

32. Saúde Humana

Conhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares entre usuários de duas unidades básicas de saúde.

Moretto, Liliane ; Cardoso, Willian; Vieira, Danielle.

Liliane_becker@hotmail.com; willian_s_c@hotmail.com; Danielle.vieira@ufsc.br

Departamento de ciências da saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são condições multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida, dentre elas destaca-se as doenças cardiovasculares, sendo uma das maiores causas de morte no Brasil e no mundo. As doenças cardiovasculares são passíveis de prevenção por meio do controle dos seus fatores de risco modificáveis. **Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo avaliar prevalência auto-relatada dos fatores de risco e o seu conhecimento sobre, para as doenças cardiovasculares entre usuários de duas unidades básicas de saúde do município de Araranguá, SC. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. Participaram do estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados nas unidades básicas de saúde. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários específicos e validados para a população brasileira. **Resultados:** Participaram do estudo 163 usuários, sendo 78,5% do sexo feminino, com média de idade de 49,64 anos, 46,6% concluíram o ensino fundamental até a 8ª série. 43,7% auto-relataram inatividade física, 42,9% tabagismo e 35,6% hipertensão arterial sistêmica. 36,8% citaram conhecer tabagismo como fator de risco, 35% inatividade física e 25,2% etilismo. **Conclusão:** verificou-se baixo nível de conhecimento dos indivíduos para os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, principalmente dos indivíduos que auto-relataram o fator de risco e não apresentaram conhecimento sobre o mesmo.

Descritores: Doenças cardiovasculares; Fatores de risco; auto-relatado; Conhecimento;

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições multifatoriais que se desenvolvem ao longo da vida. Sendo atualmente a maior causa de problemas relacionados à saúde e a mortalidade no Brasil e no mundo⁽²²⁾. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 36 milhões de mortes no mundo foram causadas pelas DCNT até o ano de 2008⁽¹⁾. No Brasil, verificou-se que pouco mais de 72% das mortes ocorridas até o ano de 2013 estiveram relacionadas com as DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares (DCV) (30,4%)⁽²¹⁾. No ano de 2015, foi visto que cerca de 49.000 mortes estiveram relacionadas com as DCV e que a região sul do Brasil apresentava a terceira maior taxa de mortalidade⁽⁵⁾.

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⁽²⁵⁾. Assim, destaca-se o DALY (*disability adjusted life years* – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), é um indicador que combina informações de mortalidade e morbidade em estudo de carga de doença⁽¹¹⁻²⁴⁾. Segundo Leite et al. (2015)⁽¹⁹⁾, 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 – DCNT e grupo III – causas externas. Destaca-se que 72,2% do total de DALY deveu-se ao grupo II e que a doença cardíaca isquêmica, o acidente vascular encefálico e as doenças cardíacas hipertensivas apresentaram-se entre as 15 condições com maior contribuição para o DALY total dentre os 100 agravos considerados no estudo. Dados de 2015 demonstraram que as DCV foram responsáveis por 347.528-9 DALY mundialmente e 5.179-7 DALY para cada mil indivíduos⁽¹⁸⁾.

As DCV, possuem diversos fatores de risco (FR)⁽²¹⁾, que constituem elementos capazes de serem mensuráveis com características conhecidas assim podendo ser divididos em duas classes, não modificáveis e modificáveis. Os FR não modificáveis incluem o sexo, a idade, a raça e a hereditariedade⁽⁹⁻³⁰⁾. Os FR modificáveis, por sua vez, são divididos em duas categorias, os FR comportamentais (tabagismo, alimentação, níveis insuficientes de atividade física e consumo excessivo de álcool) e intermediários (sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, intolerância à glicose)^(9,22,30).

Estudo realizado pela Vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel)⁽³¹⁾, no ano de 2015, com 54.174 indivíduos, evidenciou alta prevalência desses FR. 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%. A presença dos FR modificáveis tem impacto direto sobre a saúde, pois pode aumentar significativamente a predisposição para ocorrência de uma doença em um indivíduo e/ou população⁽⁹⁾. Nesse contexto, o conhecimento pela população sobre o papel desses FR é considerado um importante passo para a mudança do estilo de vida e para a adoção de hábitos de vida saudáveis (I DIRETRIZ DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR 2013).

