

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISLLA PIMENTEL DE SOUZA

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS
DE UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Maceió

2023

Isla Pimentel de Souza

**DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS
DE UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à banca examinadora do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Campus A.C. Simões da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Coorientadora: Prof^a Dr^a Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro

Maceió

2023

CATALOGAÇÃO

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S729d Souza, Islla Pimentel de.

Doenças cardiovasculares e fatores associados em indivíduos de uma região do nordeste brasileiro / Islla Pimentel de Souza. - 2023.
83 f. : il. color.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.
Coorientadora: Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 62-67.

Apêndice: f. 68-72.

Anexos: f. 73-83.

1. Doenças cardiovasculares. 2. Fatores de risco. 3. Determinantes sociais de saúde. I. Título.

CDU: 616.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS DE UMA REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à banca examinadora do
curso de Enfermagem da Escola de
Enfermagem Campus A.C.Simões da
Universidade Federal de Alagoas,
como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIN
Data: 24/08/2023 13:54:19-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof^ª Dr^ª Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira – EENF/UFAL
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 CINIRA MAGALI FORTUNA
Data: 28/08/2023 16:57:21-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof^ª Dr^ª Cinira Magali Fortuna – EERP/USP
(Banca externa)

Documento assinado digitalmente
 GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAUJO MONTEIRO
Data: 25/08/2023 08:26:59-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof^ª Dr^ª Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro – EENF/UFAL
(Banca interna)

Documento assinado digitalmente
 JOAO ARAUJO BARROS NETO
Data: 25/08/2023 08:41:05-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

João Araújo Barros Neto (FANUT/UFAL)
(Banca interna)

Data de defesa: 18/08/2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse TCC à minha família que sempre acreditou e esperou o melhor de mim e aos meus docentes do curso de Enfermagem da UFAL que acreditaram e seguraram minha mão durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e da sabedoria, por ser alicerce em todas as vezes em que eu quis desistir e por ser guia em todas as vezes que me senti perdida.

Aos meus pais, Diana e Irakistane, por nunca duvidarem de mim e por me proporcionarem a vida e as condições necessárias para que eu chegasse até aqui e para que eu vá ainda mais longe. E a minha família que sempre acreditou em mim e me apoiou.

Às vozes da minha cabeça, minhas próprias vozes, que nunca me deixaram sozinha, muitas vezes me atrapalharam, mas em parte do tempo foram elas que me ajudaram a escrever e sobreviver.

Principalmente a Vitória Gabriely, que é meu alicerce quando quero desabar e meu brilho quando se é necessário ver o lado bom da vida e a Eliza Vitória que foi minha parceira de tantas madrugadas, inúmeros projetos, pesquisas, estágios, ganhos e perdas dentro dessa graduação.

Às aves que impediram que eu surtasse durante o curso e proporcionaram os melhores momentos e memórias que eu poderia viver durante a graduação. Ailla, Alycia, Eliza, Giovanna, Natalha, Sanayara, Rafaela, Remerson, Ríllary, Viviane vocês foram luz e eram a âncora que mantinham a sanidade da coitada da estudante no lugar.

À minha orientadora a Prof^a Dr^a Keila Cristina que incentivou e cultivou meu amor pela pesquisa, por toda a paciência, ensinamentos e carinho desde que me adotou. À minha coorientadora Prof^a Dr^a Gleicy Karine que fez eu me apaixonar pela pesquisa quantitativa e que segurou minha mão desde o primeiro momento, eu não conseguiria sem vocês.

À banca avaliadora, Prof^a Dr^a Gleicy, Prof^a Dr^a Cinira e Prof^o João, pelo aceite e contribuições nesse momento tão importante da minha trajetória acadêmica.

Aos meus mestres de todo o decorrer do curso sempre incentivaram o crescimento, a busca pelo saber, pela pesquisa, pela saúde, pelo SUS e pela vida. A UFAL e a EENF se tornaram minha segunda casa e vocês foram a melhor família que eu poderia pedir enquanto morei nesse lugar (pretendo voltar rs).

À todas as pessoas que passaram pela minha vida durante esses 5 anos de graduação, vocês foram essenciais para formar a pessoa e profissional que sou e serei.

Por fim, agradeço a mim, por nunca desistir.

“É preciso saber um pouco das Políticas de Saúde no Brasil para entendermos porque o Sistema Único de Saúde simboliza uma vitória do povo brasileiro”

Natale Souza, 2018.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são doenças não-transmissíveis que, atualmente, representam a maior taxa de morbimortalidade mundial. Seu desenvolvimento está relacionado a fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Assim, objetiva-se com o presente estudo avaliar as doenças cardiovasculares e fatores associados em indivíduos de uma região do Nordeste brasileiro. O trabalho é um recorte da pesquisa intitulada “Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para a prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia – Alagoas” e se configura como um estudo de caráter descritivo, transversal de abordagem quantitativa com usuários acometidos por DM, HAS e/ou obesidade em 11 Unidades Básicas de Saúde, mediante uma amostra não-aleatória por conveniência, totalizando 959 participantes, a coleta foi realizada entre outubro de 2021 e março de 2023, na cidade de Delmiro Gouveia, AL, através de entrevistas por meio de um questionário adaptado do VIGITEL com dados aferidos durante a pesquisa ou autorreferidos pelos usuários. Dessa forma, os resultados obtidos foram que os usuários que apresentam diagnóstico de DCV são, em sua maioria, idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, analfabetos e com acesso apenas a coleta de lixo, relacionado aos dados clínicos, os achados foram que esse mesmo grupo apresentou, em sua maioria, hipertensão e diabetes e, referente aos hábitos alimentares e estilo de vida, nunca comem feijão ou tomam suco de fruta, consomem frutas diariamente, não consomem bebidas alcoólicas, classificam sua saúde regular/ruim/muito ruim e sua vida muito estressante. Além disso, foi encontrada maior probabilidade para DCV entre os usuários que apresentaram pressão alta ou DM, sendo 4,21 vezes e 1,49 vezes maior, respectivamente. Com o estudo percebeu-se que a maioria dos entrevistados que apresentaram DCV eram aqueles com doenças prévias ou hábitos de vida não saudáveis, práticas que podem se configurar como fatores de risco para o adoecimento. Tais achados podem contribuir para o desenvolvimento de ações de vigilância, promoção e proteção em saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais de Saúde; Doenças cardiovasculares; Fatores de risco.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are non-communicable diseases that currently represent the highest morbidity and mortality rate worldwide. Its development is related to modifiable and non-modifiable risk factors. Thus, the objective of this study is to evaluate cardiovascular diseases and associated factors in individuals from a region in the Brazilian Northeast. The work is part of the research entitled "Intersectoral actions for health promotion in the Family Health Strategy: an intervention study for the prevention and control of risk factors related to cardiovascular diseases in Delmiro Gouveia - Alagoas" and is configured as a study of descriptive, cross-sectional quantitative approach with users affected by DM, SAH and/or obesity in 11 Basic Health Units, through a non-random convenience sample, totaling 959 participants, the collection was carried out between October 2021 and March 2023, in the city of Delmiro Gouveia, AL, through interviews using a questionnaire adapted from VIGITEL with data measured during the research or self-reported by users. Thus, the results obtained were that users who have a diagnosis of CVD are mostly elderly aged 60 years or older, illiterate and with access only to garbage collection, related to clinical data, the findings were that this same group had, for the most part, hypertension and diabetes and, regarding eating habits and lifestyle, they never eat beans or drink fruit juice, consume fruits daily, do not consume alcoholic beverages, classify their health as regular/poor/very poor and your life is very stressful. In addition, a greater probability of CVD was found among users who had high blood pressure or DM, being 4.21 times and 1.49 times higher, respectively. With the study, it was noticed that most of the interviewees who had CVD were those with previous illnesses or unhealthy lifestyle habits, practices that can be configured as risk factors for illness. Such findings can contribute to the development of health surveillance, promotion and protection actions.

Descriptors: Social determinants of health; Cardiovascular diseases; Risk factors;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1991;

Figura 2 - Estratificação de risco cardiovascular pelo Escore de Framingham

Figura 3 - Classificação e critérios de diagnósticos da hiperglicemia na gestação;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade;

Tabela 2 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes;

Tabela 3 - Classificação do estado nutricional de adultos segundo o índice de massa corporal (IMC)

Tabela 4 - Percentual* de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (>18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2019

Tabela 5 – Mortalidade decorrente da Diabetes Mellitus em 2018, por sexo e idade;

Tabela 6 – Mortalidade decorrente da Diabetes Mellitus em 2022, por sexo e idade;

Tabela 7 – Mortalidade decorrente de doenças hipertensivas em 2018, por sexo e idade;

Tabela 8 – Mortalidade decorrente de doenças hipertensivas em 2022, por sexo e idade;

Tabela 9 – Número da obesidade no Brasil, segundo a base Vigitel, por sexo, 2019;

Tabela 10 - Amostra por Unidade Básica de Saúde, 2021-2023. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil;

Tabela 11 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959);

Tabela 12 - Distribuição dos dados clínicos dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959);

Tabela 13 – Distribuição dos dados referentes aos hábitos alimentares e estilo de vida dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959)

Tabela 14 - Associação dos dados sociodemográficos com o diagnóstico de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023;

Tabela 15 - Associação dos dados clínicos com o diagnóstico de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023;

Tabela 16 – Associação dos dados referentes aos hábitos alimentares e estilo de vida com a presença de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

Tabela 17 – Modelo de Regressão logística da presença da doença cardiovascular com as variáveis ter pressão alta e Diabetes Mellitus. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS

DCNT - doenças crônicas não transmissíveis

DM – Diabetes mellitus

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

AB – Atenção Primária

RAS - Rede de Atenção à Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DCV - Doença cardiovascular

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MS – Ministério da Saúde

FRCV - Fatores de risco cardiovascular

AVE - Acidente Vascular Encefálico

IC - Insuficiência Cardíaca

DAP - Doença Arterial Periférica

DRC - Doença Renal Crônica

DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DMG - Diabetes Gestacional

ADA - American Diabetes Association

VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade básica de saúde

IMC - Índice de Massa Corporal

RCQ - Relação cintura-quadril

RCA - Relação cintura-altura

ESF - Estratégia de Saúde da Família

AL – Alagoas

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

DP – Desvio Padrão

PA - Pressão Arterial

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

LDL - *Low Density Lipoproteins*

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CF - Constituição Federal

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

HDL - *High Density Lipoproteins*

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EF - Exercício físico

SRAA - Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	295
2	INTRODUÇÃO	156
3	REVISÃO DE LITERATURA	178
3.1	Determinantes Sociais do processo saúde-doença proposto por Dahlgren e Whitehead	178
3.2	Fatores de riscos para doenças cardiovasculares	190
3.3	Características clínicas e sociodemográficas dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade	234
4	METODOLOGIA	278
4.1	Desenho, local do estudo e período	278
4.2	Aspectos éticos	278
4.3	População e critérios de elegibilidade	278
4.4	Protocolo da coleta de dados	290
4.5	Análise do estudo e estatística	312
5	RESULTADOS	323
6	DISCUSSÃO.....	456
7	CONCLUSÃO.....	612
	REFERÊNCIAS	623
	APÊNDICE	69
	APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	69
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
	ANEXO B: – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UFAL DO PROJETO DE PESQUISA	76

1 APRESENTAÇÃO

O presente estudo tem como objeto os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da população acometidas por doenças cardiovasculares em uma região do Nordeste brasileiro. A temática escolhida está pautada na experiência da pesquisadora enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) nos ciclos de 2022-2023, como também como pesquisadora voluntária do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) no ciclo 2021-2023.

O projeto da categoria PPSUS intitulado “Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção par a prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia – Alagoas” objetivou avaliar as ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde quanto a prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares no município de Delmiro Gouveia sendo um estudo intervencionista com abordagem quanti-qualitativa que em sua conclusão pretende impactar na efetivação do SUS como direito à saúde à população DelmireNSE e a as ações de promoção em saúde e prevenção de riscos de doenças cardiovasculares em usuários cadastrados nas UBS e que apresentam diagnóstico de Hipertensão, diabetes e obesidade.

Ademais, o projeto de PIBIC proveniente da pesquisa do PPSUS conta com o plano de trabalho intitulado “Características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas de pessoas com obesidade, hipertensão e diabetes no município de Delmiro Gouveia” objetivou descrever as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas de pessoas com obesidade, hipertensão e diabetes no município de Delmiro Gouveia – AL através de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa.

Neste contexto, durante as pesquisas realizadas, foram desenvolvidas atividades que levaram à identificação da necessidade de estudos que colaborassem na compreensão da relação entre os perfis de saúde de usuários acometidos peça HAS, DM e obesidade associado aos DSS.

2 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem doenças coronarianas, cerebrovascular, arteriais periféricas, cardíacas reumáticas, cardiopatias congênitas, trombozes venosas, embolia pulmonares, entre outras. Os mais importantes fatores de risco comportamentais, tanto para DCV quanto para AVCs, são dietas inadequadas, sedentarismo, uso de tabaco, alcoolismo e outros hábitos de vida (OPAS, 2023).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem ser definidas por um grupo de patologias multicausais e fatores de risco, origem não infecciosa, longo período de latência e curso e pode levar a incapacidades físicas ou não (Rouquayrol, 2018). Dentre as DCNT, estão a HAS, DM e a Obesidade, que são importantes causas direta ou participantes da morbimortalidade por DCV (OPAS, 2023).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 52% das pessoas com 18 anos ou mais receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica em 2019. Sendo cerca de 21,4% dos indivíduos acometidos pela HAS em 2013 e 23,9%, ou seja, cerca de 38,1 milhões de pessoas, em 2019 (Agência Brasil, 2020). Segundo os dados mais recentes do DATASUS, entre os anos de 2018-2020, aproximadamente 379.683 pessoas morreram em decorrência de doenças hipertensivas e DM (DATASUS, 2022).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta a Atenção Básica (AB) como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracterizando-se pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigidas aos usuários de territórios adstritos (PNAB, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Determinantes Sociais da Saúde como fatores ou condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e morrem, sendo estas moldadas politicamente, socialmente ou economicamente (Istilli, 2020).

Em 2005, foi constituída a Comissão sobre DSS pela OMS que organizou a conceituação estruturada dos DSS, sendo estes divididos em duas classes: determinantes estruturais, ligados à posição econômica e às desigualdades em saúde contemplando elementos como renda, educação, ocupação, classe social, sexo e raça; e determinantes intermediários,

que seriam as situações materiais que contemplam fatores de habitação, qualidade de vizinhança, fatores psicossociais, nutrição, atividade física, tabagismo, alcoolismo, acesso aos serviços de saúde, entre outros (Istilli, 2020).

Desta forma, os DSS podem estar relacionados ao aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis como também podem ser contribuintes para o seu agravamento e complicações. As repercussões ocasionadas pelas DCV afetam tanto o setor produtivo, familiar, social e causa impacto econômico no sistema de saúde. Para que tais efeitos sejam minimizados, torna-se necessário o desenvolvimento de políticas de controle, vigilância, monitoramento, tratamento e reabilitação destas pessoas (Vilaça Mendes, 2012).

Sendo assim, quando se trata de condições crônicas de saúde deve-se levar em consideração os dados sociodemográficos como essenciais na compreensão do perfil populacional dos usuários. Tal fator também permite e auxilia na discussão e no desenvolvimento de ações de promoção à saúde principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

Para tanto, o presente estudo propõe-se avaliar as doenças cardiovasculares e fatores associados em indivíduos de uma região do Nordeste brasileiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

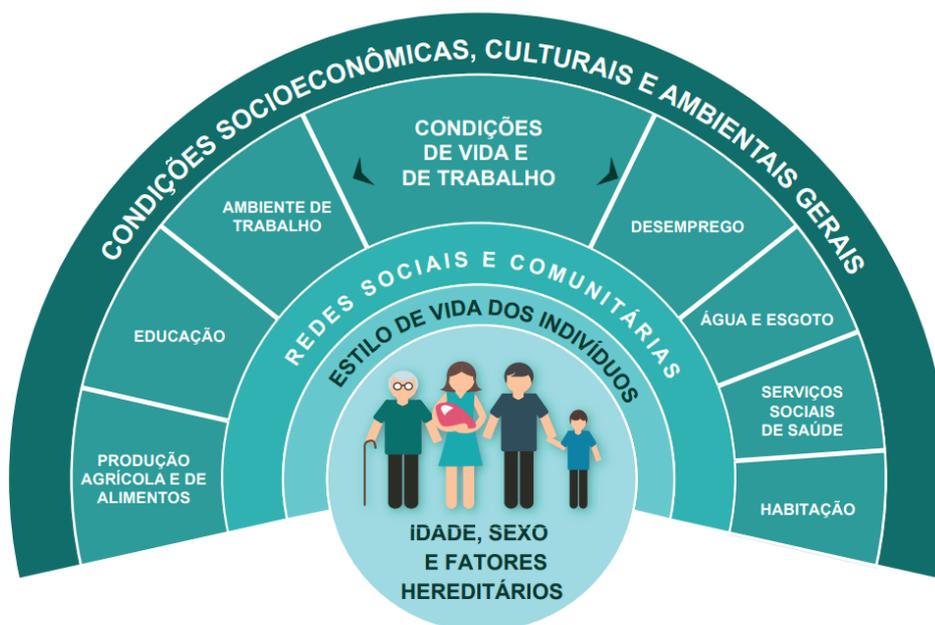
Neste capítulo, se teve por interesse trazer reflexões e conceitos pertinentes sobre DCV; determinantes sociais de saúde e fatores de risco para DCV, contribuindo com discussão e com o aprofundamento sobre os aspectos gerais e a discussão teórica desse estudo.

