



INSTITUTO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS
DE LA VIDA Y DE LA NATURALEZA (ILACVN)

SALUD COLECTIVA

UNIVERSIDAD FEDERAL DE LA INTEGRACIÓN LATINOAMERICANA

SALUD COLECTIVA

LOREN MILAGROS SALAZAR CARDOZA

**CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES
PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
ADULTOS MAYORES DE UN BARRIO DE FOZ DE IGUAZÚ.**

UNILA
Universidade Federal
da Integração
Latino-Americana

FOZ DE IGUAZÚ

2016

LOREN MILAGROS SALAZAR CARDOZA

**CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
COMPORTAMENTALES PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DE UN BARRIO
DE FOZ DE IGUAZÚ**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, como requisito parcial para la obtención del título de Bachiller en Salud Colectiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra.

Co-orientadora: Profa. Ma. Alessandra Cristiane Sibim.

FOZ DE IGUAZÚ

2016

LOREN MILAGROS SALAZAR CARDOZA

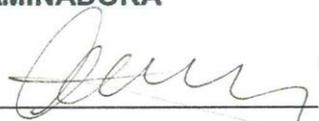
**CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO
COMPORTAMENTALES PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DE UN BARRIO
DE FOZ DE IGUAZÚ**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, como requisito parcial para la obtención del título de Bachiller en Salud Colectiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra.

Co-orientadora: Profa. Ma. Alessandra Cristiane Sibim.

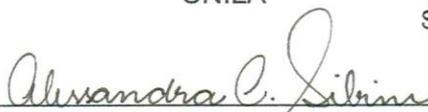
BANCA EXAMINADORA



Orientador: Prof. Dra. Carmen Justina Gamarra
Carmen Justina Gamarra

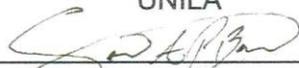
UNILA

Docente UNILA
SIAPE 29421850



Prof. Ma. Alessandra Cristiane Sibim

UNILA



Prof. Dr. Gleisson Pereira Brito

UNILA

Foz de Iguazú, 11 de julio de 2016.

A mi mamá y a mi hermana, por todo el amor que me dan, por el incentivo, el apoyo constante y porque son mi reconforto.

A mami Carmen y a mi tía Camu, por el cariño y la alegría que me brindan.

A mis amigos Yansy, Juan, Gisse, Andreia, Beto, por ese lugar especial que ocupan en mi vida.

A todos aquellos que de alguna forma estuvieron y están cerca de mí, inyectándole a la vida dosis de alegría.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi mamá y mi hermana por estar siempre para mí, por todo ese amor y confianza que me tienen, por todo el aliento que me dan, siempre reconfortándome y haciéndome sentir tan afortunada.

A mi madrina y mi abuelita, por el cariño y amor que me brindan así como ese apoyo incondicional.

A la profesora Carmen Gamarra por su orientación no solo como profesora sino también como amiga, por ayudarme a crecer académicamente, por incentivar me a pensar de forma positiva, por su cariño y por enseñarme que siempre una sonrisa es mejor.

A mis mejores amigos Juan, Yansy, Gisse, Andreia y Beto por esa complicidad y por demostrarme de muchas maneras el aprecio que me tienen.

A Fabricio, por su apoyo constante, *parceria*, cariño y paciencia en los momentos más arduos de este trabajo y de la graduación.

A la profesora Alessandra Sibim por el cariño, la amistad y por darle siempre a este trabajo el retoque final con su orientación.

A la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, al Programa de Iniciación Científica, por la oportunidad.

Agradezco también a todos los profesores que me acompañaron durante la graduación.

A la Unidad de Salud de la Familia de Vila C Velha, la enfermera Karina Milanesi, los Agentes Comunitarios de Salud, por la colaboración y disposición.

A los adultos mayores que participaron de la pesquisa, por su colaboración y por hacer del trabajo de campo una experiencia única.