Alguns estudos avaliaram o conhecimento de indivíduos sobre os FR para as DCV. Richter *et al.*⁽²⁷⁾, em 2010, avaliaram o conhecimento dos FR para as DCV em 313 idosos. Os autores observaram que a grande maioria dos idosos apresentaram ter conhecimento sobre os malefícios dos FR, contudo, a maioria deles não sabia se apresentavam ou não os FR, com destaque para a dislipidemia e a HAS. Em outro estudo, Dutra *et al.* (2016)⁽¹¹⁾ observaram que a maioria dos indivíduos, dentre os 30 avaliados, disseram ter conhecimento sobre a HAS, contudo não conseguiram defini-la e, quando perguntados sobre os FR para as DCV, os entrevistados apresentaram conhecimento apenas para ingestão de sal e fatores estressantes, desconhecendo os demais FR. Bonotto *et al.* (2016)⁽⁴⁾, por sua vez, avaliaram o conhecimento de 1593 mulheres e verificaram que 50% das entrevistadas relataram HAS e tabagismo como FR, e os demais FR foram citados por menos de 30% das entrevistadas.

Objetivos

O presente estudo teve como objetivo investigar o conhecimento dos FR modificáveis para as DCV entre usuários de duas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Araranguá e, se existe relação entre o conhecimento e a prevalência autorrelatada desses FR.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, o qual foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Colônia I e II, as quais estão instaladas no mesmo espaço físico, no município de Araranguá/SC, sendo as UBS de maior abrangência populacional do município, o qual possui população de 67.110 habitantes, segundo

Universidad Nacional de Cuyo | Mendoza | Argentina 17, 18 y 19 de octubre de 2018

estimativas do IBGE 2017 (IBGE, 2017). Segundo a Secretaria de Saúde, as duas UBS atendem aproximadamente 13.000 pessoas, o que representa 19,37% da população do município. O presente estudo foi realizado respeitando os princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos (CAAE 49652315.4.0000.0121). Todos os participantes foram informados sobre os procedimentos de coleta e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram do presente estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos cadastrados em uma das duas UBS e que estivessem presentes na mesma no período de outubro de 2015 a julho de 2017. Foram excluídos do estudo, indivíduos que não conseguissem entender ou realizar todos os procedimentos de coleta dos dados. O Mini Exame do Estado Mental (Mini-mental) (Bertolucci et al., 1994)⁽³⁾ foi aplicado para a avaliação da função cognitiva dos indivíduos com idade superior a 60 anos. A presença de alterações cognitivas comprovadas pelo Mini-mental foi utilizada como critério de exclusão do estudo, sendo considerado os pontos de corte propostos por Bertolucci et al. (1994)⁽³⁾.

Os indivíduos foram abordados enquanto aguardavam por consulta médica na sala de espera, onde foram convidados a participar do estudo e receberam esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa. Após assinatura do TCLE, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos responderam ao Mini-mental. Em seguida, os participantes responderam questões sobre dados pessoais e sociodemográficos, sendo aplicada a estratificação econômica por meio dos critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2014). Na continuidade da coleta de dados, os indivíduos responderam ao questionário internacional de atividade física (IPAQ)⁽²³⁾ versão curta para determinação do nível de atividade física⁽¹⁷⁾.

Para o levantamento da prevalência autorrelatada dos FR foi elaborado um questionário estruturado tendo como base as perguntas utilizadas no Vigitel⁽³¹⁾. Dessa forma, os usuários foram questionados se algum médico já lhes disse se apresentam pressão alta, níveis elevados de glicose no sangue/diabetes, colesterol ou triglicerídeos. Os usuários também foram entrevistados sobre etilismo, tabagismo atual e pregresso.

Para o conhecimento dos FR para as DCV os indivíduos responderam ao questionário elaborado com base no Questionário sobre conhecimento geral, específico e mudanças no estilo de vida relacionado aos FR para Doença Arterial Coronariana (DAC)(Q-FARCS)⁽²⁸⁾. 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, foi utilizado o primeiro eixo 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 DCV, doenças que afetam o coração e os vasos do corpo?”. Caso o indivíduo respondesse sim, ele deveria citar espontaneamente quais FR ele conhecia e examinador registrava os FR levantados.