3.1 Determinantes Sociais do processo saúde-doença proposto por Dahlgren e Whitehead

Historicamente, os DSS irão incluir e associar o passado e o presente da sociedade, em relação as pautas políticas, econômicas, 3recursos materiais e tecnológicos e adesão a normas internacionais e de direitos humanos, e suas relações políticas e econômicas com outros países, através da interação com outros países e organizações políticas e econômicas internacionais (Rouquayrol, 2018).

Ao discutir sobre DSS, é necessário estabelecer uma relação de hierarquia entre as camadas de fatores mais distantes como políticos, econômicos e sociais e os de maior proximidade que se ligam diretamente ao estilo de vida do indivíduo, como os hábitos alimentares, sedentarismo, acesso à saúde, entre outros (CDSS, 2010). O Modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1991 propicia uma representação de tal hierarquização como mostra a figura 1.

Figura 1 – Modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, 1991.



Fonte: Dahlgren; Whitehead *apud* SUCUPIRA *et al.*, 2014.

Como representado na figura 1, o modelo proposto categoriza os DSS em camadas, desde a mais próxima e individual ao sujeito até a mais distante com macrodeterminantes. A camada mais interna, divide os indivíduos com base na “idade, sexo e fatores hereditários”, sendo estas características individuais, mas que afetam potencialmente nas condições de saúde do sujeito. Os fatores inclusos no nível individual não podem ser modificados e não recebem qualquer influência dos outros níveis e atuam sobre a saúde do indivíduo (Macedo *et al.*, 2022; Dahlgren; Whitehead, 1991).

Na próxima camada imediata, estilo de vida dos indivíduos (Figura 1), encontram-se os fatores de estilo de vida que proporcionam um diferencial de exposição de riscos à saúde como, por exemplo, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Válido ressaltar que dentro dos DSS, estes não são apenas de responsabilidade individual, visto que estes podem ser fortemente influenciados pelo acesso à informação, propagandas, possibilidade de acesso a alimentação saudável, lazer, entre outros (Vilaça Mendes, 2012).

A influência causada pelas mídias e comunidade é representada na camada seguinte, redes sociais e comunitárias (Figura 1), e demonstra a influência ocasionada pelas interações dentro da sociedade entre os indivíduos e, também, o impacto dos meios de comunicação da vida do ser humano. A família, amigos e a comunidade local são exemplos de relações e redes de apoio que podem impactar positiva ou negativamente na saúde do indivíduo, visto que estas podem proteger e fortalecer ou contribuir para o seu adoecimento (Macedo *et al.*, 2022). Porém, importa destacar que na classe mais desfavorecida é frequente que o suporte social seja encontrado de forma mais fraca ocasionando alguns problemas como o aumento de substâncias prejudiciais à saúde, por exemplo, fator que demonstra que o nível comportamental pode receber influência do nível interpessoal (Dahlgren; Whitehead, 1991).

Em sua última camada, estão as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que abrangem macrofatores que exercem influência sobre as outras camadas, por exemplo, a globalização (CNDSS, 2008). Nesse nível, incluem-se diversos fatores como renda, educação, moradia, desemprego, serviços de saúde, saneamento básico e outros, que se relacionam com a estratificação social e acabam por interferir nas outras camadas (Macedo *et al.*, 2022).

A análise dos determinantes sociais permite que sejam realizadas intervenções na ampliação de políticas públicas em prol da redução de inequidades e desigualdades injustas. Dahlgren e Whitehead (2004) dividem-se em quatro níveis: 1. Mudanças sociais estruturais

relacionadas a ações políticas; 2. melhoria nas condições de vida através de melhorias 26 nas condições materiais e sociais; 3. fortalecimento do apoio social; 4. ações de cunho individual relacionadas ao estilo de vida. Assim, para que se alcance o objetivo de intervir nos DSS é necessária a compreensão da totalidade, não apenas do indivíduo, mas do sistema e da interação entre sistemas sociais e singulares (Dalhgren; Whitehead, 2007).

3.2 Fatores de riscos para doenças cardiovasculares

As DCV são as primeiras causas de mortalidade mundial, sendo responsáveis por cerca de 17,9 milhões de óbitos por ano. Apesar da redução nas taxas de letalidade nas últimas décadas, no Brasil, as DCVs corresponderam a cerca de dois milhões de óbitos entre os anos de 2010 e 2015. Acredita-se que o controle dos fatores de risco modificáveis do indivíduo podem reduzir em até 50% da totalidade de mortes por DCV (Da Luz *et al.*, 2020).

Em 1998 Framingham identificou a HAS, as dislipidemias, o tabagismo, a DM e a idade como os principais fatores de risco cardiovascular (FRCV). Como demonstrado, os fatores para o desenvolvimento de DCV são diversos e quanto maior o acúmulo de fatores em um indivíduo, maior o seu risco de desenvolver uma DCV (Oliveira, *et al.*, 2019).

A utilização do Escore de Framingham proposto em 1998 é o mais conhecido e utilizado mundialmente e permite a estimativa do risco de um indivíduo apresentar uma DCV dentro dos próximos 10 anos podendo ser calculado em pessoas entre 30 e 74 anos, considerando um alto risco quanto superior a 20% (CUNHA, 2023).

Figura 2: Estratificação de risco cardiovascular pelo Escore de Framingham



DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 mL/mn/m², não dialítica);
ER: estratificadores de risco; ERG: escore de risco global.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2020

Em 2019, segundo os dados do DATASUS, cerca de 364.132 pessoas evoluíram a óbito em decorrência de doenças do aparelho circulatório ou doenças cerebrovasculares (DATASUS, 2020). Um aspecto relevante a ser considerado são as alterações no modo de viver da população brasileira relacionadas aos hábitos alimentares e de vida que aumentam cada vez mais a

exposição aos riscos cardiovasculares (Leão, 2020). Alguns fatores são considerados modificáveis visto que podem ser controlados pelas mudanças do modo de viver do indivíduo, entre eles estão o tabagismo, hipercolesterolemia, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não adequados e estresse psicossocial (Lacerda *et al.*, 2022).

A HAS é responsável pelo aumento do risco de DCV, cerebrovasculares e renais (Silva *et al.*, 2023) e pode ser apontada quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg (SBC, 2020), segundo a tabela elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, a pressão arterial considerada normal é de até 129 mmHg para a pressão arterial sistólica e de até 84 mmHg para a pressão arterial diastólica, sendo classificados como pré-hipertensos aqueles que apresentarem PA sistólica entre 130-139 mmHG e diastólica entre 85-89mmHg.

A “pressão alta”, como é conhecida popularmente, na maior parte dos casos se apresenta de forma assintomática, sendo indolor e sem provocar sintomas, porém, ainda assim, pode levar ao óbito, ocorrendo sintomas quando já houver complicações da doença (BRASIL, 2019).

Tabela 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação*	PAS (mHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

Duarte e Perez (2022) em seu estudo, aponta a HAS como uma “assassina silenciosa” devido as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas a ela por não gerar sintomas durante anos até que um órgão vital seja lesado ou que sejam gerados, também, eventos como: Morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 (2017), conceitua-se DM como um distúrbio metabólico que se caracteriza pela hiperglicemia contínua,

que pode ser justificada pelo déficit na fabricação de insulina ou na ação da mesma ou em ambos, que pode vir a ocasionar problemas ao longo do tempo.

Se as tendências atuais da população mundial persistirem, o número de indivíduos vivendo com DM pode ultrapassar a marca de 642 milhões em devido ao aumento urbano, alteração na alimentação, aumento do sedentarismo e do sobrepeso, crescimento e envelhecimento populacional e a maior sobrevivência dos indivíduos diabéticos (Wanderley; Rocha; Vargas, 2023). As complicações da DM podem ocasionar o óbito, porém, normalmente, a doença não é citada na declaração de óbito como fator contribuinte para causa da morte, sendo declarada apenas a complicação que foi ocasionada pela mesma, o que impossibilita contabilizar o número exato de mortes causadas pela DM (SBD, 2020). Porém, as taxas de óbitos poderiam ser reduzidas a partir do prévio conhecimento de controle de glicêmico e mudanças no estilo de vida do indivíduo (Bressan; Azevedo; Souza, 2020).

Atualmente a classificação da doença se difere pela etiopatogenia do diabetes, compreendendo o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes Gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes (SBD, 2023). A *American Diabetes Association* (ADA), define as classificações como: a DM1 caracteriza-se como a deficiência na produção e secreção da insulina a partir da destruição das células beta-pancreáticas (β -pancreáticas), já a DM2 trata-se de defeitos na secreção do hormônio insulínico, normalmente, na ação do mesmo, como a maior parte desses pacientes apresentam-se com sobrepeso ou obesidade, esses fatores colaboram para redução da sensibilidade à insulina em tecidos periféricos (ADA, 2017). Já o indivíduo que apresenta pré-diabetes, que acontece antes da presença da DM2, caracteriza-se pela presença de níveis altos de glicose no sangue considerados anormais, porém ainda insuficientes para o diagnóstico da patologia (Wanderley; Rocha; Vargas, 2023).

Tabela 2. Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes.

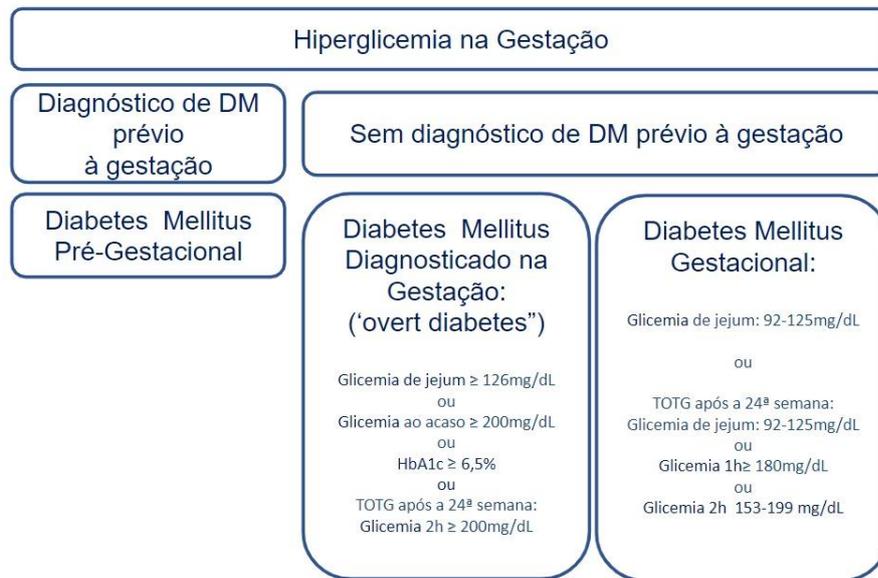
Critérios	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia em jejum (mg/dl)*	<100	100 a <126	>126
Glicemia ao acaso (mg/dl)	-	-	>200
Glicemia duas horas após TOTG (mg/dl)**	<140	140 a <200	>200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7 a <6,5	>6,5

DM2: diabetes tipo 2; GJ: glicemia de jejum; TOTG: teste de tolerância oral à glicose; HbA1c: hemoglobina glicada. * Considera-se como jejum a cessação de ingestão calórica por ≥ 8 horas. ** Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água.

Fonte: SBD, 2023

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), segundo Almeida *et al.* (2019), é a intransigência aos carboidratos, com diagnóstico inicial durante o período gestacional, ocasionando a permanência da insulina e posterior aumento de glicose no sangue no decorrer da gestação. Sendo assim, a hiperglicemia na gestação é caracterizada pela ausência de diagnóstico de DM prévio, quando a paciente apresenta glicemia de jejum entre 92-125mg/dL ou TOTG após a 24ª semana com valores entre 92-125mg/dL (em jejum) ou >180mg/dL (após 1h) ou 153-199mg/dL (após 2h) (SBD, 2023).

Figura 3: Classificação e critérios de diagnósticos da hiperglicemia na gestação



DM: Diabetes mellitus TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75 gramas de glicose anidra.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023

Outro fator contribuinte citável para o adoecimento cardiovascular é a obesidade que é definida pela OMS como o acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode ocasionar prejuízos à saúde (WHO, 1997). O sobrepeso e a obesidade, no Brasil, aumentaram cerca de 72% em treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2025, 2,3 bilhões de pessoas no mundo estarão acima do peso sendo estes os principais fatores de risco evitáveis para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (Fernandes *et al.*, 2023).

Sendo considerada uma epidemia mundial, os impactos do excesso de peso vão além da vida pessoal do indivíduo atingido e se torna um problema de saúde pública. Cerca de nove milhões de reais são gastos por ano para financiar atendimentos médicos, medicações e internações hospitalares ocasionadas por complicações em decorrência da obesidade (Pampolha *et al.*, 2023). A obesidade também está associada ao desenvolvimento de complicações

metabólicas que aumentam o risco para doenças crônicas, como as cardiovasculares, DM2, diversos tipos de câncer, entre outras, reduzindo a qualidade e a expectativa de vida do indivíduo (BRASIL, 2020).

Tabela 3: Classificação do estado nutricional de adultos segundo o índice de massa corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco para comorbidades
Abaixo do peso	<18,50	Baixo
Eutrófico*	18,50-24,99	Médio
Sobrepeso	25,00-29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00-34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00-39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	>40,00	Muitíssimo elevado

*No idoso (≥ 60 anos) o IMC normal é entre 22 - 27 kg/m², pelo risco de sarcopenia (diminuição de massa, força e desempenho muscular e de incapacidade física).

Fonte: Linha de cuidado a Obesidade no adulto, Ministério da Saúde, 2020.

Partindo do pressuposto de que o desenvolvimento da obesidade é multifatorial, seu tratamento também deve ser para que todos os fatores sejam tratados e modificados. Portanto, as equipes multiprofissionais devem trabalhar de forma integralizada para solucionar ou reduzir o impacto da obesidade na vida e na saúde dos indivíduos (Pampolha *et al.*, 2023).

É de grande importância frisar a necessidade da intensificação da assistência em saúde e do investimento em ações que objetivam a prevenção e o controle de condições e doenças crônicas visto que os indivíduos podem apresentar um ou mais de um fator que seja contribuinte para o aparecimento de DCV (Leão, 2020).

Entre os objetivos para o desenvolvimento sustentável definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a serem alcançados até 2030 está a disponibilização de tratamento medicamentoso adequado para as DCNT, entre elas a HAS, a fim de reduzir a mortalidade precoce por essas comorbidades.

3.3 Características clínicas e sociodemográficas dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade

A partir dos dados divulgados pela Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o percentual de indivíduos com diagnóstico médico de DM na população adulta (≥ 18 anos) no Brasil entre os anos de 2017 e 2021 teve aumento de 7,6% para 9,1%.

A análise da frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019, realizada pelo VIGITEL, mostrou que no período entre 2006 e 2019, a prevalência de DM passou de 5,5% para 7,4% e a HAS subiu de 22,6% para 24,5%. Em relação à DM, o perfil de maior prevalência está entre mulheres e pessoas adultas com 65 anos ou mais. O mesmo perfil se aplica à HAS, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais, sendo 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres (Brasil, 2019).

Tabela 4 – Percentual* de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (>18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2021

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)						
18 a 24	3,8	2,5 - 5,1	3,1	1,5 - 4,7	4,5	2,5 - 6,6
25 a 34	12,2	8,8 - 15,7	13,9	8,6 - 19,3	10,8	6,4 - 15,2
35 a 44	18,6	15,7 - 21,4	19,9	14,9 - 24,8	17,6	14,4 - 20,8
45 a 54	30,9	28,1 - 33,7	32,8	28,1 - 37,5	29,3	26,0 - 32,5
55 a 64	49,4	46,6 - 52,2	46,4	41,5 - 51,2	51,7	48,5 - 55,0
65 e mais	61,0	59,0 - 63,0	57,1	53,4 - 60,7	63,7	61,6 - 65,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	44,6	41,8 - 47,3	41,7	37,1 - 46,2	47,2	43,8 - 50,5
9 a 11	21,9	20,0 - 23,7	20,3	17,3 - 23,3	23,3	21,0 - 25,5
12 e mais	17,1	15,1 - 19,1	18,0	15,5 - 20,5	16,4	13,4 - 19,4
Total	26,3	25,1 - 27,6	25,4	23,4 - 27,4	27,1	25,5 - 28,7

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2021 (ver Aspectos Metodológicos).

Nota: IC = Intervalo de Confiança.

Fonte: Vigitel, 2021.

Ao comparar os índices de mortalidade ocasionadas pela Diabetes Mellitus no ano de 2018 e no ano de 2022, segundo os dados disponibilizados pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretária de Vigilância em Saúde, é possível observar um aumento no número de óbitos ocasionados pela doença, como também é possível evidenciar maior acometimento da população com 60 anos ou mais quando comparada às outras faixas etárias.

Tabela 5 – Mortalidade decorrente da Diabetes Mellitus em 2018, por sexo e idade;

Sexo	Mortes										Branco/ Ignorado	Todos
	00 a 09	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	prematuras	70 a 79	80 e +		
Feminino	25	69	204	436	1.297	3.318	7.258	12.309	9.664	12.738	3	35.012
Masculino	18	54	212	569	1.555	4.356	7.796	14.276	8.452	7.071	4	30.087
Branco/Ignorado	0	0	0	0	2	4	2	8	2	4	0	14
Todos	43	123	416	1.005	2.854	7.678	15.056	26.593	18.118	19.813	7	65.113

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - abril de 2023

Tabela 6 – Mortalidade decorrente da Diabetes Mellitus em 2022, por sexo e idade;

Sexo	Mortes										Branco/ Ignorado	Todos
	00 a 09	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	prematuras	70 a 79	80 e +		
Feminino	22	69	244	475	1.376	3.334	6.955	12.140	10.484	14.551	1	37.511
Masculino	30	43	222	560	1.575	4.336	8.153	14.624	9.324	8.269	3	32.515
Branco/Ignorado	0	0	0	0	1	0	2	3	2	3	1	9
Todos	52	112	466	1.035	2.952	7.670	15.110	26.767	19.810	22.823	5	70.035

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - abril de 2023

Na comparação dos índices de mortalidade ocasionadas pela HAS entre os anos de 2018 e 2022, segundo os dados disponibilizados pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretária de Vigilância em Saúde, é possível observar um aumento no número de óbitos ocasionados pela doença, como também se evidencia maior acometimento da população com 60 anos ou mais quando comparada às outras faixas etárias. Demonstrando que fatores de risco para DCV como HAS e DM tem maior prevalência na população com maior longevidade.