*Nunca olvides que basta una persona
o una idea para cambiar tu vida para
siempre, ya sea para bien o para mal.*

Jackson Brown

CARDOZA, Loren. **Conocimientos sobre factores de riesgo comportamentales para las principales enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores de un barrio de Foz de Iguazú.** 2016. 73 pág. trabajo de conclusión de curso Salud Colectiva – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz de Iguazú, 2016.

RESUMEN

El impacto de las enfermedades y agravios no transmisibles sobre las sociedades humanas es creciente. Las principales enfermedades de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes y musculoesqueléticas. Son enfermedades multifactoriales relacionadas a factores de riesgo modificables como el tabaquismo; el consumo excesivo de bebidas alcohólicas; la obesidad; el consumo excesivo de sal, carbohidratos y lípidos, la inactividad física y la ingestión insuficiente de frutas y verduras. Las enfermedades no transmisibles inciden en la población adulta y particularmente en la población de adultos mayores de formas más intensa, generando consecuencias negativas para la calidad de vida de este grupo poblacional, provocando por tanto mayores gastos en la asistencia hospitalaria en salud. Este estudio tuvo como principal objetivo evaluar los conocimientos y las prácticas sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en la población de adultos mayores de un barrio de Foz de Iguazú, Paraná, que se encuentran registrados en la Estrategia de Salud de la Familia. Se realizó una encuesta domiciliar con personas de 60 años a más de edad, residentes en el barrio seleccionado. A partir de lista de registro de los adultos mayores, se seleccionó una muestra aleatoria simple. Los datos fueron digitalizados y analizados a través del programa Epi Info 7.0, siendo sometidos a técnicas estadísticas exploratorias y de análisis de asociación. El conocimiento sobre los factores de riesgo observado en este estudio fue satisfactorio (variando de 46.43% a 78.57%); sin embargo, como ha sido discutido en la literatura, el conocimiento ni siempre implica una práctica efectiva, lo que también es posible observar en este estudio. La práctica adecuada de alimentación, consumo de alcohol, actividad física y tabaquismo en el cotidiano de la vida de las personas va más allá de tener o no conocimiento sobre esos aspectos. Es preciso pensar en acciones de promoción de la salud llevando en consideración las características de las personas mayores y las características de la realidad nacional para así intentar garantizar el entendimiento efectivo de las

informaciones que se pretenden trabajar con foco en la apropiación del conocimiento y la práctica efectiva.

Palabras-clave: Conocimiento, Factores de riesgo, Adultos Mayores, Enfermedad crónica.

Knowledge and practices on risk factors for chronic diseases in the elderly in a neighborhood of Foz do Iguaçu, Paraná, enrolled in the Family Health Strategy.

Abstract

The impact of non-infectious diseases and disorders over human societies is increasing. The main diseases in this group are those of the cardiovascular system, cancer, chronic respiratory, diabetes and musculoskeletal. They are multifactorial disease related to modifiable risk factors such as smoking, excessive alcohol consumption, obesity, excessive salt intake, inadequate intake of fruit and vegetables and physical inactivity. Non-infectious diseases affect the adult population and particularly in a most intense way the elderly, bringing negative consequences for the quality of life of this group and leading to higher spending on health care. This study aimed to evaluate the knowledge and practices on risk factors for chronic non-infectious diseases in an elderly population of a neighborhood of Foz do Iguaçu, Paraná, enrolled in the Family Health Strategy. We conducted a household survey with people aged 60 years or older living in the same neighborhood. From the elderly list, was selected a simple random sample. Data were entered and analyzed using Epi Info 7.0 program, and analyzed with technical exploratory statistics and association analysis. Knowledge of the risk factors observed in this study was satisfactory (ranging from 46.43% to 78.57%); however, as has been discussed in the literature, knowledge does not always imply an effective practice, which can also be observed in this study. Proper feeding practice, alcohol consumption, physical activity and smoking in people's daily lives goes beyond whether or not having knowledge. It is essential to think on health promotion actions taking into account the characteristics of the elderly population and the national reality features to try to ensure the real understanding of the information to be worked and the appropriation of knowledge.