Por fim, realizou-se a mensuração das medidas antropométricas, como massa corporal (Balança digital, G-TECH, Rio de Janeiro, Brasil) e estatura (Alturaexata, Belo Horizonte, Minas Gerais), para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)⁽³²⁾. E circunferência abdominal (Sany, São Bernardo do Campo, São Paulo) sendo realizada de acordo com as recomendações da OMS. Utilizando como referência para a medida o ponto médio entre a última costela flutuante e a crista ilíaca, realizando-se a mensuração durante a expiração normal⁽³²⁾.

Foram consideradas como variáveis dependentes no presente estudo a prevalência autorrelatada dos FR para as DCV (HAS, dislipidemia, tabagismo, consumo de álcool, níveis elevados de glicose/diabetes), nível de atividade física (insuficientemente ativo e ativo), IMC (peso normal, sobrepeso e obesidade), circunferência abdominal (normal ou aumentada) e, conhecimento dos FR para as DCV (relato ou não do conhecimento de determinado FR). As variáveis descritivas consideradas foram sexo, idade, raça, estado civil, condição socioeconômica e grau de escolaridade.

Para análise dos dados, foi inicialmente realizada análise descritiva por meio de medidas de tendência central e dispersão, frequências relativas e absolutas. Para investigar as relações entre a prevalência e o conhecimento dos FR foi utilizado o teste qui-quadrado. A análise estatística foi realizada por meio do programa Statistica. Foi considerado nível de significância de 5%.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 163 usuários das UBS, sendo 78,5% do sexo feminino. Os respondentes distribuíram-se entre as faixas etárias < 60 anos (71,8%) e ≥ a 60 anos (28,2%), sendo a média de idade de 49,64(4,9) anos. Dentre os entrevistados, 71,8% se autodeclararam brancos e 19,6% pardos; 51,9% eram casados e 22,8% solteiros. A maioria (46,6%) concluiu o ensino fundamental até a 8ª série. De acordo com o critério de classificação econômica, 61,6% distribuíram-se entre as classes C1 e C2 e 22%

Universidad Nacional de Cuyo | Mendoza | Argentina 17, 18 y 19 de octubre de 2018
entre as classes B1 e B2. A Tabela 1 apresenta detalhadamente os dados sociodemográficos da população em estudo.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
< 60	117	71,8
≥ 60	46	28,2
Sexo		
F	128	78,5
M	35	21,5
Raça		
Branca	117	71,8
Preta	12	7,4
Pardo	32	19,6
Outro	2	1,2
Estado civil		
Casado	84	51,9
Divorciado	19	11,7
Solteiro	37	22,8
União estável	5	3,1
Viúvo	17	10,5
Escolaridade		
Ens. Fund. Até 4ª série	56	34,4
Ens. Fund. Até 8ª série	76	46,6
Ens. Médio incompleto	1	0,6
Ens. Médio completo	24	14,7
Ens. Superior completo	1	0,6
Nenhuma escolaridade	5	3,1
Classe econômica		
A	3	1,9
B1 e B2	35	22,0
C1 e C2	98	61,6
D/E	23	14,5

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos usuários entrevistados

As taxas de prevalência autorrelatada dos FR pelos indivíduos entrevistados, foram observados maiores percentuais para inatividade física (43,7%), seguido pelo tabagismo atual e/ou progresso (42,9%) e da HAS (35,6%) podendo ser observado no Gráfico 1.