Tabela 7 – Mortalidade decorrente de doenças hipertensivas em 2018, por sexo e idade;

Sexo	Mortes										Branco/ Ignorado	Todos
	00 a 09	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	prematuras	70 a 79	80 e +		
Feminino	7	17	56	260	887	2.061	4.001	7.209	6.312	14.573	2	28.176
Masculino	4	11	81	338	1.139	2.993	5.147	9.617	6.360	8.950	2	25.025
Branco/Ignorado	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	4
Todos	11	28	137	598	2.026	5.055	9.148	16.827	12.674	23.524	4	53.205

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - abril de 2023

Tabela 8 – Mortalidade decorrente de doenças hipertensivas em 2022, por sexo e idade;

Sexo	Mortes										Branco/ Ignorado	Todos
	00 a 09	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	prematuras	70 a 79	80 e +		
Feminino	8	11	54	279	987	2.152	4.476	7.894	7.184	17.982	0	33.133
Masculino	6	12	89	337	1.210	3.249	5.964	10.760	7.525	10.372	3	28.767
Branco/Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	3
Todos	14	23	143	616	2.197	5.401	10.441	18.655	14.709	28.355	4	61.903

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - abril de 2023

Atualmente, a obesidade é um dos mais importantes problemas de saúde global e é considerada uma epidemia mundial pelo aumento progressivo nas últimas décadas em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mundialmente, entre 2000 e 2018, a obesidade apresentou crescimento, aumentando, em média, 11% neste período. No Brasil, segundo os dados do Vigitel (2019), 55,4% da população apresenta excesso de peso, sendo 57,1% destes

do sexo masculino, e 19,8% da população apresenta obesidade, sendo 20,7% destes do sexo feminino e 18,7% do sexo masculino (Ferreira *et al.*, 2021).

Tabela 9 – Número da obesidade no Brasil, segundo a base Vigitel, 2019.

EXCESSO DE PESO (IMC>25) = 55,4% da população	
HOMEM	MULHER
57,1%	53,9%
OBESIDADE (IMC>30) = 19,8% da população	
HOMEM	MULHER
18,7%	20,7%

Fonte: Vigitel, 2019.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho, local do estudo e período

Trata-se de e um estudo de caráter descritivo, transversal de abordagem quantitativa com usuários com DM, HAS e obesidade em onze Unidades Básicas de Saúde, entre dezembro de 2022 e março de 2023, na cidade de Delmiro Gouveia, município brasileiro do interior do estado de Alagoas, Região Nordeste do país. Trata-se de uma pesquisa vinculada ao PPSUS, contando com a anuência da prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde para a execução da coleta de dados

As coletas foram realizadas nas áreas adscritas de 11 Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família da zona urbana de Delmiro Gouveia. A tabela 10 estratifica o tamanho da amostra de acordo com a população atendida em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) Os dados foram coletados por meio de entrevistas com um questionário semiestruturado aplicado aos usuários que eram cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde.

4.2 Aspectos éticos

Este trabalho é um recorte da pesquisa “Ações Intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às DCV em Delmiro Gouveia - Alagoas” aprovada em edital PPSUS/FAPEAL 2020 e foi autorizada mediante aprovação do CEP/UFAL conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob número do parecer: 6.040.434 aprovado em 22 de abril de 2022. Antes da realização de cada entrevista, o pesquisador esmiuçou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) ao entrevistado explicando e solucionando dúvidas e lhe garantiu que após assinatura do termo, este ainda poderia desistir de sua participação na pesquisa, estando em qualquer fase, sem a imposição de qualquer ônus. Após explicação do TCLE e assinatura de todos os termos aplicáveis, as entrevistas foram realizadas.

4.3 População e critérios de elegibilidade

Foram convidados a participar da pesquisa os usuários hipertensos e que convivem com DM e/ou obesidade cadastrados nas 11 Unidades de Estratégia de Saúde da Família da zona urbana de Delmiro Gouveia - AL.

O estudo foi realizado mediante uma amostra não-aleatória por conveniência com base no número de usuários diabéticos, hipertensos e obesos cadastrados nas UBS, sendo utilizada uma prevalência igual a a 9550%, utilizada nos casos em que não há uma prevalência definida. Para uma margem de erro de 3% e nível de confiança igual %, e considerando uma população infinita, a amostra deve ter no mínimo 1067 participantes

$$n > \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,03^2} > 1067,11 \quad (1)$$

No entanto, considerando os números apresentados na tabela fornecida pelas equipes do PSF, a população do nosso estudo, pacientes diagnosticados com obesidade, diabetes e hipertensão atendidos pelo PSF, é de no máximo 7.640 pessoas.

$$n > \frac{7640 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 1,96^2}{0,5 \cdot 0,5 \cdot 1,96^2 + 7639 \cdot 0,03^2} > 936,44 \quad (2)$$

Portanto, como o tamanho amostral calculado na equação (1) ultrapassa 5% da população, devemos considerar uma população finita, e o tamanho amostral será igual a 937 participantes, conforme equação (2). Sendo assim, foram inclusos os entrevistados que atenderam aos critérios de inclusão: ser da área de cobertura da Estratégia Saúde da Família; maior ou igual a 18 anos; apresentar DM, pressão alta e/ou obesidade. Em contrapartida, foram excluídos aqueles que apresentaram mudança de bairro e/ou situação que impossibilitasse o contato no domicílio ou a realização da entrevista.

Porém, a coleta de dados superou o tamanho amostral e foi finalizada com 959 entrevistas válidas após a realização de 1.006 entrevistas e exclusão de 47 duplicatas identificadas após análise minuciosa da tabulação dos dados coletados. A distribuição dos indivíduos entrevistados de acordo com a UBS ao qual está inserido na população adstrita está apresentada na Tabela 9.

Tabela 10 – Amostra por Unidade Básica de Saúde

UNIDADES	AMOSTRA	%
UBS EURIDICE MIRANDA MOREIRA	114	11,9%
UBS PALMEIRÃO	50	5,2%
UBS MARIA EUGENIA M TELES	45	4,7%
UBS ALFREDIZIO LIMA	122	12,7%
UBS MARIA JOSE DA SILVA BEZERRA DE MAZÉ	91	9,5%

UBS DESVIO	81	8,4%
UBS CENTRO 1	152	15,8%
UBS CENTRO 2	89	9,3%
UBS ANGELITA OLIVEIRA SOUZA	70	7,3%
UBS MARIA FRANCISCA DAS VIRGENS	67	7%
UBS DOUTOR ULYSSES LUNA	78	8,1%
TOTAL	959	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

4.4 Protocolo da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde, na residência dos(as) usuários(as) ou em locais disponibilizados para tal fim, após explicações sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a coleta, o instrumento de pesquisa aplicado aos usuários foi adaptado do instrumento do VIGITEL (ANEXO 1), produzido pelo Ministério da Saúde (MS), instrumento de acesso público que pode ser acessado através do site do MS em página específica para o VIGITEL, contendo questões abertas e fechadas que foi validado e adaptado para essa pesquisa com 73 questões que abordam características clínicas e epidemiológicas desses usuários cadastrados das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana deste município.

Para realização da coleta, foi selecionado um grupo de aproximadamente 20 pesquisadores da equipe executora do PPSUS, com a realização de um treinamento sobre o objetivo da coleta, o instrumento utilizado e quais dados seriam aferidos ou referidos. Sendo assim, os pesquisadores foram orientados sobre a aferição da PA, peso, altura, circunferência abdominal, circunferência do quadril, cálculo da RCQ e RCA e glicemia, quando possível.

As questões discorriam sobre: 1- Dados sociodemográficos do usuário (idade, sexo, cor, estado civil e grau de instrução); 2 – Condições de vida e habitação (renda domiciliar, fonte de água do domicílio, existência de tratamento de esgoto e coleta de lixo); 3 – Dados antropométricos (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), Pressão arterial, glicemia); 4 - Risco cardiovascular e obesidade abdominal (circunferência da cintura, circunferência do quadril, RCQ e RCA); 5 – Dados nutricionais (frequência de consumo de alimentos como feijão, verduras e legumes, carne vermelha, gordura, carne de frango, suco natural de fruta, frutas, refrigerantes, sucos artificiais, leite, doces, alimentos industrializados e sal); 6 –

Etilismo; 7 – Atividades físicas (Frequência da prática de esportes e/ou atividades do dia a dia); 8 – Tabagismo; 9 – Dados clínicos (autoavaliação do estado de saúde e do estilo de vida, histórico familiar de DCV, diagnóstico médico para doenças cardiovasculares, uso de medicação para DCV, diagnóstico de DM, diagnóstico médico para colesterol ou triglicérides elevados, existência de local público acessível ao usuário para prática de atividades físicas, acesso a convênio médico ou plano de saúde, complicações de DCV).

Foram utilizadas as seguintes variáveis: HAS, DM, PA, glicemia; obesidade, peso, altura - IMC - Classificação de peso, características socioeconômicas e sociodemográficas (renda familiar, trabalho, procedência, idade, situação familiar/conjugal, estado nutricional); risco metabólico associado à gordura abdominal: circunferência da cintura, Relação Cintura-Quadril, Relação Cintura- Altura; antecedentes familiares, tabagismo; sobrepeso; sedentarismo; complicações cardiovasculares (infarto, outras coronariopatas).

Os parâmetros utilizados para entrevista referentes a cor/etnia foi a autodeclaração que segundo o IBGE (2022) é como o indivíduo se vê e declara qual sua própria cor/etnia, assim, as possibilidades são divididas em cinco: branca, preta, parda, indígena e amarela, sendo a cor amarela aqueles com descendência asiática, pretos apresentam descendência africana, brancos dos europeus e a cor parda é designada como a miscigenação das outras etnias.

Os dados referentes a PA, altura, peso, circunferência abdominal e de cintura foram aferidos durante a coleta de dados e, posteriormente, analisados. A PA aferida foi classificada de acordo com os critérios estabelecidos em 2020 pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (Brasil, 2020) e o IMC foi calculado e classificado de acordo com as referências do estado nutricional das pessoas avaliadas (Brasil, 2020). O sedentarismo foi considerado de acordo com a definição da OMS como a não realização de atividade física de leve a moderada por pelo menos 150 minutos semanais, ou seja, 30 minutos diários, cinco vezes por semana (OMS, 2020).

Ademais, para identificação dos usuários com DM, HAS, DCV e obesidade foi verificado o cadastro junto a equipe da ESF dos indivíduos que apresentavam o diagnóstico prévio da presença de pelo menos uma dessas comorbidades. Após contato inicial, a equipe da ESF na qual o usuário estava vinculado apresentou a relação das pessoas com esses critérios de inclusão e, com essa informação, foi realizada a coleta de dados.

Foi realizada em outubro de 2021 uma pesquisa piloto com 40 entrevistados nas unidades de saúde Centro 1 e 2, no qual, foi possível ajustar o instrumento de coleta de dados,

desenvolver as habilidades da equipe *in loco*, identificando também as potencialidades e dificuldades da execução da pesquisa.

Durante a pesquisa piloto, foi possível adaptar os possíveis locais para a coleta de dados, sendo necessária uma ampliação para obter um maior alcance dos entrevistados. Dessa forma, desde novembro de 2021 até maio de 2023, as coletas foram realizadas nas ESF, centros comunitários, escolas, igrejas e residências dos usuários. Os entrevistados que responderam a pesquisa piloto compuseram a amostra final do estudo.

A coleta de dados foi realizada em locais e horários pré-acordados entre a equipe executora do PPSUS e das UBS, sendo assim foram utilizadas estratégias sobre ambos os aspectos: pesquisa realizada em horários e dias em que houvesse maior presença do público nas unidades e nos domicílios com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde.

4.5 Análise do estudo e estatística

Os dados coletados neste estudo foram tabulados com a utilização de uma planilha eletrônica do *Excel 14.0 (Office 2010)* e analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 26.0, mediante estatística descritiva e inferencial.

A análise descritiva se deu por meio de frequência absoluta e relativa dos dados, bem como medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, mínimo e máximo). A estatística inferencial foi realizada através dos testes de associação por meio do Teste Qui-quadrado de Pearson, utilizado nos casos em que o número de caselas com frequência inferior a 5 foi abaixo de 20%, ou Teste Exato de Fisher, quando acima de 20%.

Além disso, as variáveis que apresentaram $p\text{-valor} < 0,2$ foram inseridas no Modelo de Regressão Logística através do método hierárquico, de modo que permaneceram no modelo final as que possuíram $p\text{-valor} < 0,05$. Para todas as análises, utilizou-se o nível de significância de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$).

5 RESULTADOS

A Tabela 11 exibe os dados sociodemográficos dos entrevistados, sendo possível observar que a maioria tem a faixa etária de 60 anos ou mais (n=493; 51,7%), com média de idade de 59,5 anos (DP=14,6 anos), são mulheres (n=686; 71,6%), pardas (n=591; 61,8%), casados (n=410; 43,0%), possuem o ensino fundamental (n=585; 61,1%), renda de até 1 salário mínimo (n=425; 44,9%), água domiciliar com rede geral de distribuição (n=933; 98,2%) e possui coleta de lixo e rede de esgoto (n=705; 73,5%).

Tabela 11 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	686	71,5
Masculino	273	28,5
Faixa etária		
Adulto	461	48,3
Idoso	493	51,7
Idade		
Média – Desvio padrão	59,5 – 14,6	
Mínimo - Máximo	18 - 103	
Cor/etnia		
Amarela	02	0,2
Branca	204	21,3
Indígena	04	0,4
Parda	591	61,8
Preta	156	16,3
Estado civil		
Solteiro	162	17,0
Casado	410	43,0
União estável	103	10,8
Separado ou divorciado	111	11,6
Viúvo	168	17,6
Escolaridade		
Analfabeto(a)	239	25,0
Fundamental	585	61,1
Médio	110	11,5
Superior	23	2,4
Renda domiciliar		
Sem renda	11	1,2
Até 1 salário-mínimo	425	44,9
De 1 a 2 salários-mínimos	384	40,6
Acima de 2 salários-mínimos	126	13,3
Água domiciliar		
A água foi cortada	01	0,1
Ligação clandestina	01	0,1
Pega água na casa do vizinho	03	0,3

Poço ou nascente	12	1,3
Rede geral de distribuição	933	98,2
Coleta de lixo e tratamento de esgoto		
Apenas coleta de lixo	230	24,0
Apenas tratamento de esgoto	08	0,8
Nenhum dos dois	16	1,7
Ambos	705	73,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A Tabela 12 apresenta os dados clínicos dos entrevistados aferidos durante a entrevista, sendo possível observar que a maioria apresentou obesidade (n=436; 45,7%), com média de IMC de 29,8 (DP= 6,25), com peso médio de 74,9 quilos (DP=17,6) e altura média de 1,58 (DP=0,93), são hipertensas (n=534; 56,5%) e apresentam circunferência da cintura no valor médio de 101,9 (DP=13,3) e circunferência de quadril média de 106,7 (DP=12,7), RCQ média de 0,9 (DP=0,7) e RCA média de 0,6 (DP=0,1).

Maioritariamente, referiram que algum membro da família já foi diagnosticado com uma doença cardiovascular (n=516; 55,2%), algum médico já lhes disse que apresentavam pressão alta (n=777; 81,4%) e que atualmente fazem o uso de medicamentos para controle da pressão arterial (n=733, 94,3%), nenhum médico já lhes disse que tinham DM (n=615; 64,9%) e não foram diagnosticados com doença cardiovascular (n=740, 80,4%), dos que foram, a maioria está em tratamento (n=99; 64,7%) e não necessitou ser internado em decorrência da mesma (n=84; 57,1%).

Entre as DCV relatadas pelos participantes da pesquisa, a maioria referiu diagnóstico de arritmias cardíacas (25,4%), infarto agudo do miocárdio (24,0%), acidente vascular cerebral (16,7%), insuficiência cardíaca (12,0%), valvulopatias (2,0%) e outras/não sabiam (19,9%).

Tabela 12 – Distribuição dos dados clínicos dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959)

Variáveis	n	%
IMC		
Abaixo do peso (<18,5)	12	1,3
Peso normal (18,5 a 24,9)	189	19,8
Sobrepeso (25 a 29,9)	318	33,3
Obesidade (>=>30)	436	45,7
IMC		
Média – Desvio padrão	29,8 – 6,25	
Mínimo - Máximo	15,9 – 59,9	
Peso		
Média – Desvio padrão	74,9 – 17,6	
Mínimo - Máximo	18,0 – 159,0	
Altura		

Média – Desvio padrão		1,58 – 0,93
Mínimo - Máximo		0,96 – 1,90
Pressão arterial		
Pressão ótima	66	7,0
Normotenso	345	36,5
Hipertenso	534	56,5
Circunferência da cintura		
Média – Desvio padrão		101,9 – 13,3
Mínimo - Máximo		58,0 – 160,0
Circunferência do quadril		
Média – Desvio padrão		106,7 – 12,7
Mínimo - Máximo		50,0 – 155,0
RCQ		
Média – Desvio padrão		0,9 – 0,7
Mínimo - Máximo		0,74 – 1,2
RCA		
Média – Desvio padrão		0,6 – 0,1
Mínimo - Máximo		0,37 – 1,0
Algum membro da sua família já foi diagnosticado com uma doença cardiovascular?		
Não	418	44,8
Sim	516	55,2
Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?		
Não	177	18,6
Sim	777	81,4
Atualmente, você toma algum medicamento para controlar a PA?		
Não	44	5,7
Sim	733	94,3
Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?		
Não	615	64,9
Sim	333	35,1
Você já foi diagnosticado com alguma doença cardiovascular?		
Não	740	80,4
Sim.	180	19,6
Qual DCV você foi diagnosticado?		
Arritmias cardíacas	38	25,4
Infarto Agudo do Miocárdio	36	24,0
Acidente Vascular Cerebral	25	16,7
Insuficiência Cardíaca	18	12,0
Valvulopatias	3	2,0
Outros/Não sabe	24	15,9

Atualmente, como você está em relação ao diagnóstico?