Keyword: Knowledge, Risk Factors, Aged, Chronic Disease.

Conhecimentos e práticas sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, em idosos de um bairro de Foz do Iguaçu, Paraná, adscritos à estratégia Saúde da Família.

Resumo

O impacto das doenças e agravos não transmissíveis sobre as sociedades humanas é crescente. As principais doenças deste grupo são as do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas. São doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos modificáveis como tabagismo; consumo excessivo de bebidas alcoólicas; obesidade; consumo excessivo de sal, carboidratos e lipídeos; ingestão insuficiente de frutas e verduras e inatividade física. As doenças não transmissíveis incidem sobre a população adulta e particularmente sobre os idosos de modo mais intenso, trazendo consequências negativas para a qualidade de vida desse grupo e provocando maiores gastos com assistência hospitalar em saúde. Este estudo teve como principal objetivo avaliar os conhecimentos e práticas sobre fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis, numa população idosa de um bairro de Foz do Iguaçu, Paraná, adscrita à estratégia Saúde da Família. Realizou-se um inquérito domiciliar com pessoas de 60 anos de idade ou mais residentes no bairro selecionado. A partir da listagem de idosos, selecionou-se uma amostra aleatória simples. Os dados foram tabulados e analisados através do programa Epi Info 7.0, sendo submetidos a técnicas estatísticas exploratórias e de análise de associação. O conhecimento sobre os fatores de risco observado neste estudo foi satisfatório (variando de 46.43% a 78.57%); porém, como tem sido discutido na literatura o conhecimento nem sempre implica uma prática efetiva, o que também é possível observar neste estudo. A prática adequada de alimentação, consumo de álcool, atividade física e tabagismo no cotidiano das pessoas vai além de ter ou não conhecimento desses aspectos. É preciso pensar nas ações de promoção da saúde levando em conta as características da população idosa e as características da realidade nacional para assim tentar garantir o entendimento real das informações a serem trabalhadas com foco na apropriação do conhecimento e prática efetiva.

Palavras-chave: Conhecimento, Fatores de Risco, Idoso, Doença Crônica.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Clasificación de la Presión Arterial adoptada por el Ministerio de Salud de Brasil.

Tabla 2 – Distribución según características socioeconómicas de la población de adultos mayores del barrio de Vila C Velha del municipio de Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Tabla 3 – Distribución de conocimiento adecuado sobre factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Tabla 4 – Distribución de la práctica de alimentación inadecuada, consumo nocivo de bebida alcohólica, sedentarismo y tabaquismo en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Tabla 5 – Práctica favorable de alimentación, consumo de bebida alcohólica, actividad física y tabaquismo en relación al conocimiento adecuado o inadecuado en adultos mayores del barrio de *Vila C*, Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Tabla 6 – Distribución de las puntuaciones medias de los conocimientos sobre factores de riesgo en adultos mayores del barrio de Vila C Velha, según variables socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

Tabla 7 – Porcentaje de enfermedad estratificado por sexo en adultos mayores del barrio de *Vila C Velha*, Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

Tabla 8 – Tipos de enfermedades estratificadas por sexo en adultos mayores del barrio de Vila C Velha, Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitarios de Salud.

CAP – Conocimientos, actitudes y prácticas.

ESF – Estrategia Salud de la Familia.

eSF – Equipo de Salud de la Familia.

PSF – Programa Salud de la Familia.

TCLE – Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

USF – Unidad de Salud de la Familia.