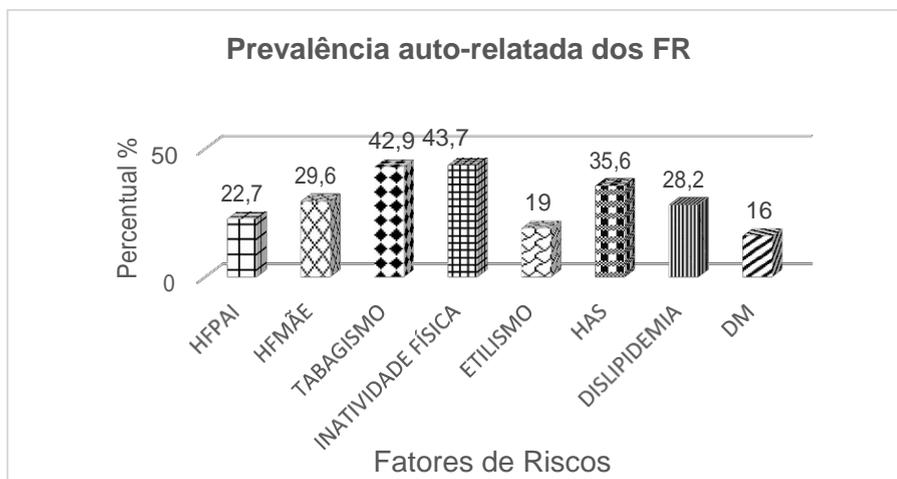


Gráfico 1: Prevalência auto-relatada dos FR modificáveis entre os usuários das UBS. HFPAl:Histórico Familiar Pai; HFMãE: Histórico familiar Mãe; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabete Mellitus.

As medidas antropométricas dos entrevistados da UBS, segundo a classificação do IMC e da circunferência abdominal, foi obtido um percentual alto de sobrepeso (38,6%) e obesidade (41,8%). E, chama atenção para o elevado percentual de indivíduos com aumento da circunferência abdominal (81,9%) podendo ser observado no Gráfico 2.

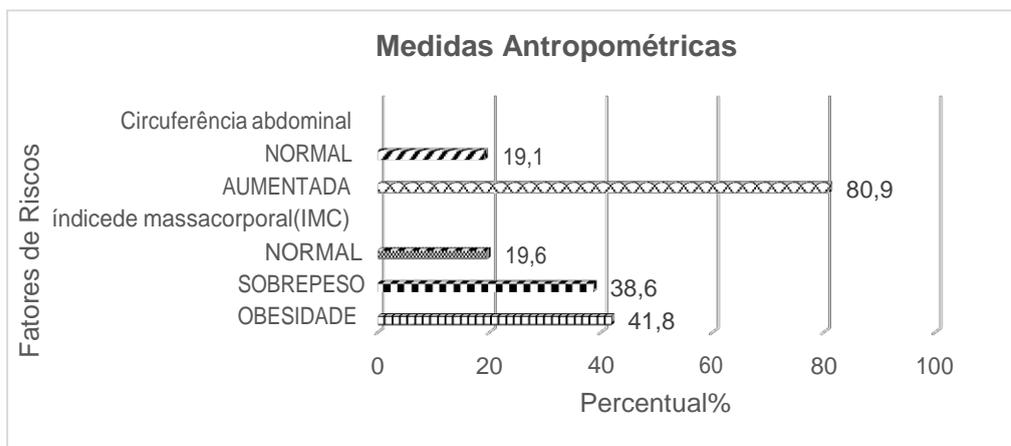


Gráfico 2: Percentual de usuários segundo a classificação do IMC e da circunferência abdominal.

O conhecimento dos indivíduos entrevistados para os FR para as DCV, pode ser observado no gráfico 3. Os FR mais citados pelos entrevistados foram tabagismo, níveis insuficientes de atividade física, etilismo, alimentação inadequada e dislipidemia.

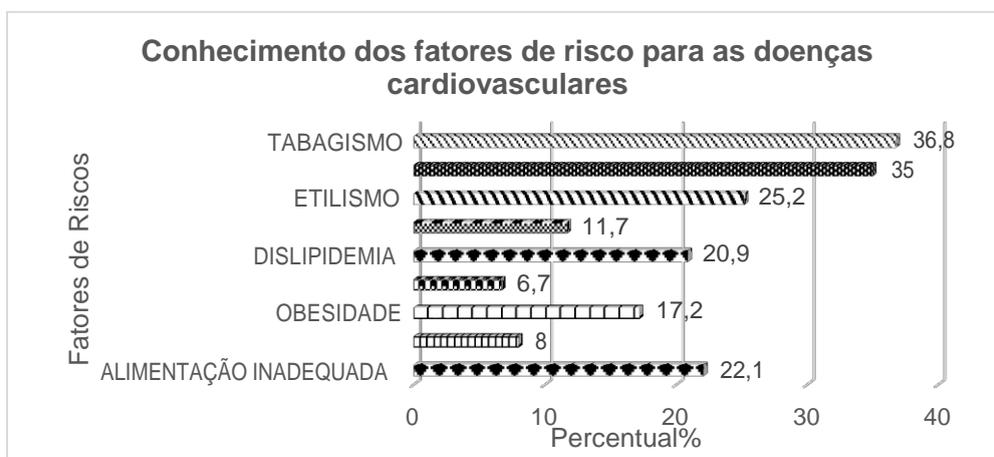


Gráfico 3: Conhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus.