Em tratamento	99	64,7
Não está em tratamento	54	35,3

Você precisou de internação em decorrência da doença cardiovascular?

Não	84	57,1
Sim	63	42,9

Nota: IMC: índice de massa corporal; RCQ: relação cintura-quadril; RCA: relação cintura-altura; PA: pressão arterial.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Além disso, os usuários participantes em sua maioria referiram o consumo de feijão em todos os dias da semana (n=692; 72,2%), verdura em todos os dias da semana (n=258; 26,9%), salada 1 vez ao dia (n=712; 89%), carne vermelha 1 a 2 dias por semana (n=404; 42,2%), sendo o consumo da carne vermelha com a presença da gordura (n=723; 79,8%), carne de frango de 3 a 4 dias por semana (n=377; 39,4%), suco natural da fruta quase nunca (n=250; 26,1%), frutas de 3 a 4 dias por semana (n=210; 21,9%), refrigerante ou suco artificial quase nunca (n=343; 35,8%). Os mesmos, em sua maioria, nunca fazem a troca do almoço por um lanche (sanduíche, biscoito, salgados, doces, entre outros) (n=659; 68,7%), consideram o seu consumo de sal baixo (n=408; 42,6%) e adotam medidas para reduzi-la (n=719; 75,1%), como pode ser observado na Tabela 13.

Ainda se verificou que a maioria não consome bebida alcoólica (n=775; 81,2%), não praticaram atividade física nos últimos 3 meses (n=658; 68,7%), daqueles que praticam, o fazem de 3 a 4 dias por semana (n=91; 32,3%) com duração média de 60 minutos ou mais (n=78; 27,7%), não fumam atualmente (n=847; 88,3%). Ademais, a maioria dos usuários classificaram seu estado de saúde como regular (n=493; 51,7%), descreveram seu estilo de vida como pouco estressante (n=333; 34,8%).

Tabela 13 – Distribuição dos dados referentes aos hábitos alimentares e estilo de vida dos participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023. (n=959)

Variáveis	n	%
Em quantos dias da semana costuma comer feijão?		
1 a 2 dias por semana	87	9,1
3 a 4 dias por semana	80	8,3
5 a 6 dias por semana	74	7,7
Nunca	05	0,5
Quase nunca	21	2,2
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	692	72,2

Em quantos dias da semana costuma comer algum tipo de verdura?

1 a 2 dias por semana	222	23,1
3 a 4 dias por semana	241	25,1
5 a 6 dias por semana	79	8,2
Nunca	23	2,4
Quase nunca	136	14,2
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	258	26,9

Quantas vezes come salada em um dia comum?

1 vez ao dia	712	89,0
2 vezes ao dia	35	4,4
Esporadicamente	10	1,3
Nunca	43	5,4

Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha?

1 a 2 dias por semana	404	42,2
3 a 4 dias por semana	204	21,3
5 a 6 dias por semana	70	7,3
Nunca	53	5,5
Quase nunca	176	18,4
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	51	5,3

Quando come carne vermelha com gordura, costuma:

Comer com a gordura	723	79,8
Não comer carne vermelha com muita gordura	183	20,2

Em quantos dias da semana costuma comer carne de frango?

1 a 2 dias por semana	168	17,6
3 a 4 dias por semana	377	39,4
5 a 6 dias por semana	224	23,4
Nunca	08	0,8
Quase nunca	27	2,8
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	153	16,0

Em quantos dias da semana costuma tomar suco de fruta natural?

1 a 2 dias por semana	137	14,3
3 a 4 dias por semana	201	21,0
5 a 6 dias por semana	71	7,4
Nunca	73	7,6
Quase nunca	250	26,1
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	226	23,6

Em quantos dias da semana costuma comer frutas?

1 a 2 dias por semana	179	18,7
3 a 4 dias por semana	210	21,9
5 a 6 dias por semana	100	10,4
Nunca	21	2,2
Quase nunca	147	15,3
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	301	31,4
Em quantos dias da semana costuma tomar refrigerante ou suco artificial?		
1 a 2 dias por semana	163	17,0
3 a 4 dias por semana	61	6,4
5 a 6 dias por semana	33	3,4
Nunca	333	34,7
Quase nunca	343	35,8
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	26	2,7
Em quantos dias da semana costuma trocar o almoço por lanche?		
1 a 2 dias por semana	55	5,7
3 a 4 dias por semana	18	1,9
5 a 6 dias por semana	06	0,6
Nunca	659	68,7
Quase nunca	202	21,1
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	19	2,0
Como você considera seu consumo de sal?		
Muito baixo	103	10,8
Baixo	408	42,6
Adequado	358	37,4
Alto	70	7,3
Muito alto	18	1,9
Adota alguma medida para reduzir o consumo do sal?		
Não	238	24,9
Sim	719	75,1
Costuma consumir bebida alcoólica		
Não	775	81,2
Sim	179	18,8
Praticou algum tipo de exercício físico nos últimos 3 meses?		
Não	658	68,7
Sim	300	31,3
Em quantos dias da semana costuma praticar exercício físico?		
1 a 2 dias por semana	56	19,9
3 a 4 dias por semana	91	32,3

5 a 6 dias por semana	88	31,2
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	47	16,7
Nos dias em que pratica esporte, quanto tempo dura?		
Menos de 10 minutos	06	2,1
Entre 10 e 19 minutos	20	7,1
Entre 20 e 29 minutos	24	8,5
Entre 30 e 39 minutos	54	19,1
Entre 40 e 49 minutos	30	10,6
Entre 50 e 59 minutos	70	24,8
60 minutos ou mais	78	27,7
Atualmente, fuma?		
Não	847	88,3
Sim, diariamente	96	10,0
Sim, mas não diariamente	16	1,7
Você classificaria seu estado de saúde como?		
Muito bom	15	1,6
Bom	259	27,2
Regular	493	51,7
Ruim	151	15,8
Muito ruim	35	3,7
Você descreve seu estilo de vida como?		
Com pouco estresse	333	34,8
Estressante	301	31,5
Livre de estresse	177	18,5
Muito estressante	146	15,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Ao associar os dados sociodemográficos com o diagnóstico de doença cardiovascular, identificou-se associação estatisticamente significativa entre a variável diagnóstico de doença cardiovascular com faixa etária (p-valor=0,001), escolaridade (p-valor=0,021) e coleta de lixo e tratamento de esgoto (p-valor=0,049), em que o predomínio da presença da doença se deu entre aqueles que possuem idade mais avançada, analfabetos e que possuem apenas coleta de lixo (tabela 14).

Tabela 14 – Associação dos dados sociodemográficos com o diagnóstico de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

Variáveis	Diagnosticado com doença cardiovascular		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Faixa etária			
Adulto	66 (15,0)	374 (85,0)	0,001*
Idoso	113 (23,8)	362 (76,2)	
Sexo			

Feminino	119 (18,1)	540 (81,9)	0,067*
Masculino	61 (23,4)	200 (76,6)	
Cor/etnia			
Amarela	01 (50,0)	01 (50,0)	
Branca	36 (18,5)	159 (81,5)	
Indígena	01 (25,0)	03 (75,0)	0,141**
Parda	103 (18,2)	463 (81,8)	
Preta	39 (25,8)	112 (74,2)	
Estado civil			
Com companheiro	95 (19,3)	396 (80,7)	0,931*
Sem companheiro	83 (19,6)	341 (80,4)	
Escolaridade			
Analfabeto(a)	60 (26,4)	167 (73,6)	
Fundamental	100 (17,7)	466 (82,3)	0,021*
Médio	16 (15,7)	86 (84,3)	
Superior	03 (13,0)	20 (87,0)	
Renda domiciliar			
Sem renda	2 (20,0)	08 (80,0)	
Até 1 salário-mínimo	81 (19,8)	328 (80,2)	0,655*
De 1 a 2 salários-mínimos	65 (17,6)	304 (82,4)	
Acima de 2 salários-mínimos	27 (22,7)	92 (77,3)	
Água domiciliar			
A água foi cortada	00 (0,0)	01 (100,0)	
Ligação clandestina	00 (0,0)	01 (100,0)	
Pega água na casa do vizinho	00 (0,0)	03 (100,0)	0,901**
Poço ou nascente	01 (9,1)	10 (90,9)	
Rede geral de distribuição	178 (19,9)	717 (80,1)	
Coleta de lixo e tratamento de esgoto			
Apenas coleta de lixo	57 (26,0)	162 (74,0)	
Apenas tratamento de esgoto	01 (12,5)	07 (87,5)	0,049**
Nenhum dos dois	02 (12,5)	14 (87,5)	
Ambos	120 (17,7)	557 (82,3)	

Nota: *Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Ao associar os dados clínicos (tabela 15) e os hábitos alimentares e estilo de vida (tabela 16) com o diagnóstico de doença cardiovascular, verificou-se associação significativa sob o ponto de vista estatístico entre as variáveis doença cardiovascular e dias que come feijão (p-valor=0,014), dias que toma suco de fruta (p-valor=0,038), comer frutas (p-valor=0,016), bebida alcoólica (p-valor=0,047), classificação da saúde (p-valor=0,008), estilo de vida (p-

valor=0,020), médico referiu pressão alta (p-valor<0,001) e diagnóstico de DM (p-valor=0,024).

Tabela 14 – Associação dos dados clínicos com a presença de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

Variáveis	Diagnosticado com doença cardiovascular		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
IMC			
Abaixo do peso (<18,5)	04 (36,4)	07 (63,6)	0,453*
Peso normal (18,5 a 24,9)	36 (19,7)	147 (80,3)	
Sobrepeso (25 a 29,9)	63 (20,8)	240 (79,2)	
Obesidade (>=>30)	77 (18,4)	342 (81,6)	
Pressão arterial			
Pressão ótima	18 (28,1)	46 (71,9)	0,187*
Normotenso	60 (18,5)	264 (81,5)	
Hipertenso	98 (18,9)	420 (81,1)	
Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?			
Não	11 (6,4)	160 (93,6)	<0,001*
Sim	168 (22,5)	578 (77,5)	
Atualmente, você toma algum medicamento para controlar a PA?			
Não	10 (25,0)	30 (75,0)	0,700*
Sim'	158 (22,4)	548 (77,6)	
Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?			
Não	104 (17,5)	491 (82,5)	0,024*
Sim	75 (23,7)	241 (76,3)	
Atualmente, como você está em relação ao diagnóstico?			
Em tratamento	92 (95,8)	04 (4,2)	0,164**
Não está em tratamento	54 (100,0)	00 (0,0)	
Você precisou de internação em decorrência da doença cardiovascular?			
Não	80 (98,8)	01 (1,2)	0,222**
Sim	60 (95,2)	03 (4,8)	

Nota: *Teste qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Nesse contexto, a doença cardiovascular predominou entre os indivíduos que nunca consomem feijão e toma suco da fruta, come frutas todos os dias, não consome bebidas alcoólicas, classifica a saúde como regular, ruim ou muito ruim, possui um estilo de vida estressante, possui pressão alta e DM.

Tabela 16 – Associação dos dados referentes aos hábitos alimentares e estilo de vida com a presença de doença cardiovascular entre os participantes da pesquisa. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

Variáveis	Diagnosticado com doença cardiovascular		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Em quantos dias da semana costuma comer feijão?			
1 a 2 dias por semana	23 (29,1)	56 (70,9)	0,014**
3 a 4 dias por semana	18 (23,4)	59 (76,6)	
5 a 6 dias por semana	16 (22,9)	54 (77,1)	
Nunca	02 (40,0)	03 (60,0)	
Quase nunca	07 (36,8)	12 (63,2)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	114 (17,0)	556 (83,0)	
Em quantos dias da semana costuma comer algum tipo de verdura?			
1 a 2 dias por semana	38 (18,2)	171 (81,8)	0,509*
3 a 4 dias por semana	38 (16,7)	190 (83,3)	
5 a 6 dias por semana	18 (23,7)	58 (76,3)	
Nunca	04 (18,2)	18 (81,8)	
Quase nunca	32 (24,4)	99 (75,6)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	50 (19,7)	204 (80,3)	
Quantas vezes come salada em um dia comum?			
1 vez ao dia	129 (18,9)	552 (81,1)	0,609*
2 vezes ao dia	08 (23,5)	26 (76,5)	
Esporadicamente	02 (20,0)	08 (80,0)	
Nunca	05 (11,9)	37 (88,1)	
Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha?			
1 a 2 dias por semana	63 (16,2)	325 (83,8)	0,129*
3 a 4 dias por semana	39 (19,7)	159 (80,3)	
5 a 6 dias por semana	11 (17,7)	51 (82,3)	
Nunca	14 (26,9)	38 (73,1)	
Quase nunca	43 (25,6)	125 (74,4)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	10 (19,6)	41 (80,4)	
Quando come carne vermelha com gordura, costuma:			
Comer com a gordura	136 (19,7)	553 (80,3)	0,367*
Não comer carne vermelha com muita gordura	30 (16,8)	149 (83,2)	
Em quantos dias da semana costuma comer carne de frango?			
1 a 2 dias por semana	35 (21,7)	126 (78,3)	0,151*
3 a 4 dias por semana	60 (17,0)	293 (83,0)	
5 a 6 dias por semana	40 (18,3)	179 (81,7)	
Nunca	00 (0,0)	08 (100,0)	
Quase nunca	06 (23,1)	20 (76,9)	

Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	39 (25,8)	112 (74,2)	
Em quantos dias da semana costuma tomar suco de fruta natural?			
1 a 2 dias por semana	23 (17,2)	111 (82,8)	
3 a 4 dias por semana	37 (19,3)	155 (80,7)	
5 a 6 dias por semana	16 (23,2)	53 (76,8)	0,038*
Nunca	24 (33,8)	47 (66,2)	
Quase nunca	39 (16,4)	199 (83,6)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	41 (19,1)	174 (80,9)	
Em quantos dias da semana costuma comer frutas?			
1 a 2 dias por semana	33 (19,6)	135 (80,4)	
3 a 4 dias por semana	26 (13,0)	174 (87,0)	
5 a 6 dias por semana	15 (15,8)	80 (84,2)	0,016*
Nunca	03 (14,3)	18 (85,7)	
Quase nunca	27 (19,3)	113 (80,7)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	76 (25,8)	219 (74,2)	
Em quantos dias da semana costuma tomar refrigerante ou suco artificial?			
1 a 2 dias por semana	25 (15,8)	133 (84,2)	
3 a 4 dias por semana	07 (13,0)	47 (87,0)	
5 a 6 dias por semana	07 (22,6)	24 (77,4)	0,461*
Nunca	67 (20,8)	255 (79,2)	
Quase nunca	67 (20,3)	263 (79,7)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	07 (28,0)	18 (72,0)	
Em quantos dias da semana costuma trocar o almoço por lanche?			
1 a 2 dias por semana	14 (28,6)	35 (71,4)	
3 a 4 dias por semana	04 (23,5)	13 (76,5)	
5 a 6 dias por semana	02 (33,3)	04 (66,7)	0,275**
Nunca	115 (17,9)	527 (82,1)	
Quase nunca	42 (22,3)	146 (77,7)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	03 (16,7)	15 (83,3)	
Como você considera seu consumo de sal?			
Muito baixo	24 (24,5)	74 (75,5)	
Baixo	81 (20,6)	313 (79,4)	
Adequado	58 (16,9)	285 (83,1)	0,112*
Alto	10 (14,9)	57 (85,1)	
Muito alto	06 (37,5)	10 (62,5)	
Adota alguma medida para reduzir o consumo do sal?			
Não	43 (18,9)	185 (81,1)	0,779*
Sim	136 (19,7)	554 (80,3)	

Costuma consumir bebida alcoólica			
Não	155 (20,8)	590 (79,2)	0,047*
Sim	24 (14,1)	146 (85,9)	
Praticou algum tipo de exercício físico nos últimos 3 meses?			
Não	122 (19,4)	507 (80,6)	0,927*
Sim	57 (19,7)	233 (80,3)	
Em quantos dias da semana costuma praticar exercício físico?			
1 a 2 dias por semana	15 (27,3)	40 (72,7)	
3 a 4 dias por semana	18 (20,7)	69 (79,3)	0,286*
5 a 6 dias por semana	12 (14,3)	72 (85,7)	
Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	08 (17,4)	38 (82,6)	
Nos dias em que pratica esporte, quanto tempo dura?			
Até 30 minutos	07 (15,9)	37 (84,1)	
Entre 31 e 60 minutos	36 (23,7)	116 (76,3)	0,135*
Acima de 60 minutos	10 (13,2)	66 (86,8)	
Atualmente, fuma?			
Não	155 (19,1)	656 (80,9)	
Sim, diariamente	22 (23,7)	71 (76,3)	0,577*
Sim, mas não diariamente	03 (18,8)	13 (81,3)	
Você classificaria seu estado de saúde como?			
Muito bom/Bom	38 (14,2)	230 (85,8)	0,008*
Regular/Ruim/Muito ruim	141 (21,8)	505 (78,2)	
Você descreve seu estilo de vida como?			
Com pouco estresse	54 (16,9)	266 (83,1)	
Estressante	52 (17,9)	239 (82,1)	0,020*
Livre de estresse	32 (18,9)	137 (81,1)	
Muito estressante	40 (29,0)	98 (71,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Todas as variáveis que apresentaram p -valor $<0,02$ na análise de associação foram inseridas no Modelo de Regressão Logística da presença de doença cardiovascular entre os participantes, de modo que permaneceram no modelo final o médico referir ter pressão alta (p -valor $<0,001$) e DM (p -valor=0,020). Deste modo, observou-se que de acordo com o modelo, ter pressão alta e DM, aumenta em 4,21 e 1,49 vezes, respectivamente, a probabilidade de ser diagnosticado com doença cardiovascular (Tabela 17).

