como da sua circunferência abdominal. Para finalizar, o senhor responderá um questionário específico para mensuração do seu nível de atividade física e outro questionário para avaliação do nível de conhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Os riscos envolvidos nos procedimentos desta pesquisa são baixos, por envolver principalmente questionários e a mensuração de medidas não invasivas, como massa corporal, altura e circunferência abdominal. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão o melhor conhecimento sobre seu estado físico, além

de contribuir para avaliar a prevalência das doenças cardiovasculares e respiratórias e de seus fatores de risco entre os usuários atendidos por sua unidade básica de saúde para definição de ações de saúde futuras.

Você tem a garantia de poder solicitar esclarecimentos ao pesquisador sempre que desejar (antes e durante sua realização) e de quaisquer dúvidas, incluindo os procedimentos e etapas de desenvolvimento desta pesquisa.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão alunos do curso de graduação em fisioterapia da UFSC sob a orientação da professora responsável (Profa. Danielle Soares Rocha Vieira).

Você poderá se retirar do estudo a qualquer momento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida por meio da não-identificação do seu nome.

Esta pesquisa não prevê nenhum gasto adicional em relação a sua participação. No entanto, se houver ocasionais despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, nos responsabilizamos pelo ressarcimento financeiro.

O presente documento será mantido pela pesquisadora em confidencialidade e você receberá uma cópia do mesmo.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

CONTATO:

Profa. Danielle Soares Rocha Vieira – (48) 98135538

Endereço: Rodovia SC 449 – lado ímpar. Bairro Jardim das Avenidas. Araranguá – SC

CEP 88906-072

CONTATO Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400 Telefone:

(48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____

Pesquisador Responsável _____

Araranguá, ___/___/_____