No Gráfico 4, pode-se observar o percentual de usuários que relataram ter algum dos FR e que ao mesmo tempo apontaram conhecer o FR que atua no desenvolvimento das DCV. No resultado obtido percebe-se que no geral á um percentual reduzido de indivíduos que tem conhecimento sobre o impacto dos FR apesar de ter relatado que o possui. Assim reforçando os achados, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a prevalência autorrelatada dos FR e o conhecimento desses fatores entre os usuários, com exceção do etilismo (qui-quadrado: 8,1; $p=0,04$).

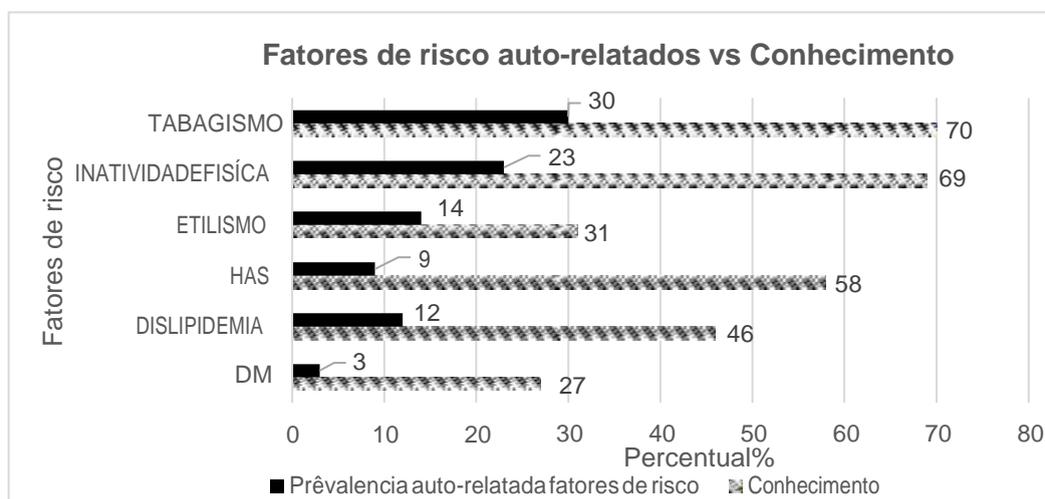


Gráfico 4: Fatores de risco auto-relatados versus conhecimento entre os usuários. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus.

Os achados do presente estudo demonstram baixos níveis de conhecimento sobre os FR para as DCV, como também elevadas taxas de prevalência auto-relatada para os FR, sendo os menos citados pelos indivíduos DM, HAS, dislipidemia e etilismo, contudo os mais prevalentes foram: insuficientemente ativos; tabagismo e HAS. Adicionalmente, a maioria dos indivíduos apresentou excesso de peso e aumento da circunferência abdominal.

Ao avaliar a prevalência dos níveis insuficiente de atividades físicas, encontrados no presente estudo, o qual é de 43,7%, Ferreira et al⁽⁸⁾, em 2010, ao avaliarem um total de 418 indivíduos encontraram observaram prevalência de 54,8%, já Van Eyken e Moraes⁽³⁰⁾, em 2009, ao avaliarem 209 homens da região sudoeste do Brasil, encontraram 28% de prevalência⁽³⁰⁾, contudo Coelho et al⁽⁶⁾, em 2014, observaram 43% de níveis insuficientes de atividade física ao avaliarem 776 indivíduos de uma siderúrgica, sendo a prevalência semelhante a encontrada no presente estudo.