Tabela 17 – Modelo de Regressão logística da presença da doença cardiovascular com as variáveis ter pressão alta e Diabetes Mellitus. Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, 2021-2023.

Variáveis	Diagnóstico de doença cardiovascular		
	OR	IC	p-valor*

Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?			
Não	1,00	-	-
Sim	4,21	[2,23 – 7,96]	<0,001
Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?			
Não	1,00	-	-
Sim	1,49	[1,06 – 2,10]	0,020

Nota: R² ajustado=0,056; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; *Significância do teste.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

6 DISCUSSÃO

Em relação às DCV de acordo com o sexo, no presente estudo, a maioria dos participantes que afirmaram o diagnóstico são homens, dentro da faixa etária dos 60 anos ou mais, amarelos ou pretos, sem companheiro(a) (solteiros, viúvos ou divorciados) e que apresentam escolaridade até o ensino fundamental.

Esses dados divergiram com a pesquisa realizada por Queiroz *et al.* (2020) realizado na cidade de Rio Verde, Goiás com 723 participantes, em que 64% destes eram mulheres e com os dados da PNS, que demonstrou predomínio do sexo feminino em ambas as doenças com uma porcentagem de 58,77% do total de pessoas com 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico para HAS e 58,1% que referem diagnóstico médico para DM (IBGE, 2019).

Apesar de não haver significância estatística quando associado o fator sexo e as DCV, a maior procura e adesão das mulheres ao sistema de saúde, nos leva a crer que, de forma geral, pode haver uma subnotificação de casos de adoecimento na população masculina (Correia, 2018), fator que também justifica o maior número de mulheres dentro da amostra deste estudo.

No que diz respeito aos grupos de idade, cuja média de idade dos participantes varia entre 16 e 103 anos, apresentando uma média de 59,5 anos de idade (DP=14,6). A maioria dos participantes serem da faixa etária de 60 anos ou mais era esperada e pode ser justificada pelo crescimento populacional desse grupo diante das modificações sociais, políticas e econômicas das últimas décadas ocasionando uma transição demográfica que apresenta o aumento proporcional de pessoas idosas (Brandão *et al.*, 2021).

A amostra total ser majoritariamente composta por mulheres e idosos pode estar diretamente relacionada a coleta ter sido realizada, em sua maioria, nos domicílios em horário comercial, momento este que é comum que a maioria dos homens estejam em seu turno de trabalho, como também algumas mulheres não idosas que trabalham fora de casa. Em uma pesquisa realizada por Balbino *et al.* (2020), que entrevistou 30 homens sobre os motivos que os impediam de buscar os serviços das UBS, as sugestões dos entrevistados incluem abrir aos finais de semana e estender além do horário comercial, fato que reforça o horário de trabalho ser o principal motivo da não participação da população masculina nos serviços de saúde.

A longevidade apresentou significância estatística quando associada ao diagnóstico de DCV (p-valor=0,001), o que pode ser justificado pelo envelhecimento estar relacionado ao aumento do risco de apresentação de doenças crônicas, como a DCV, visto que o aumento da

longevidade também ocasiona um maior tempo de exposição a fatores de risco para DCNT (Massa *et al.*, 2019). Nesse contexto, a maior presença de DCV nas parcelas mais envelhecidas da população encontradas pelo estudo corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada por Santana *et al.* (2021) que aponta que a maior parcela dos óbitos por DCV entre 1996 e 2016 eram homens (74,25%) idosos (48,76%).

Apesar de não haver significância estatística quando a cor/etnia é associada ao desenvolvimento de DCV, é válido citar que a maior parte dos usuários que relatam o diagnóstico de DCV é da cor amarela ou preta, dados que se contrapõem ao estudo de Aguiar *et al.*, publicado em 2022, sobre a Análise do Perfil Epidemiológico de internações e óbitos por DCV no Nordeste no período de 2018 a 2021, que identificou a cor parda com o maior número de óbitos causados eventos cardiovasculares, cerca de 39.534 óbitos, seguidos da cor branca com cerca de 4.099 mortes (Aguiar *et al.*, 2022).

A literatura demonstra que a cor negra (pretos + pardos) apresenta maior probabilidade de desenvolvimento de AVC ou outras DCV devido as variáveis socioeconômicas e da HAS, doença prevalente nessa etnia e principal fator de risco para a doença cerebrovascular devido a maior ocorrência dos fatores de risco nesse grupo. Visto que as influências culturais, ambientais e a determinação social construída na historicidade brasileira de escravidão e colonização causam fortes impactos nas diferenças raciais e étnicas incluindo os aspectos da classe socioeconômica, acesso a cuidados, discriminação e variações culturais nos fatores de riscos, entre outros (Hata, 2019).

Ao se tratar do perfil educacional e financeiro é válido dizer que a maior parte dos usuários que responderam ao questionário apresentavam ensino fundamental completo (n=566), seguidos daqueles com analfabetismo (n=227), ensino médio completo (n=102) e apenas 23 participantes apresentavam ensino médio ou superior completo. Sendo assim, ao realizar a associação com o diagnóstico de DCV, a maioria apresentou grau de instrução baixo, referindo apenas o ensino fundamental ou analfabetismo e referiram renda mensal de até um salário-mínimo, sendo este no valor de aproximadamente R\$1.320,00. Os dados se assemelham aos de um estudo realizado em um hospital geral de Curitiba-PR com 50 participantes que identificou prevalência de pacientes com baixa instrução (52%) e renda familiar de até 1 salário-mínimo (58%) (Santos *et al.*, 2021).

O grau de escolaridade apresenta-se como um fator de relevância significativa (p-valor=0,021) quando colocado determinante às condições de saúde dos usuários, visto que o

baixo nível de instrução pode interferir no cuidado com a saúde e no conhecimento e discernimento sobre a doença (Correia, 2018). Como também, é plausível citar que diferenças socioeconômicas impactam no acesso à informação, melhor compreensão das condições clínicas e maior aderência ao tratamento. Sendo assim, é possível observar taxas mais elevadas de DCV em grupos com baixo nível socioeconômico e instrucional (Franco, 2021). Estes dados corroboram com um estudo realizado por Correia (2018) em Pernambuco sobre a qualidade de vida de usuários com DM que apresentou significância estatística no quesito escolaridade, identificando que pessoas com maior escolaridade apresentam melhor qualidade de vida e também menores chances de desenvolver DCV.

Sendo assim, é inerente a importância do investimento e valorização da educação em saúde, principalmente advinda das UBSs, visto que as mesmas são consideradas uma porta de entrada no sistema de saúde, que influenciem e estimulem a prática de ações de autocuidado inseridas no dia a dia do indivíduo e que pela possibilidade de desenvolver ações simples, objetivas, de baixo custo e fácil aplicação para que o usuário possa inserir em sua realidade, porém é válido reconhecer que a participação e adesão do usuário é essencial para melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2013).

Visto que o nível de escolaridade do paciente pode interferir na compreensão e nos resultados da ação de educação em saúde, é importante adaptar as orientações ao nível do mesmo e respeitar o conteúdo proposto, já que pessoas com menores graus de escolaridade apresentam maior dificuldade na construção do conhecimento científico e na sua aplicabilidade, requerendo maior atenção por parte da equipe de saúde considerando as particularidades do indivíduo (Lima *et al.*, 2022).

Quanto ao estado civil, notou-se que a maioria se apresenta sem parceiro e os dados refletem divergências com Muniz *et al.* (2022), o qual apresenta dados também aproximados com os achados no presente estudo após debruçar-se sobre uma população de 138 hipertensos e diabéticos de um município do interior do Ceará onde a maioria apresentava parceiro.

A presença de uma rede de apoio é de suma importância para que o paciente crônico apresente maior adesão ao tratamento, como a presença da família, amigos ou pessoas próximas, por exemplo (Oliveira, 2020). Em sua maioria, o cônjuge é também o cuidador ou o apoio ao paciente (Muniz, 2022), havendo a necessidade de uma construção de cuidado compartilhada entre a rede de saúde, o paciente e a rede apoio, visto que estes se apresentam como influenciadores da adoção adequada ao tratamento e à redução dos fatores de risco ao

paciente. Além de que a presença do cônjuge ou de um acompanhante também melhora o fator social dos pacientes com DCNT (Oliveira, 2020; Muniz, 2022).

Com relação ao serviço de água, a maior parcela dos entrevistados, com ou sem DCV, relatam ter acesso a rede de distribuição geral ou de poço cartesiano ou nascente (p-valor=0,901). Entretanto, no que se refere ao esgotamento sanitário e coleta de lixo, a maior parcela dos usuários com histórico de DCV relatam ter apenas coleta de lixo seguido dos que tem acesso a ambos os serviços, enquanto os sem diagnóstico, em sua maioria, referem apenas tratamento de esgoto ou nenhum dos serviços, apresentando significância estatística na associação entre ambas as variáveis (p-valor=0,049).

O saneamento básico possui as seguintes diretrizes. Vejamos fragmentos da lei 11.445/2007 Art. 1º. Art. 2º inciso I, III e IV.

Art. 1º Esta Lei estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico. Art. 2º Os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais: I - Universalização do acesso; III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente; IV - Disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;

Sendo assim, compreende-se como um dever estatal prover e investir em tais serviços à comunidade. A falta de acesso ou a precariedade dos serviços relacionados ao saneamento básico ou o acesso à água tratada implicam diretamente na saúde da população visto que o consumo de água imprópria para o consumo ou o contato com esgoto podem ocasionar o adoecimento da população e impactar diretamente na qualidade de vida dos usuários que afeta a autopercepção do indivíduo sobre sua saúde e também impacta no âmbito econômico do mesmo visto que o adoecimento gera afastamento das atividades remuneradas gerando menor poder aquisitivo e atrapalhando a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Hábitos e estilo de vida foram avaliados a partir de perguntas sobre alimentação saudável, destacando a redução do consumo de sal, a prática de atividade física, a não ingestão de bebidas alcoólicas e a manutenção de hábitos saudáveis, sendo esses, fatores importantes para manter a qualidade de vida, favorecer o estado físico e psicológico do usuário, bem como, prevenir doenças crônicas e suas complicações.

Nesse contexto, Oliveira e Santo (2013) afirmam que:

As mais importantes entre as causas reais dos problemas de saúde são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham que são os DSS. Refletindo a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do status, do poder e do acesso aos recursos. Proveniente de uma sociedade onde as oportunidades não são iguais. A saúde torna-se uma expressão da questão social, quando reconhece que a saúde é produto de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, ambiente, trabalho e renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. (Oliveira e Santo, 2013, p. 13).

Segundo os dados obtidos na pesquisa, uma elevada parcela da população apresentou excesso de peso/obesidade, que além de fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV, é fator predisponente para a HAS e DM (Ribeiro, 2021). Apesar disso, tal variável não apresentou significância estatística no estudo (p -valor=0,453), visto que a maioria dos usuários que apresentavam DCV estavam abaixo do peso ($IMC < 18,5 \text{kg/m}^2$), enquanto aqueles que não apresentavam DCV estavam, em sua maioria, com obesidade.

O excesso de peso, além de fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV, é fator predisponente para a HA, podendo ser responsável por 20 a 30% dos casos da doença, porém os mecanismos que ocasionam tal relação ainda não são claros, mas associa-se a anormalidades renais como o aumento da reabsorção de sódio e água, resistência à insulina/ hiperinsulinemia, hiperleptinemia, ativação do sistema renina-angiotensina e ativação do sistema nervoso simpático, estes tem sido apontados como mecanismos fisiopatogênicos da HAS associada à obesidade (Ribeiro *et al.*, 2021).

No que diz respeito à alimentação saudável dos usuários, há a influência das características sociodemográficas da população visto que a prática de uma melhor alimentação ou a falta dela pode corresponder ao estilo de vida do indivíduo ou pode estar relacionada a fatores socioeconômicos que impedem o acesso a alimentos de qualidade. O presente estudo apresentou que a maioria daqueles que apresentam diagnóstico de DCV comem feijão nunca ou quase nunca, verduras quase nunca, carne vermelha nunca ou quase nunca, mas quando consomem o fazem com a gordura, carne de frango todos os dias da semana, suco da fruta nunca, frutas todos os dias, refrigerante todos os dias e trocam o almoço por um lanche de 5 a 6 dias por semana.

Em contrapartida, aqueles que nunca apresentaram DCVs, referem, em sua maioria, uma alimentação que inclui feijão todos os dias, verduras de 3 a 4 vezes por semana, salada 1 vez ao dia, carne vermelha de 1 a 6 vezes por semana, quando o fazem retiram a maior parte da gordura, carne de frango nunca ou de 5 a 6 vezes por semana, suco natural de fruta quase nunca ou de 1 a 2 vezes por semana, frutas de 3 a 4 vezes por semana, tomam refrigerante de 3 a 4 dias por semana e nunca trocam o almoço por lanches.

De acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira do MS (2008), as quantidades recomendadas para consumo diário de feijões são 48 g de feijão branco cozido, 86 g de feijão cozido (50% de caldo), 50 g de feijão cozido ou 80 g de feijão preto cozido. A influência do consumo de feijão associado a redução dos riscos de desenvolvimento de DCV se dá a partir do fato do alimento conter amido resistente à digestão que atuam na redução de triglicérides e colesterol reduzindo assim os fatores de risco para que o indivíduo apresente HAS (LIMA, 2020).

O consumo de frutas ou de suco de frutas também pode ser um auxílio na redução dos fatores de risco para DCV, visto que possuem vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes, que ajudam a fortalecer o sistema imunológico, prevenir DCV, controlar o açúcar no sangue (Andrade, 2023). De acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira, uma regra para uma alimentação mais saudável é optar por alimentos *in natura* ou minimamente processados, e por preparações culinárias, e reduzir a escolha por alimentos ultraprocessados. Porém, o estilo de vida, o comodismo ou até o poder aquisitivo dos usuários e outros fatores podem influenciar no aumento do consumo desses alimentos ultraprocessados (Brasil, 2014).

As frutas apresentam nutrientes e micronutrientes que auxiliam de forma ativa os processos circulatórios, inflamatórios, excretórios, entre outros processos, como por exemplo a vitamina C que facilita a passagem de nutrientes para os músculos e fortalece os vasos capilares (Andrade, 2023). Segundo a OMS, a quantidade de consumo diário de frutas adequado é de 400g, porém mesmo com o consumo de frutas por uma boa parte da população, a maior parcela consome as frutas de forma inadequada. Ademais, há casos em que seu consumo deve ser orientado por um profissional da área da saúde, pois como é no caso da DM, há alguns fatores, como a glicemia do indivíduo, as refeições em que elas estão incluídas, o tipo de fruta a ser consumida (Ramos, 2021).

A falta do consumo de frutas, principalmente na adolescência, pode ser um dos principais fatores de risco para desenvolver doenças, inclusive a longo prazo DCV, DM e câncer

(Andrade, 2023). Visto que a inserção desses alimentos no dia a dia do usuário é considerada uma técnica terapêutica conhecida como frutoterapia que utiliza as propriedades medicinais das frutas para prevenir e tratar diversas doenças.

Nas últimas décadas, o consumo de carne vermelha e os efeitos adversos ocasionados por ele tem recebido maior atenção e nos anos 2000 se apresentou como uma preocupação de saúde pública visto que diversas evidências científicas apontam o consumo elevado de carne vermelha, principalmente a processada, como um fator de risco aumentado para doenças crônicas importantes, incluindo DM2, DCV e câncer, e risco aumentado de mortalidade. Uma meta-análise de 12 estudos de coorte mostrou um aumento de 20% no risco de DM por aumento de 120 g/dia na ingestão de carne vermelha e, para carne vermelha processada, um aumento de risco de 57% por aumento de 50 g/dia (Silva, 2018; Wolk, 2016).

Apesar dos diversos estudos que apontam a associação do consumo de carne vermelha e/ou processada e risco aumentado de DCV, ainda não há uma explicação do mecanismo que contribui para que isso aconteça, mas é provável que muitos desses mecanismos possam ser os mesmos potencialmente relacionados ao risco aumentado de DM2, como também pode haver associação com o modo de preparo, por exemplo, uso excessivo de sal (Wolk, 2016). Neste estudo, a maior porcentagem dos usuários com DCV relataram nunca realizar o consumo de carne vermelha, enquanto a maioria dos que não apresentavam diagnóstico relataram o consumo 1 a 2 vezes por semana, mas, quando o faziam, retiravam a gordura da carne. Fatos que podem ser justificados devido as características socioeconômicas do grupo ou pela adesão a uma dieta com consumo reduzido de carne vermelha devido a associação aos fatores de risco.

Os entrevistados com diagnóstico de DCV referem o consumo diário de carne de frango, apesar da associação não apresentar significância estatística, o alto indicativo desse consumo pode ser justificado em consequência de a carne vermelha apresentar impactos negativos para o desenvolvimento do adoecimento por HAS ou DM e, conseqüentemente, ocasionar eventos cardiovascular, sendo a carne de frango a primeira opção de substituição para a proteína vermelha e, também, considerando o menor valor econômico quando comparado a carne vermelha.