UNILA – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
Introducción	1
Objetivos	3
CAPÍTULO II	4
Revisión bibliográfica.....	4
Las principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles	4
Factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas.....	6
Conocimiento sobre los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles	7
Conceptos básicos	8
Modelo comportamental de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).....	8
Estrategia salud de la familia.....	9
CAPÍTULO III	11
Contexto del estudio	11
Municipio de Foz de Iguazú, Paraná, Brasil.....	11
Barrio Vila C Velha	11
CAPÍTULO IV	13
Material y métodos	13
Tipo de estudio	13
Población del estudio.....	13
Muestra	13
Tamaño de la muestra.....	14
Técnica e instrumento de estudio.....	14
Variables estudiadas.....	15
Análisis de los datos	16
Estudio piloto.....	16
Aspectos éticos.....	16
CAPÍTULO V	18
Resultados.....	18
Descripción de la muestra.....	18
CAPÍTULO VI	31
Discusión de los resultados	31
Conclusiones.....	35
Bibliografía.....	36

Consideraciones Preliminares

El principal motivo que me condujo a desenvolver este proyecto fue mi aproximación a la investigación, al inicio de la graduación, promovido por el Programa de Bolsas de Iniciación Científica de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA). Fue a través de esa experiencia que tuve mi primera interacción en campo (comunidad) con adultos mayores, descubriendo la especial disposición y el entusiasmo que tengo para trabajar con este grupo poblacional, con quienes el aprendizaje es constante debido a su experiencia de vida tornando más interesante cada encuentro.

CAPÍTULO I

Introducción

Los adultos mayores, considerados así a partir de los 60 años por la Organización Mundial de la Salud (2002), forman parte de los llamados grupos vulnerables debido a la desprotección a la que se ven expuestos ante los cambios ocurridos en las últimas décadas, incrementados a su vez por el deterioro progresivo de las capacidades funcionales, la pérdida del vínculo laboral, de los seres queridos y la violencia.

En este sentido, en apoyo a los adultos mayores, la Organización Mundial de la Salud (2002) introdujo el concepto de envejecimiento activo, definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad, para mejorar la calidad de vida a medida que envejece”; por este motivo cada vez se busca abordar de manera más amplia y adecuada las investigaciones referentes a los adultos mayores con la finalidad de reconocerlos como sujetos de derechos, de promover su participación social, de fomentar el autocuidado y los hábitos saludables.

Estas características vinculadas a los adultos mayores, fueron otros de los motivos que me ayudaron a delimitar la población de estudio de mi trabajo de conclusión de curso de graduación en Salud Colectiva (TCC). Otro aspecto decisivo en la delimitación del tema de mi TCC fue la relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como descrito a seguir.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han configurado a lo largo de estos últimos años como las principales causas de morbimortalidad en el mundo ocasionando, aproximadamente el 80% de las muertes en los países de medios y bajos ingresos debido a diversos factores que han ido influenciando para la transición demográfica y epidemiológica en América Latina como la urbanización acelerada, el aumento de la expectativa de vida, la globalización, la tecnología y los cambios en el estilo de vida. (OMS, 2010)

Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas; para las cuales existen factores de riesgo comportamentales comunes: alimentación poco saludable, sedentarismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y tabaquismo, siendo este último el

más perjudicial y según la investigación de Ross y Chaloupka (2002) se prevé que para el año 2020, las muertes anuales relacionadas al tabaco aumenten a 7,5 millones, lo cual representa el 10% de todas las muertes en ese año.