As taxas de tabagismo, observadas no presente estudo foram elevadas, com 42% de prevalência auto-relatada de tabagismo atual ou pregresso. No ano de 2009, Van Eyken e Moraes⁽³⁰⁾, observaram taxas de prevalência menos elevadas para o tabagismo 25,3%, sendo que foram avaliados 209 homens. Já Ferreira et al⁽⁸⁾ em 2010 e, Coelho et al⁽⁶⁾, em 2014, apresentaram o mesmo valor de prevalência auto-relatada de tabagismo nas populações avaliadas, com 10% de prevalência, sendo que em ambos os estudos foi considerado apenas o tabagismo atual como FR. Os valores observados pela Vigitel⁽³¹⁾, em estudo realizado no ano de 2015, foram menores para a prevalência autorrelatada de tabagismo, com 7,2% de prevalencia.

Quando avaliado a prevalência autorrelatada da HAS, observou-se que 35,6% dos indivíduos mostraram-se hipertensos no presente estudo. Ao comparar com estudo realizado por Van Eyken e Moraes⁽³¹⁾, em 2009, observa-se prevalência auto-relatada menor 24%, sendo que foram avaliados 209 homens. Já em estudo realizado por Ferreira et al⁽⁸⁾, em 2010, foram encontradas prevalências muito maiores comparadas ao presente estudo 80,4% de HAS autorrelatada em 418 idosos avaliados. Em 2015, estudo desenvolvido pela Vigitel⁽³¹⁾, por inquérito telefônico com 54.174 indivíduos, foi possível observar prevalência autorrelatada de HAS (30%), semelhante aos dados observados no presente estudo.

A circunferência abdominal aumentada, foi outro fator de risco que mostrou-se com altas taxas de prevalência (80,9%), sendo que em estudo realizado com 64 indivíduos, em 2015 por Chaves et al⁽¹⁰⁾, observou-se prevalência do aumento da circunferência abdominal em 48,4% dos indivíduos avaliados, contudo Coelho et al⁽⁶⁾, em 2015 ao avaliarem 776 trabalhadores de uma metalúrgica do município de Juiz de Fora – MG, obteve taxas menores de aumento da circunferência abdominal (23%), sendo que essa diminuição da

prevalência da circunferência abdominal aumentada, pode estar relacionada com o maior número da amostra de indivíduos avaliados.

No Brasil, ainda se observa uma carência de estudos comparando o conhecimento dos FR para as DCV e a sua prevalência autorrelatada dos FR modificáveis. Além disso, a maior parte dos estudos existentes foram realizados em populações da região sudeste e nordeste do Brasil^(11,13,16,27,29), contudo foi encontrado apenas dois estudos realizados na região sul do Brasil, sendo que⁽²⁰⁾ avaliaram apenas o conhecimento sobre a HAS como FR para as DCV e, BONOTTO et al, (2016)⁽⁴⁾ avaliaram o conhecimento de todos os FR para as DCV.

Nesse contexto, em 2010, Richter et al.⁽²⁷⁾, 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. Ao correlacionar com o presente estudo, observa-se semelhança no conhecimento dos indivíduos sobre apenas o tabagismo como FR para as DCV.

No ano de 2011, Takamune et al⁽²⁹⁾, 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 um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. Os FR mais citados pelas mulheres avaliadas foram: obesidade; tabagismo; HAS; estresse; dislipidemia e níveis insuficientes de atividade física. Quando comparado com o presente estudo, observa-se mais uma vez conhecimento semelhante dos indivíduos sobre tabagismo, níveis insuficientes de atividade física e dislipidemia e obesidade, sendo pouco citado pelos indivíduos HAS e estresse como FR para as DCV. Dutra et al., (2016)⁽¹¹⁾ 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. Quando os indivíduos foram questionados sobre os FR para as DCV, apresentaram conhecimento apenas para a ingestão elevada de sal e fatores estressantes, desconhecendo os demais FR. No presente estudo, ao comparar os dados com o estudo de Dutra et al, 2016⁽¹¹⁾, pode-se observar apenas conhecimento dos indivíduos para a alimentação inadequada como FR para as DCV.