O consumo de verduras e saladas é recomendado para redução da probabilidade de desenvolvimento de DCV visto que apresentam componentes que auxiliam o organismo no combate a fatores de risco para tal. Apesar das recomendações dietéticas de consumo desses

alimentos, as associações da alimentação envolvendo verduras e saladas não apresentou significância estatística neste estudo.

Em relação aos vegetais de folhas verdes, a presença de vitaminas, minerais e antioxidantes auxiliam no processo de redução dos fatores de riscos cardiovasculares, como a presença de vitamina K, por exemplo, que contribui na proteção das artérias e na promoção de coagulação sanguínea adequada, ou como o nitrato, que contribui na redução da PA e da função celular dos vasos sanguíneos (Lima *et al.*, 2020). Pollock (2016), em revisão de oito estudos, relata que o aumento da ingestão de vegetais de folhas verdes estava associado à incidência de 16% menor de doenças cardíacas, assim, os dados desse estudo corroboram para tal afirmativa visto que aqueles com DCV, em sua maioria, não realizam o consumo de tais alimentos.

Em complemento aos vegetais de folhas verdes, podemos citar o tomate na composição de saladas para uma melhor alimentação do usuário, visto que o mesmo apresenta alto teor de licopeno em sua composição e que os baixos níveis desse pigmento natural que apresenta propriedades antioxidantes estão relacionados ao maior risco de ocorrência de eventos cardiovasculares (Lima *et al.*, 2020). De acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira do MS (2008), as quantidades recomendadas para consumo diário de tomates são 75 g de tomate caqui, 70 g de tomate cereja ou 80 g de tomate comum.

Relacionado ao consumo de refrigerante ou sucos artificiais associado a presença de DCV, a maior porcentagem dos entrevistados com diagnóstico de DCV referiram o consumo diário, enquanto os sem diagnóstico relataram o consumo de 3 a 4 dias por semana. Apesar da pesquisa não indicar significância estatística nessa variável, sabe-se que o consumo de refrigerantes tem grande impacto negativo na saúde humana. O princípio da prevenção é a melhor estratégia para o combate a obesidade, doenças cardíacas, pressão alta, DM, entre outras e todas essas doenças têm relação direta ou indireta com o consumo de refrigerantes.

Os ingredientes da composição dos refrigerantes apresentam excesso de açúcar, tanto no próprio produto como no seu consumo excessivo, podendo favorecer o desenvolvimento de cáries, sobrepeso, obesidade, flatulência (gases), agravar gastrite, DM, em alguns casos favorecer o estresse, níveis elevados de triglicérides sanguíneos, aumento dos níveis do colesterol total e da fração LDL (Wirth, 2010).

Por outro lado, as bebidas nas versões *light* e *diet* apresentam altas taxas de sódio, o que aumenta o risco para HAS e problemas renais, por isso foi determinado, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a redução da concentração da sacarina e o

ciclamato, principalmente pelo teor de sódio que estas substâncias agregam a esses refrigerantes (Wirth, 2010). Enquanto a cafeína tem ação diurética, vasodilatadora e excitante do sistema nervoso central e pode ainda provocar descarga de adrenalina e, em doses muito elevadas, desencadear pequenos tremores involuntários, aumento da PA e da frequência cardíaca (Rossi; Vallinot, 2010).

Sabendo que o direito à saúde entrou para a CF/88 como direitos sociais, obrigação e dever do Estado o cuidar da saúde das pessoas. Dallari (1988, p. 329), afirma que “o Estado deve se responsabilizar pela saúde do povo”, essa conclusão da autora baseia-se nos dispositivos constitucionais acima e no artigo 196, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Porém, a saúde como direito do povo e dever do Estado não elimina a responsabilidade do indivíduo, da família e da coletividade sobre a própria saúde e a saúde pública. Sendo assim, as ações propostas pelo Estado dependem também da contribuição da população para que as ações sejam colocadas em prática. No Brasil, o consumo de refrigerante pode ser observado desde cedo tanto nas casas dos brasileiros, quanto nas escolas. Apesar de não haver uma forma de eximir o consumo prejudicial de refrigerantes, há a possibilidade de estratégias para sua redução, como a promoção de ações educativas sobre a prejudicialidade do consumo exagerado do produto ou o desenvolvimento de leis que possam contribuir para tal (Fialho *et al.*, 2019).

Quando Bortoletto (2017) disserta sobre as ações do MS ao combate do excesso de consumo de açúcares entre crianças e adolescentes em escolas de nível básico, ele afirma, *in verbis*:

Recentemente o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou três metas a serem alcançadas até 2019 para enfrentar a epidemia da obesidade: frear a curva de crescimento, reduzir o consumo de bebidas açucaradas em 30% e aumentar o consumo de frutas e hortaliças. O compromisso público é louvável, mas, para que seja factível, precisamos adotar medidas concretas. Entre as medidas que podem levar ao alcance desta meta é o projeto de lei 1755/2007, que tramita no Congresso Nacional há dez anos e proíbe a venda de refrigerantes em escolas do 1º ao 9º ano. Este tipo de medida é apoiada pela comunidade global de saúde pública, está embasada em evidências científicas e tem o apoio da maioria da população (Bortoletto, 2017).

Assim, o combate do consumo excessivo de refrigerantes nas escolas já demonstra uma tentativa do governo de prover ações de melhoria da saúde pública tanto para melhoria da qualidade de vida da população quanto para redução dos gastos excessivos no sistema de saúde. Ademais, a conscientização através de educação em saúde toma um papel de grande significância na melhoria da alimentação do povo brasileiro. E, para complementar, é fundamental entender os fatores socioeconômicos, culturais, familiares e motivacionais. O desafio para o profissional de saúde ao orientar mudanças no consumo alimentar visando uma alimentação saudável é transcender valores e preferências pessoais e respeitar a singularidade e as preferências de cada pessoa sem emitir juízos de valor (Zoup, 2019).

O alto consumo de sódio está diretamente relacionado com o aumento da PA. O limite do uso diário de sódio é estabelecido em 2,0 g, mas o consumo médio do brasileiro é de 11,4 g/dia (SBC, 2016), fator que acontece principalmente devido ao alto consumo de alimentos ultraprocessados, em que o sódio atua como principal conservante, e a adição do sal no preparo dos alimentos. Neste estudo, foi evidenciado que a maioria dos usuários que apresentavam DCV consideravam seu consumo de sal muito alto, mas que adotavam medidas para reduzir o consumo, enquanto a maioria daqueles que não apresentam DCV não adotavam medidas para reduzir o consumo de sal, mas consideram seu consumo alto ou adequado.

Sabe-se que o consumo exacerbado de sódio é uma prática que está diretamente ligado ao desenvolvimento ou agravamento de DCV, sendo a redução do consumo de sal uma ação que deve ser estimulada na população em geral e, principalmente, naqueles acometidos pelas DCNT (Keller, 2021). Sendo a educação em saúde, mais uma vez, fator de suma importância para evitar o desenvolvimento e agravamento das DCV.

No presente estudo foi observada uma pequena população de pessoas fumantes, porém, entre aqueles com DCV houve relato, em maior porcentagem, de tabagismo diário, enquanto a maior porcentagem daqueles sem diagnóstico é de que fumam, mas não diariamente. Um estudo realizado por Burke *et al.* (2017) analisou a associação entre cigarro e DCV de 1971 a 2006, em uma população proveniente do *Estudo Framingham*. Os autores observaram que, ao longo de três décadas, homens que fumavam mantiveram um risco duas vezes maior de DCV em relação aos que não fumavam, enquanto nas mulheres o risco aumentou 1,6 vez.

Segundo dados de 2020 da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS): “a cada ano, 1,9 milhão de pessoas morrem por doenças cardíacas causadas pelo tabaco. (...) Isso equivale a uma em cada cinco de todas as mortes por doenças cardíacas” (OPAS/OMS, 2020). Assim, o uso do tabaco é apontado como um vilão para saúde

cardiovascular sendo um problema de saúde pública por afetarem a qualidade de vida e aumentarem a mortalidade em decorrência de DCV.

O tabagismo é visto como uma das maiores causas preveníveis para eventos cardiovasculares visto que seu uso ocasiona resistência à insulina, aumentando as chances do desenvolvimento de DM, substâncias, como a nicotina, aumentam a probabilidade do aumento da PA devido seu efeito vasoconstritor, aumentam o LDL e reduz o HDL sérico, enquanto o monóxido de carbono reduz a capacidade do sangue de carrear oxigênio podendo induzir a aterosclerose. Assim, o cigarro é considerado uma causa de morte evitável, o que evidencia a necessidade de políticas públicas que atuem na sociedade e auxiliem diretamente na diminuição desses índices (Gomes *et al.*, 2023).

O consumo de bebida alcoólica também ocasiona diversos agravos na saúde do indivíduo. Dentro do sistema cardiovascular, pode causar aumento da PA, alterações nos triglicerídeos e podendo progredir para DCV (Leme; Mazloum, 2022). O consumo exacerbado de álcool pode ser um fator risco significativo para diversas comorbidades como, por exemplo, DCV e DM2, visto que o etanol em altas doses é considerado uma cardiotoxina e pode causar uma condição conhecida como cardiomiopatia alcoólica, além de também contribuir para o aumento da PA (Jayme *et al.*, 2023). A Sociedade Americana de Hipertensão alerta que a ingestão de mais de duas bebidas alcólicas por dia é suficiente para causar HAS no longo prazo (O'Keefe *et al.*, 2018).

Quanto ao consumo de álcool, foi verificada significância estatística quando associada a DCV (p-valor=0,047). Entre os entrevistados que relataram diagnóstico de eventos cardiovasculares, a maior parte referiu não fazer uso de bebidas alcoólicas, enquanto aqueles sem diagnóstico relatam o consumo. O consumo de álcool contribui para a elevação da pressão arterial de forma persistente, segundo a Associação Brasileira de Cardiologia (Muniz, 2022), sendo orientada a suspensão do consumo em casos de usuários propensos a DCV, fator que pode justificar os dados encontrados no presente estudo.

Em relação a prática de atividade física, evidenciou-se que 68,7% dos entrevistados não praticavam nenhuma atividade física (n=658), refletindo uma população com índice de sedentarismo relevante. Dado que vai de encontro aos resultados obtidos por Oliveira *et al.*, (2018) que referem em seu estudo com 391 pessoas com DM tipo 2 e/ou HAS, assistidos por equipes da ESF, uma porcentagem de pessoas que não praticam atividades físicas aproximada de 60,6%.

Apesar disso, a parcela de 31,3% (n=300) que relatou a prática de atividade física, afirma que, em sua maioria, a fazem de 3 a 4 dias por semana com duração entre 31 e 60 minutos. Considerando que a maior parte dos usuários que incluem exercício físico (EF) em suas rotinas não apresentaram diagnósticos de DCV enfatiza que a prática de EF de forma moderada a intensa associa-se a redução significativa de eventos cardiovasculares, sendo os EF uma estratégia de prevenção e auxílio nos prognósticos dessas doenças (Cordeiro; Sarinho, 2023).

Entretanto, segundo algumas literaturas, a prática de atividades físicas no Brasil se tornou um privilégio e não uma escolha, visto que estudos apontam que a prática de atividades físicas de deslocamento a pé ou bicicleta para estudar ou trabalhar são mais frequentes entre as classes econômicas mais baixas, enquanto as atividades físicas prazerosas estão concentradas entre os mais abastados, evidenciando a existência da desigualdade social no país (Knuth, Antunes, 2021).

Ademais, cita-se ainda que a inatividade física relacionada aos grupos de maior vulnerabilidade social pode estar vinculada à necessidade de trabalhar, destinar tempo aos cuidados com o lar, família, entre outras responsabilidades que não podem ser substituídas por momentos de práticas de atividades físicas de lazer. Porém, a prática de atividade física deve ser compreendida como aquelas que são realizadas em período de lazer e não as feitas de maneira compulsória como obrigação para o deslocamento ou realização do seu trabalho. E, no Brasil, a prática corporal ou atividade física ainda é influenciada pela desigualdade e pelos fatores econômicos e sociais, o que corrobora com a baixa escolaridade e baixa renda já relatada neste estudo (Knuth; Antunes, 2021).

A avaliação da autopercepção da saúde do usuário é de suma importância tanto para os profissionais quanto para os familiares e a rede de apoio do mesmo. Na amostra mais da metade (51,7%) classificou sua saúde como regular que representa um meio termo entre a boa e a má saúde, o que corrobora com um estudo realizado por Silva, *et al* (2019) em Santa Cruz, RN, entre novembro de 2015 e outubro de 2016 que apresentou resultados de cerca de 52,5% da amostra considerando sua saúde como “mais ou menos”. Alguns estudos demonstram que a presença de limitações, fatores socioeconômicos, presença de comorbidades, uso de medicações, entre outros fatores, foram associados a percepções negativas de saúde (Silva, *et al.*, 2019).

Quando autoavaliação da saúde do usuário foi associada a presença das DCV, houve significância estatística (p -valor=0,008) indicando que a maioria daqueles que apresentam algum tipo de doença cardiovascular classificam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Essa associação pode se relacionar com o fato que conhecer e sofrer com a patologia contribui para essa classificação negativa.

Relacionando o estresse cotidiano ao desenvolvimento de DCV, a associação apresentou relevância estatística (p -valor=0,020) visto que a maioria dos que apresentaram diagnóstico positivo relataram um estilo de vida muito estressante, em contrapartida, a maioria daqueles sem diagnóstico de DCV referiram um estilo de vida com pouco estresse. O estresse psicológico pode ser compreendido como um desgaste mental decorrente de uma exposição contínua a um grau de tensão superior ao que o indivíduo é capaz de suportar, o que pode levar o paciente a apresentar irritabilidade, dor na musculatura cervical, nervosismo, cefaleia por tensão, palpitações, fadiga, alteração do sono e períodos de indisposição (Souza *et al.*, 2021).

Fisiologicamente, o estresse crônico influencia na ativação do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), gerando uma maior produção de renina e, conseqüentemente, de angiotensina II e aldosterona que irão agir sistematicamente no corpo ocasionando maior retenção de água e sódio, vasoconstrição e maior produção de substâncias inflamatórias. Os mecanismos citados estão ligados diretamente ao surgimento da HAS e remodelamento cardíaco e, conseqüentemente, pode gerar o surgimento de DCV (Souza *et al.*, 2021).

Observou-se relação entre a HAS e DM e o aparecimento de DCV, prevalecendo entre aqueles hipertensos e diabéticos. No presente estudo, as pessoas com HAS apresentaram uma chance quatro vezes maior de apresentar DCV e as que com DM apresentaram uma chance uma vez e meia maior de desenvolver tal adoecimento, razão que pode estar associada ao fato das DCNT serem fatores de predisposição ao aparecimento das DCV.

Devido ao seu caráter assintomático na maioria dos casos, a HAS está frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para DCV, doença renal crônica e morte prematura (Cardiologia, 2020). O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é a manutenção de níveis pressóricos controlados, reduzindo o risco de DCV, diminuindo a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2013). Porém, o cuidado com a HAS deve ser multiprofissional e seguir a vertente

medicamentosa, com fármacos que visam reduzir a PA, e, também, a não medicamentosa, que envolvem alterações no estilo de vida do usuário.

Entre os entrevistados que apresentavam alguma DCV, a maioria referiu ter pressão alta (n=168) e estarem tomando algum tipo de medicamento para controle da PA (n=158), o que indica uma boa adesão ao tratamento medicamentoso afim de reduzir a instalação da HAS enquanto uma DCV. A adesão ao tratamento pode ser definida, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, como o ato do paciente de realizar as tomadas das medicações, seguir dieta e/ou possuir hábitos de vida saudáveis de acordo com o prescrito pelo profissional de saúde. Sendo assim, a adesão se torna uma ação multifatorial que envolve fatores psicossociais, ambientais e individuais (Batista *et al.*, 2022).

Os dados coletados vão ao encontro a um estudo realizado em 2016 por Tavares *et al.*, com 1029 idosos da cidade de Uberaba-MG, 524 (50,9%) aderiam ao tratamento farmacológico para HAS e 505 (49,1%) não aderiam ao tratamento. Como referido anteriormente, diversos fatores podem estar relacionados a adesão do tratamento, entre eles, está o estado civil, como citado anteriormente, visto que na maioria da literatura científica, se aponta a família, muitas vezes representada pela figura do cônjuge, como parte fundamental na adesão ao tratamento farmacológico (Batista *et al.*, 2022).

Além disso, outro fator contribuinte para a adesão ao tratamento é o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, visto que a falta de orientação sobre o tratamento e a importância dele dificulta o controle pressórico, como o maior comparecimento a consultas também está relacionado a maior adesão ao tratamento como, também, ao melhor acompanhamento dos pacientes com DCV (Batista *et al.*, 2022).

A principal causa da mortalidade entre os indivíduos com DM são as complicações devido DCV, além destas também representarem a principal causa de internação desses pacientes. Assim, observa-se o crescente impacto da DM na população, tanto pelo aumento de usuários com a comorbidade quanto pela maior probabilidade de desenvolver um evento cardiovascular. Diversos fatores de risco para DCV, tais como obesidade, sedentarismo, dislipidemia e HAS, são mais comuns nas pessoas com DM relativamente à população em geral, principalmente naquelas com DM2, tornando a DM uma preocupação multifatorial de saúde (Aguar; Duarte; Carvalho, 2019).

Entre o grupo entrevistado, a maior porcentagem dos que já haviam apresentado algum evento cardiovascular referiu portar DM, enquanto aqueles sem DCV referiram estarem livres

da comorbidade, tal variável apresentou significância estatística (p -valor=0,024) e nos indica o que já está expresso na literatura sobre a maior possibilidade de apresentação de DCV por parte dos diabéticos. A associação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular faz com que a estratégia clínica de prevenção para DCV envolva o conhecimento do estado diabético do paciente (Beraldo *et al.*, 2021). A associação entre DCV e DM tipo 2 é tão importante que somente com o aumento da glicemia em jejum já se observa risco de comprometimento cardiovascular (Caderno de atenção básica, 2013).

A maior parcela dos entrevistados que já haviam apresentado algum tipo de DCV referiram que não necessitaram de internação para intervir do adoecimento. No Brasil, as DCV ocupam o quarto lugar no ranking de causas de internações hospitalares, apesar disso, um estudo realizado por Figueiredo *et al* (2021) que analisou as taxas de internação em território nacional ao longo de 12 anos, indicou que houve redução das internações em consequência das DCV.

Acredita-se que a tendência de queda das internações no Brasil possa estar relacionada às políticas que foram implementadas ao longo dos anos com destaque para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que reforça as obrigações de cada esfera do governo e a participação ativa do sujeito no cuidado à sua saúde na mobilização para alimentação saudável, prática de atividade física, enfrentamento do uso abusivo do álcool e abandono do tabaco (Figueiredo *et al.*, 2021)

Como descrito na Carta de Ottawa (1986):

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde (Carta de Ottawa, 1986, p. 1-2).

Compreende-se o importante papel das ações de promoção da saúde por parte do governo e dos serviços de saúde, como também na adoção de mudanças no estilo de vida do indivíduo. Sendo compreendido que para redução nos índices de DCV são necessários intervenções multifatoriais nos diversos fatores de riscos modificáveis, tendo como principal

estratégia de intervenção as ações de educação em saúde, orientação e conscientização do usuário.

Limitações do estudo

Se configuraram como limitação do estudo a realização da pesquisa somente com usuários da zona urbana, restringindo a delimitação geográfica da amostra em Delmiro Gouveia-AL. Desta forma, novas pesquisas são recomendadas para identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares, assim como intervir junto à equipe para a promoção da saúde, prevenção de agravos nos usuários vinculados às unidades de saúde.

Contribuições para Enfermagem

Compreender a relação entre os determinantes sociais de saúde e os riscos de desenvolvimento de DCV possibilita identificar os impactos que estas exercem no desempenho, na saúde física e mental do usuário, bem como analisar os fatores que interferem mais fortemente no aparecimento das mesmas e na qualidade de vida desse indivíduo. Além disso, essa compreensão fundamenta a elaboração de estratégias para prevenir o adoecimento populacional, a sobrecarga do sistema de saúde e contribuir na qualidade de vida.

A estratégia de Saúde da Família permite uma maior criação de vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, sendo assim, durante a consulta de enfermagem é possível uma maior abertura entre o paciente e o profissional facilitando uma conversa franca sobre a rotina, o estilo de vida, o nível de conhecimento, as crenças e preferências do paciente que irão perpassar por diversas camadas dos determinantes sociais de saúde permitindo ao profissional a compreensão de como esses fatores influenciam na saúde do usuário. Tal compreensão é ponto fundamental para que o profissional realize a implementação do cuidado longitudinal para reduzir os fatores de risco cardiovasculares e auxiliar na autonomia e no autocuidado do paciente.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo realizado em 11 UBS do município de Delmiro Gouveia, Alagoas, Brasil, buscou avaliar as doenças cardiovasculares e fatores associados em indivíduos onde os resultados demonstraram que entrevistados que apresentaram DCV foram, em sua maioria, aqueles que apresentavam comorbidades prévias relacionadas a HAS e a DM e também aqueles que referiram um estilo de vida menos saudável, indicando o que pode se configurar como fatores de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares, tais como: idade mais avançada; menor nível de escolaridade; falta de saneamento básico; problemas relacionados a alimentação; classificação autorreferida da saúde como regular, ruim ou muito ruim; rotina estressante; e a presença de doenças crônicas.

Os resultados deste estudo podem repercutir nas ações de vigilância em saúde e favorecer a atuação do enfermeiro e da equipe de saúde incentivando o autocuidado e a mudança dos fatores de riscos modificáveis por meio de estratégias de educação em saúde e psicoeducativas. Nesse contexto, é fundamental destacar a realização de pesquisas com essa finalidade para traçar o perfil de indivíduos com essas patologias, a fim de direcionar de forma efetiva as ações dos profissionais e implementar condutas que alcancem a efetividade na minimização das consequências atreladas a DCV.

Por fim, é importante ressaltar a importância do incentivo estatal na promoção de políticas de saúde pública associadas as políticas sociais e econômicas, o compromisso profissional das equipes de saúde na promoção do cuidado e de ações e estratégias educativas e de conscientização da população sobre os hábitos de vida, como também, o incentivo ao interesse, autonomia e autocuidado do usuário para adoção de medidas de redução dos fatores de risco para DCV e a adesão ao tratamento para evitar o agravamento das mesmas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carlos; DUARTE, Rui; CARVALHO, Davide. Nova abordagem para o tratamento da diabetes: da glicemia à doença cardiovascular. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 1, p. 53-63, 2019.
- AGUIAR, Yasmin Martins *et al.* Perfil epidemiológico das internações e óbitos por doenças cardiovasculares no nordeste do Brasil antes e durante a pandemia do Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e590111436850-e590111436850, 2022.
- BALBINO, Carlos Marcelo *et al.* Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. **Research, Society and Development**, v. 9, n.7, e389974230, 2020.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- BATISTA, Gabriella Farias *et al.* Principais fatores que influenciam na adesão do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e26311124760-e26311124760, 2022.
- BILIBIO, Elaine Claudia Farineli *et al.* Saneamento básico um direito fundamental da população. **Percurso**, v. 2, n. 39, p. 243-251, 2021.
- BORTOLETTO *et al.* **Proibir refrigerantes em escolas - um passo importante para frear a obesidade.** Disponível em: Acesso em: 14 de maio de 2023.
- BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
- _____. Caderno de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS/MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def/2017-CID_10-Capitulos_I00-I99; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def>.
- _____. Ministério da Saúde. **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel.** 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>.
- _____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos.** Brasília, MS: MS; 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde do adulto: Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de atenção básica.** Ed. Ministério da Saúde. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.** VIGITEL Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre

frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 131 p.

BRESSAN, Glaucia Maria; DE AZEVEDO, Beatriz Cristina Flâmia; DE SOUZA, Roberto Molina. Métodos de classificação automática para predição do perfil clínico de pacientes portadores do diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Biometrics**, v. 38, n. 2, p. 257-273, 2020.

BURKE, Gordon M, *et al.* Temporal associations between smoking and cardiovascular disease, 1971 to 2006 (from the Framingham Heart Study). **Am J Cardiol** 2017; 120:1787-91.

CAMPOS, Ana Cristina. IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019. **Agência Brasil**, p. 2020-11, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019>

CÉSAR, Dayana Furtado; PAIVA, Mônica Diógenes de Souza. Perfil epidemiológico da diabetes mellitus e a sua relação com a saúde bucal. 2022.

COBAS R, *et al.* **Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-2, ISBN: 978-65-5941-622-6.

CORDEIRO, Daniel Galdino; SARINHO, Ana Maria Maciel. Prescrição de exercícios para idosos com doenças cardiovasculares. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 1, p. e412628-e412628, 2023.

CORREIA, Thamires Maciel. **Qualidade de vida de usuários com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde: caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.

CUNHA, Laísa Cristina Camões *et al.* Risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos acompanhados em uma unidade básica de saúde. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 1-18, 2023.

DA SILVA, Alda Pereira, *et al.* Characterization of Portuguese Centenarian Eating Habits, Nutritional Biomarkers, and Cardiovascular Risk: A Case Control Study. **Oxid Med Cell Longev**, 2018 doi:10.1155/2018/5296168

DA SILVA PAMPOLHA, Clevia *et al.* Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Obesidade. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, v. 2, p. e202320010-e202320010, 2023.

DA SILVA, Matheus Vinicius Barbosa *et al.* Efeitos dos determinantes sociais da saúde na hipertensão: uma revisão sob a luz do modelo de Dahlgren e Whitehead. **Journal of Education Science and Health**, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2023.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health [recurso eletrônico]. **Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier**, 2007, 69p. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma Nova Disciplina: O Direito Sanitário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 1988.

DE ALMEIDA, Rafael Braga; ÁLVARES, Alice da Cunha Morales. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Revista De Iniciação Científica E Extensão**, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/256/197>.

DE ANDRADE, Edyellen Blenda Rodrigues; GOMES, Andrea Ferreira. FRUTOTERAPIA-FRUTAS QUE AUXILIAM NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS-UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 1, p. e413622-e413622, 2023.

DE CASTRO OLIVEIRA, Rebeca *et al.* Fatores associados ao comportamento sedentário de diabéticos e hipertensos da atenção básica em Pernambuco. **Motricidade**, v. 16, n. 2, p. 212-224, 2020. [ip5]

DE LA SALUD, PROMOCIÓN. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. **Ginebra: OMS**, p. 559-568, 1986.

DE MEDEIROS, Luciano Silveira Pacheco *et al.* O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: um olhar da Antropologia da Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e267101220250-e267101220250, 2021.

DE OLIVEIRA MACEDO, Paloma *et al.* Perfil sociodemográfico e determinantes sociais da coinfeção tuberculose-HIV no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e5311729481-e5311729481, 2022.

DE OLIVEIRA, Maria Júlia Inácio; DO ESPÍRITO SANTO, Eniel. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 2, p. 07-24, 2013.

DE SOUZA MUNIZ, Germana Cely Medeiros *et al.* Hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família: uma reflexão sobre a ótica dos determinantes sociais da saúde Hypertension and diabetes in the family health strategy: a reflection on the social determinants of health. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 34172-34184, 2022.

DE SOUZA, Victor Carneiro *et al.* Influência dos fatores psíquicos e emocionais negativos no surgimento de doenças cardiovasculares: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7461-e7461, 2021.

DSBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017. 383p. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

DUARTE, Pattyelle Alves; PEREZ, Iara Maria Pires. FATORES DE RISCO EM PACIENTES ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 1, n. 1, 2022.

FERNANDES, Renata Cordeiro *et al.* Sobrepeso e obesidade entre mulheres e associação com características demográficas e obstétricas entre usuárias de uma unidade de saúde especializada. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e31010384, 2023.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza *et al.* Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

FIALHO, Marcelito Lopes *et al.* Fatores de riscos à saúde por ingestão excessiva de refrigerantes e as suas principais doenças causadas ao ser humano. **Intraciência, Guarujá**, n. 17, p. 1-17, 2019.

FRANCO, Adriana Cristina *et al.* Perfil sociodemográfico de portadores de Diabetes Mellitus e hipertensão arterial de uma comunidade religiosa. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 3, p. 62-72, 2021. [ip1] DOI10.32811/25954482-2021v4n3p62

GOMES, Jorhanna *et al.* OS EFEITOS NOCIVOS DO CIGARRO AUMENTAM O RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES. **Revista Brasileira de Biomedicina**, v. 3, n. 1, 2023.

HATA, Marithza Mayumi *et al.* Análise do perfil epidemiológico de óbitos por doenças cerebrovasculares em residentes do estado do Paraná no período de 2008 a 2017. **Fag Journal of Health (FJH)**, v. 1, n. 3, p. 209-215, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i3.126>

ISTILLI, Plinio Tadeu *et al.* Os determinantes sociais e a mortalidade prematura por doença crônica não transmissível: um scoping review. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020. [ip2] DOI:10.4025/ciencucuidsaude. V19i0.50398

JAYME, Isabela Fonseca *et al.* Associação entre o consumo de álcool e o nível de atividade física com fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. Trabalho de iniciação científica. 2023.

KELLER, Nathalia Guimarães. **O consumo de sal entre pacientes cardiopatas em acompanhamento ambulatorial**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso.

KNUTH, Alan G.; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200363, 2021. [ip6] DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>

LACERDA, Marianna Sobral *et al.* Fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e qualidade de vida de ingressantes da graduação de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

LEÃO, Flávia Pâmela Miguins Evangelista. O perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde do bairro Infraero no município de Oiapoque. Trabalho de Conclusão de Curso. 2020.

LEITÃO, Veronica Batista Gomes *et al.* Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200028, 2020.

LEME, Mariana Vieira; MAZLOUM, Maria Clara Fernandes. A Dependência do Álcool e Sua Relação com o Indivíduo. Trabalho de Conclusão de Curso. 2022.

LIMA, Dhayanna Cardoso *et al.* Educação em saúde como ferramenta na prevenção de doenças cardiovasculares no Programa de Atenção à Saúde do Idoso. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e079107382-e079107382, 2020.

LIMA, Eliana Késia da Silva; LIMA, Maria Raquel da Silva. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus em pacientes da atenção primária à saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 2022. Disponível em:

LIMA, Ivonilde Bezerra da Silva Oliveira *et al.* Inovação na prevenção de doenças cardiovasculares a partir da alimentação saudável. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 80508-80525, 2020.

LUZ, Tamires Conceição da *et al.* Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3921-3932, 2020.

MASSA, Kaio Henrique Correa; DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; CHIAVEGATTO, Alexandre Dias Porto. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 105-114, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NOVAES, Elisiane Soares *et al.* Perfil obstétrico de usuárias do sistema único de saúde após implantação da rede mãe paranaense. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1436-44, 2015.

OLIVEIRA, Tatiana da Silva; MONTEIRO, Daiane da Rosa; CAVATÁ, Tábata de. Pacientes portadores de dano crônico não transmissível: fatores que favorecem a adesão ao tratamento. **Research, society and development**. Itabira. Vol. 9, no. 11 (2020), e1589119695, 16 p., 2020. [ip4]

O'KEEFE, Evan L., *et al.* Alcohol and CV health: Jekyll and Hyde J-curves. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 61, n. 1, p. 68-75, 2018.

PIRES, Maiara Perroni *et al.* Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira: prevalência, perfil sociodemográfico e de estilo de vida. Trabalho de Conclusão de Curso. 2021.

POLLOCK, Richard Lee. The effect of green leafy and cruciferous vegetable intake on the incidence of cardiovascular disease: A meta-analysis. **JRSM Cardiovascular Disease**, v. 5, 2048004016661435. <https://doi.org/10.1177/2048004016661435>.

QUEIROZ, Luccas Fernandes *et al.* Perfil epidemiológico de portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus do bairro martins no município de Rio Verde/GO/Epidemiological profile of patients with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in the martins district of Rio Verde/GO. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 87113-87126, 2020.

RIBEIRO, Asaph Lucas Cunha *et al.* Qualidade de vida e o imc alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática. **Educação física para grupos especiais: exercício físico como terapia alternativa para doenças crônicas**, v. 1, n. 1, p. 122-132, 2021.

RODRIGUES, Mariana Prates de Andrade. Avaliação do impacto da Atenção Básica nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em municípios da Bahia. Trabalho de Conclusão de Curso. 2014.

ROMBALDI, Airton José *et al.* Fatores associados ao consumo regular de refrigerante não dietético em adultos de Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** 2011;45 (2): 382-90.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde.** 8ªed. Rio de Janeiro: Medbook, 2021.

SANTANA, Gibson Barros de Almeida *et al.* Tendência temporal da mortalidade por doenças isquêmicas do coração no nordeste brasileiro (1996–2016): uma análise segundo gênero e faixa etária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, p. 51-60, 2021.

SANTOS, Taisa Tatiana de Souza *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral. **Journal of Nursing & Health**, v. 11, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19369>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. **Alamedas**, v. 8, n. 2, p. 178-180, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, supl. 3, p.1-103, set, 2016.

_____. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 103, 2016.

TOLEDO, Noeli das Neves *et al.* Cardiovascular risk factors: differences between ethnic groups. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180918, 2020.

VANDERLEY, Ana Caroliny Nunes; ROCHA, Marillia Gabriella Cajueiro; DE VARGAS, Débora Regina Madruga. Perfil epidemiológico dos pacientes com diabetes mellitus atendidos pelo SAMU no município de araguaína – to no ano de 2019. **EXTRAMUROS-Revista de Extensão da UNIVASF**, v. 11, n. 1, p. 90-108, 2023.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. 05| Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença. 2012.

WIRTH, Marcia. Consumo de sucos e refrigerantes: um risco maior para crianças e adolescentes. Sistema Integrado de informação em Saúde. **In matéria**, 2010.

WHO (World Health Organization). World Health Statistics - Monitoring Health for the SGD's, Sustainable Development Goals. **Genebra: World Health Organization**; 2018. P.100

World Health Organization. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.** World Health Organization. Geneva; 2020. 104 p.

_____, NUT; OBESITY, N. C. D. Preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation on obesity.** **Geneva: WHO**, p. 17-40, 1997.

WOLK, Alicja. Potential health hazards of eating red meat. **Journal of Internal Medicine**, volume 281, ed2, p.106-122. 2017. <https://doi.org/10.1111/joim.12543>

APÊNDICE

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS USUÁRIOS DAS 11 UBS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PORTADORES DE HIPERTENSÃO, DIABETES OU OBESIDADE NO MUNICÍPIO DE DELMIRO GOUVEIA, ALAGOAS, BRASIL.