Em 2016, Bonotto et al⁽⁴⁾, avaliaram o conhecimento de 1593 mulheres da zona urbana do município de Rio Grande, RS. Com média de idade de 44,6 anos, sobre os FR para as DCV por meio de um questionário pelos pesquisadores. Foram considerados os seguintes FR para as DCV: obesidade, tabagismo, HAS, DM, níveis insuficientes de atividade física, estresse e alimentação inadequada. Cerca de 50% das mulheres

Universidad Nacional de Cuyo | Mendoza | Argentina 17, 18 y 19 de octubre de 2018

entrevistadas citaram HAS e tabagismo como FR para as DCV, os demais fatores de risco considerados foram citados por menos de 30% das mulheres entrevistadas, demonstrando baixo conhecimento. Ao correlacionar os dados de Bonotto et al (2016)⁽⁴⁾, com o presente estudo, observa-se baixo conhecimento dos indivíduos para os FR tabagismo e HAS, citados por apenas 36,8% e 11,7% dos indivíduos entrevistados, respectivamente.

Uma das limitações do presente estudo foi a dificuldade de participação dos usuários das unidades básicas de saúde. Além disso, a amostra foi constituída principalmente por mulheres. No entanto, essa predominância das mulheres, sugere que as mesmas podem possuir uma maior percepção dos FR para as doenças cardiovasculares, assim como uma maior preocupação com seu estado de saúde em geral, sendo que apresentam uma maior tendência em buscar os serviços de saúde e para o autocuidado, quando comparado ao sexo masculino⁽⁷⁾. Alguns autores, ainda citam que a maior procura das mulheres aos serviços de saúde, pode estar relacionado a sua maior expectativa de vida e longevidade em relação aos homens.⁽²⁶⁾

O presente estudo foi importante, para o levantamento epidemiológico da prevalência e o conhecimento dos FR para as DCV, nas duas maiores UBS do município de Araranguá, SC, os quais não tinham sido levantados até o presente momento, e, diante dos dados apresentados pelo presente estudo, mostra-se importante as ações diretas sobre a população, principalmente por ações educativas nas populações e indivíduos com menor grau de escolaridade e, ações que estimulem a prática de atividade física regular e adoção de hábitos mais saudáveis, afim que os indivíduos tenham controle sobre os FR modificáveis para as DCV.

Conclusão

Este estudo possibilitou avaliar a prevalência auto-relatada e o conhecimento dos indivíduos cadastrados nas duas UBS, sendo que em sua maioria mulheres. Onde observou-se alta prevalência auto-relatada dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, associado ao baixo nível de conhecimento dos indivíduos sobre os mesmos. Destaca-se que o baixo nível de conhecimento, pode estar associado ao baixo nível de escolaridade dos indivíduos como também à baixa renda familiar.

De fato, o estudo evidencia que a população em estudo, apresenta fragilidades no conhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, e uma difícil adoção por hábitos saudáveis, o que nos leva a pensar na necessidade de futuras intervenções

Universidad Nacional de Cuyo | Mendoza | Argentina 17, 18 y 19 de octubre de 2018

educativas, mais elaboras e intensificadas, afim de que possam garantir uma melhor assistência e promoção a saúde de toda a população.

Bibliografía

1. 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.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critérios de classificação econômica Brasil. 2014. Acesso em 2017 outubro 3. Disponível em <www.abep.org>.
3. 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.
4. 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.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / 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.*
6. COELHO, Emerson Filipino et al. Prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em trabalhadores de empresa siderúrgica. 2014
7. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1): 62-70.
8. DA CONCEIÇÃO FERREIRA, Carla Cristina et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n. 5, p. 621-628, 2010.

9. 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.
10. DOS SANTOS CHAVES, Camila et al. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 39-46, 2015.
11. 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
12. Faculdade e Ciências de Medicina da Santa Casa São Paulo, São Paulo, v. 3, n. 56, p.117-121, jan. 2011.
13. 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.
14. 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
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. KASSEBAUM, Nicholas J. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1603-1658, 2016.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. MALTA; 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.
23. Matsudo S. M, Araújo T., Matsudo V. R, Andrade D., Andrade E., Oliveira L.C et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Ver Bras Ativ Fís Saúde. 2001; 6:5-18
24. 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.
25. MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D.. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and project to 2020. The Global Burden Of Disease, Boston, v. 0, n. 0, p. 1-43, 19 fev. 1997.
26. Pilger C et al. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino Americana Enfermagem, 2011; 19(5): (9 pantallas).
27. RICHTER, 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.
28. 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.

29. TAKAMUNE, D. M. et al. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. Arquivos Médicos Hospital
30. 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.
31. 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.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, World Health Organization, 2008.