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

Nome completo: _____

Telefone para contato: () _____

1. Qual sua idade: _____
2. Sexo: Masculino () Feminino () Outro: _____
3. A sua cor ou raça é: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Não sabe () Não quis informar ()
4. Qual seu estado civil? Solteira/o () Casada/o legalmente () Tem união estável há mais de seis meses () Viúvo () Separado(a) ou Divorciada/o () Não quis informar ()
5. Qual o seu grau de instrução? Analfabeto(a) () E. Fundamental 1 incompleto () E. Fundamental 1 completo/ E. Fundamental 2 incompleto () E. Fundamental 2 completo/ E. médio incompleto () E. Médio completo/superior incompleto () Superior completo ()

CONDIÇÕES DE VIDA E HABITAÇÃO

6. Qual a sua renda domiciliar média? _____
7. A água utilizada em seu domicílio é de: Rede geral de distribuição () Poço ou nascente () Outro: _____
8. No seu domicílio existe coleta de lixo e tratamento de esgoto? Sim, ambos () Não, apenas tratamento de esgoto () Não, apenas coleta de lixo () Não, nenhum dos dois ()

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

9. Peso: _____
10. Altura: _____
11. IMC: _____
12. Pressão arterial: _____

RISCO CARDIOVASCULAR E OBESIDADE ABDOMINAL

13. Circunferência da cintura: _____
14. Circunferência do quadril: _____
15. RCQ: _____
16. RCA: _____

DADOS NUTRICIONAIS

17. 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 ()

18. 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 () Nunca ()
19. Num dia comum, o(a) sr.(a) come salada: No almoço () No jantar () No almoço e no jantar () Nunca ()
20. 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 () Nunca ()
21. Quando o(a) sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr.(a) costuma: Tirar sempre o excesso de gordura () Come com a gordura () Não come carne vermelha com muita gordura ()
22. 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 () Nunca ()
23. 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 () Nunca ()
24. 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 () Nunca ()
25. 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 () raramente come frutas ()
26. 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 () Nunca ()
27. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou + () Não sabe ()
28. 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 () Nunca ()
29. Em quantos dias da semana o sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? 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 ()
30. Num DIA comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come doces? 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ou mais ()
31. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? 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 ()
32. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o sr.(a) acha que o seu consumo de sal é: Muito alto () Alto () Adequado () Baixo () Muito baixo ()
33. O(a) sr.(a) tem adotado alguma medida para reduzir o seu consumo de sal? Sim () Não ()
34. Qual medida o(a) sr.(a) tem adotado para reduzir o consumo de sal: Reduzir a adição de sal no preparo () Reduzir a adição após o preparo () Reduzir o consumo de alimentos industrializados () Não costumo preparar alimentos em casa (RESPOSTA ESPONTÂNEA) ()

ETILISMO

35. O(a) sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica? Sim () Não () Não quis informar ()
36. Com que frequência (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 ()
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 () Não ()
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 ()
39. Em quantos dias do mês isto ocorreu? 1 dia no mês () 2 dias no mês () 3 dias no mês () 4 dias no mês () 5 dias no mês () 6 dias no mês () 7 dias no mês ou mais () Não sabe ()

ATIVIDADES FÍSICAS DO DIA A DIA

40. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? Sim () Não ()
41. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?

42. O(a) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? Sim () Não ()
43. 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) ()
44. No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? Menos de 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
45. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) trabalhou fora de casa? Sim () Não ()
46. No seu trabalho, o(a) sr.(a) anda bastante a pé para área? Sim () Não ()
47. No seu trabalho, o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada? Sim () Não () Não sabe ()
48. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho? _____
49. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar? (Em minutos ou horas):

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 ()
51. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? Menos de 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) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola? Sim () Não () Não quis informar ()
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 ()
54. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? Menos de 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(a) Eu com outra pessoa
Outra pessoa
56. A parte mais pesada da faxina fica com: O sr(a) Outra pessoa Ambos
57. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) sr.(a) realiza faxina da sua casa?

58. E quanto tempo costuma durar a faxina? (Em horas ou minutos): _____
59. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão? Menos de 1 hora Entre 1 e 2 horas Entre 3 e 4 horas Entre 5 e 6 horas 6 horas ou mais Não assiste televisão

TABAGISMO

60. Atualmente, o(a) sr.(a) fuma? Sim, diariamente Sim, mas não diariamente Não
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. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr.(a) costuma fumar dentro de casa? Sim Não Não quis informar
63. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr.(a) trabalha? Sim Não Não quis informar

DADOS CLÍNICOS - ESTADO DE SAÚDE

64. O(a) sr.(a) classificaria seu estado de saúde como: Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
65. O sr.(a) descreve seu estilo de vida como: Livre de estresse Com pouco estresse Estressante Muito estressante Não sabe Não quis informar
66. Algum membro de sua família foi diagnosticado com uma doença cardiovascular? (Considerar mãe, pai, irmãos e filhos) Sim Não Não sabe
67. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta? Sim Não Não sabe
68. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta? Sim Não Não quis informar
69. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes? Sim Não Não lembra
70. (Se mulher) O diabetes foi apenas quando estava grávida? Sim Não Nunca engravidou Não lembra Não se aplica
71. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevado? Sim Não Não sabe/não lembra
72. Existe perto de sua casa, algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte? Sim Não Não sabe
73. O(a) sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico? Sim, apenas 1 Sim, mais de um Não Não quis informar

DADOS CLÍNICOS - COMPLICAÇÕES

74. O(A) senhor(a) já foi diagnosticado com uma doença cardiovascular? Sim Não Não sabe
75. Qual(is) doenças cardiovasculares o(a) senhor(a) foi diagnosticado(a)? _____
76. Em que ano você foi diagnosticado com doença cardiovascular? _____
77. Como está hoje em relação ao diagnóstico de doença cardiovascular? Em tratamento Curado Não sabe informar
78. O(A) senhor(a) precisou ser internado em decorrência da doença cardiovascular? Sim Não Não sabe

79. Quantas vezes o(a) senhor(a) precisou ser internado em decorrência da doença cardiovascular nos últimos doze meses? _____

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia – Alagoas, dos seguintes pesquisadores: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira (Coordenadora do Projeto, Professora da UFAL e Pesquisadora Principal); A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a desenvolvimento das ações (intersetoriais) de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família para melhorar a sua saúde e evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares;
2. A importância deste estudo está na melhoria das condições de vida e saúde (e qualidade de vida) da pessoa com hipertensão, diabetes e obesidade do município de Delmiro Gouveia – AL;
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: desenvolvimento e análise das ações intersetoriais implantadas na USF/ESF para melhoria das condições de vida e saúde (e qualidade de vida) da pessoa com hipertensão, diabetes e obesidade do município de Delmiro Gouveia – AL e prevenção das doenças cardiovasculares
4. A coleta de dados começará em maio/2021 e terminará em abril /2023;
5. O estudo será feito da seguinte maneira: 1) Triagem: verificação da pressão arterial e medidas antropométricas (altura, cintura, quadril); 2) Aplicação do questionário on line: coleta de dados via Google drive feitas pelo pesquisador com perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, hábitos sobre alimentação, atividades físicas, etilismo, fumo, condições de saúde.
6. A sua participação acontecerá nas duas etapas supracitadas (item 5). O tempo necessário para sua participação será de 30 minutos. O conteúdo automaticamente gravado no banco de dados e, após análise dos dados, serão armazenados em local (drive) específico desta pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora principal e, após o período de 5 anos serão descartados.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: pode ocorrer o risco de reviver lembranças ruins e emoções relacionadas ao estresse do processo de trabalho e de adoecimento, causando desconforto emocional. Minimização dos riscos da pesquisa: caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência da pesquisadora e da orientadora da pesquisa. Se necessário, será providenciado encaminhamento para atendimento com

profissional psicólogo da UBS da localidade;

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, são: identificação das práticas intersetoriais voltadas para a prevenção e controle da saúde da população com hipertensão, diabetes e obesidade do município de Delmiro Gouveia – AL. Estratégias para alcance dos benefícios: execução da pesquisa: efetivação das práticas intersetoriais, e melhoria boas condições de vida e saúde da pessoa com hipertensão, diabetes e obesidade;

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: encaminhamento do participante da pesquisa para atendimento no SUS, de acordo com o incômodo apresentado, sendo responsável(is) por ela: Enfermeira e Profa. Dra. Keila Oliveira;

10. Você será informado(a) do resultado da pesquisa e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, durante as rodas de conversas que você estará participando, para apresentação dos resultados parciais e finais (retorno aos participantes).

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização;

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você;

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal);

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos;

Eu _____, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió, Alagoas, 57072-900

Complemento: Escola de Enfermagem – EENF/UFAL

Cidade/CEP: Maceió 57072-900

Telefone: (82)3214-1006

Ponto de referência: Atrás da Biblioteca (Campus A. C. Simões)

Contato de urgência: Sr(a). Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió, Alagoas, 57072-900

Complemento: Escola de Enfermagem – EENF/UFAL

Cidade/CEP: Maceió

Telefone: (82)3214-1006

Ponto de referência: Atrás da Biblioteca (Campus A. C. Simões)

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, 21 de novembro de 2021.

ANEXO B: – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UFAL DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Ações intersetoriais para Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: estudo de intervenção para prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia - Alagoas

Pesquisador: KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40198820.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.040.434

Apresentação do Projeto:

o presente estudo tem como objetivo avaliar as ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde quanto a prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares no município de Delmiro Gouveia. Trata-se de um estudo intervencionista, com abordagem quanti- qualitativa, a ser realizado com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Atenção Básica e/ou na Estratégia Saúde da Família (ESF) com técnicos da gestão, trabalhadores, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e representantes da Sociedade Civil do município de Delmiro Gouveia – AL. A investigação se desenvolverá em 3 etapas: 1) identificação e avaliação dos fatores de risco presentes nessa população para doenças cardiovasculares; 2) implementação de ações intersetoriais voltadas para a prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares; 3) avaliação das ações intersetoriais implementadas no município de Delmiro Gouveia. O tratamento e análise dos dados coletados sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários das unidades básicas de saúde e (UBSs) e da ESF e que apresentarem fatores de risco prevalentes para doenças cardiovasculares em Delmiro Gouveia - AL, será feito com utilização de Software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS. Serão utilizadas rodas de conversa em todas as Unidades Básicas de Saúde e/ou da Estratégia Saúde da Família (8) definidas para esse estudo como técnica de coleta dos dados qualitativos, com registros em áudio, para posterior transcrição. A análise dos dados será por meio análise de conteúdo, na modalidade

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

da temática, realizada com auxílio do Software Nvivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde quanto a prevenção e controle dos fatores de riscos para as doenças cardiovasculares no município de Delmiro Gouveia

Objetivo Secundário:

- Mapear os cenários intersetoriais no Município de Delmiro Gouveia;- Elaborar um diagnóstico situacional e planejamento estratégico para implementação das ações intersetoriais;- Implementar as ações intersetoriais no Município de Delmiro Gouveia;- identificar as possibilidades para o avanço das propostas de ações intersetoriais na ESF para prevenção e controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, através do compartilhamento de experiências, bem como da identificação de fatores facilitadores e restritivos à operacionalização da intersetorialidade em saúde. -

Identificar as características sociodemográficas e epidemiológicas da população adscrita, cadastradas nas Unidades de Saúde, com obesidade, hipertensão e diabetes e que apresentem relação com as doenças cardiovasculares; -

Analisar as condições de vida e saúde das pessoas com obesidade, hipertensão e diabetes e a relação com as doenças cardiovasculares; -

Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário pela equipe de saúde da família;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Riscos: Pode ocorrer o risco reviver lembranças ruins e emoções relacionadas ao estresse do processo de trabalho e de adoecimento, causando desconforto emocional. -

Minimização dos riscos da pesquisa: Caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do pesquisador e do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo da UBS da localidade,

Benefícios:

-Benefícios: identificação das práticas intersetoriais voltadas para a prevenção e controle da saúde da população com hipertensão, diabetes e obesidade do município de Delmiro Gouveia – AL - Estratégias para alcance dos benefícios: execução da pesquisa : efetivação das práticas

intersetoriais, Publicações de livros, manuais e artigos em periódicos relevantes com os resultados

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

da pesquisa, apresentação dos resultados para o município

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificar alteração (es) mencionadas:

Trata-se de um projeto guarda-chuva, cuja proposta metodológica inclui pesquisa- intervenção, culminando em novos desdobramentos que apontam para pesquisas a serem desenvolvidas. Como essa pesquisa está vinculada ao PPSUS e PIBIC, diante da riqueza do campo e do objeto de pesquisa, comunico que darei continuidade a essa pesquisa no município tanto para submissão do PIBIC (vinculado a este PPSUS), quanto para renovação do PPSUS, dando continuidade a essa pesquisa. Esse é o motivo para solicitação de prorrogação do prazo da pesquisa por mais dois anos.

Outros fatores relacionados aos acréscimos dos objetivos específicos estão relacionados ao fato deste estudo possibilitar a produção de Trabalhos de Conclusões de Cursos (TCC), dissertação de mestrado, Tese de doutorado, Pós-doutoramento. Em relação aos novos integrantes, desde P á g i n a 3 | 3 2021, após a submissão do projeto na plataforma Brasil, novos integrantes ingressaram ao grupo e já estão inseridos no sistema da Fapeal. Contudo, deixei para fazer as alterações de uma só vez, nessa emenda. A intenção é deixar totalmente atualizado este projeto de pesquisa junto a este CEP, e poder dar continuidade a esta importante pesquisa para o SUS em Alagoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Outros Danilo_.pdf

Outros Marcos_.pdf

Outros Micneias_.pdf

Outros Celia_.pdf

Cronograma CRONOGRAMA.docx

Outros Keila_Carta_Anuencia_Institui_PPSUS_2020.pdf

Outros Sarah_.pdf

Outros Marianna_Victoria_.pdf

Outros Viviane_Santana_.pdf

Outros Danielly_.pdf

Outros a_INSTRUMENTO_COLETA_RODA_DE_CONVERSA_1a_ETAPA.docx

Outros Kelly_.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

REVISADO_PPSUS_TCLE_.pdf

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Folha de Rosto Keila_Folha_Rosto_PPSUS_2020.pdf
 Outros Lucas_.pdf
 Outros Ruth_Trindade_.pdf
 Outros Lenira_.pdf
 Outros Emenda_Keila.pdf
 Outros Fernanda_.pdf
 Outros Roberta_Feitosa_.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_REPRESENTANTE_SOCIEDADE_CIVIL.pdf
 Outros Roberto_Oscar_.pdf
 Outros Janaina_.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_1_TRABALHADOR_SAUDE.docx
 Declaração de Instituição e Infraestrutura ANUENCIA_SMS.pdf
 Declaração de Pesquisadores comassinatura_digitalizada_Declara_cumprimento_normas_publiciza.pdf
 Outros Geovanio_.pdf
 Outros Jean_Toscano_.pdf
 Projeto Detalhado / Brochura Investigador PROJETO_PPSUS_ACOES_INTERSETORIAIS_2021_2023.pdf
 Outros Resposta_CEP_Pesquisa_PPSUS.pdf
 Outros ROTEIRO_ENTREVISTA_USUARIO_SUS.docx
 Outros a_Formulario_Coleta_dados_ABORDAGEM_QUANTITATIVA.pdf
 Outros Lais_.pdf
 Comprovante de Recepção PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1662251.pdf
 Declaração de Instituição e Infraestrutura termo_de_compromisso_SMS_DELMIRO_GOUVEIA.pdf
 Outros Ahirna_.pdf
 Outros Keila_Carta_Anuencia_Chefia_PPSUS_.pdf
 Orçamento ORCAMENTO_PPSUS.docx
 Outros Roberta_Zaninelli_.pdf
 Outros Eliza_.pdf
 Data de Submissão do Projeto: 22/03/2023 Nome do Arquivo:PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1949117

Recomendações:

Não Há

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_194911	22/03/2023		Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Básicas do Projeto	_E1.pdf	17:29:13		Aceito
Outros	Emenda_Keila.pdf	22/03/2023 17:19:43	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Marianna_Victoria_.pdf	16/04/2021 18:37:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Roberto_Oscar_.pdf	16/04/2021 18:37:09	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Celia_.pdf	16/04/2021 18:36:35	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Danielly_.pdf	16/04/2021 18:36:00	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Janaina_.pdf	16/04/2021 18:34:38	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lais_.pdf	16/04/2021 18:33:58	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lenira_.pdf	16/04/2021 18:33:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ruth_Trindade_.pdf	16/04/2021 18:32:41	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Ahirna_.pdf	16/04/2021 18:31:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Eliza_.pdf	16/04/2021 18:31:02	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Geovanio_.pdf	16/04/2021 18:30:36	KEILA CRISTINA PEREIRA DO	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Outros	Geovanio_.pdf	16/04/2021 18:30:36	NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Sarah_.pdf	16/04/2021 18:28:40	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Roberta_Zaninelli_.pdf	16/04/2021 18:22:41	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Resposta_CEP_Pesquisa_PPSUS.pdf	16/04/2021 18:02:39	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	a_Formulario_Coleta_dados_ABORDAG EM_QUANTITATIVA.pdf	16/04/2021 17:58:31	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_REPRESENT ANTE_SOCIEDADE_CIVIL.pdf	16/04/2021 17:57:49	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	com_assinatura_digitalizada_Declara_c umprimento_normas_publiciza.pdf	16/04/2021 17:56:10	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	REVISADO_PPSUS_TCLE_.pdf	16/04/2021 17:54:19	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PPSUS_ACOES_INTERSE TORIAIS_2021_2023.pdf	16/04/2021 17:53:59	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/11/2020 20:25:22	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PPSUS.docx	17/11/2020 20:25:08	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_USUARIO_S US.docx	17/11/2020 18:49:23	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_1_TRABALH	17/11/2020	KEILA CRISTINA	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.040.434

Outros	DOR_SAUDE.docx	18:48:35	PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	a_INSTRUMENTO_COLETA_RODA_D E_CONVERSA_1a_ETAPA.docx	17/11/2020 18:48:05	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SMS.pdf	16/11/2020 14:09:57	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_compromisso_SMS_DELMIR O_GOUVEIA.pdf	16/11/2020 14:06:57	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Keila_Carta_Anuencia_Institui_PPSUS_2020.pdf	16/11/2020 14:05:04	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Keila_Carta_Anuencia_Chefia_PPSUS_.pdf	16/11/2020 14:02:43	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Keila_Folha_Rosto_PPSUS_2020.pdf	16/11/2020 13:55:31	KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 04 de Maio de 2023

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br