La transición demográfica, anteriormente comentada, se refleja en el aumento significativo de la proporción de adultos mayores, que según el Fondo de población de las Naciones Unidas (2012) para el 2050, 25% de la población de América Latina y Caribe tendrá 60 años o más. Este acontecimiento significativo desencadenará una serie de impactos en la región, debido a la disminución prevista de la fuerza de trabajo y el incremento acelerado de la dependencia de los adultos mayores, por lo cual será necesario un gran esfuerzo para poder responder a las necesidades de la población en la tercera edad. (CEPAL, 2009)

Ante este panorama los diferentes países han implementado políticas públicas en salud con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad focalizándose en los factores de riesgo comportamentales pues se sabe que mitigándolos podrían reducirse hasta en 80% las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, los casos de diabetes tipo 2 y más del 40% de los cánceres (OMS, 2005). Uno de los países que viene trabajando en esta línea y específicamente para el grupo poblacional, adultos mayores, es Brasil lanzando en el año 2003 la *Política Nacional do Idoso* así como diversos programas y acciones para el área;

Existen, en Brasil, diversas investigaciones que evalúan las políticas implementadas, estudios sobre el estado de salud de los adultos mayores con abordaje preventivo, entre otros. Sin embargo, los estudios dirigidos a los adultos en sí, en cuanto a la recepción e incorporación de los conocimientos y las informaciones trabajadas en el campo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son pocos, mereciendo atención ya que el conocimiento respecto a un factor no implica la incorporación y apropiación del mismo ni garantiza un cambio comportamental (KNUTH et al., 2009). De esta manera el estudio pretende brindar subsidios para la realización de futuras investigaciones y acciones en el área.

Partiendo de las premisas anteriores, el objetivo general de este estudio fue evaluar el conocimiento sobre los cuatro factores de riesgo

comportamentales para las principales enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, cáncer, hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio en adultos mayores registrados en una Unidad de Salud de la Familia (USF) de un barrio de Foz de Iguazú, Brasil.

Objetivos

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

Objetivo General

- Estudiar el conocimiento de los adultos mayores registrados en la Estrategia de Salud de la Familia de un barrio de Foz de Iguazú, Paraná (Brasil) sobre los principales factores de riesgo comportamentales para enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, cáncer de pulmón, hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo comportamentales para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Indicar las características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores registrados en la Estrategia de Salud de la Familia de un barrio de Foz de Iguazú.
- Analizar la relación del conocimiento sobre los factores de riesgo comportamentales para enfermedades crónicas no transmisibles y la práctica de hábitos saludables.
- Relacionar las variables demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores con el conocimiento sobre los factores de riesgo comportamentales para enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión arterial, cáncer e infarto agudo de miocardio.

CAPÍTULO II

Revisión bibliográfica

En este capítulo será presentada la revisión bibliográfica de los temas para permitir una mejor comprensión en la lectura.

Las principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Diabetes

La diabetes, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que producimos. La insulina es la hormona que regula el azúcar en la sangre, por consiguiente, el efecto de una diabetes no controlada es la hiperglucemia, aumento del azúcar en la sangre y que con el tiempo daña gravemente órganos y sistemas. La clasificación de los tipos de diabetes es la siguiente:

- Diabetes tipo 1: también llamada de insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y es necesaria la administración diaria de esta hormona. La causa de este tipo de diabetes es desconocida y aún no se puede prevenir.
- Diabetes tipo 2: también llamada de no insulino dependiente, se debe a la utilización ineficaz de la insulina. Este tipo de diabetes representa la mayoría de los casos y se debe en gran parte al exceso de peso y a la inactividad física. Este tipo de diabetes, normalmente, observada en adultos en la actualidad se manifiesta también en niños.
- Diabetes gestacional: es caracterizada por el aumento del azúcar en la sangre durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales son inferiores a los establecidos para diagnosticar diabetes. Las mujeres que sufren de diabetes gestacional tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, así como de padecer diabetes tipo 2 en el futuro.

Cáncer de pulmón

El cáncer es el término genérico que designa un grupo amplio de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo y en el caso del cáncer de pulmón afectan al tracto respiratorio. También se les conoce como

tumores malignos o neoplasias malignas. Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales, que llegan a extenderse más allá de su límite habitual y pueden invadir otras partes del cuerpo o propagarse en otros órganos, este proceso es conocido como metástasis y es la principal causa de muerte por cáncer.

Entre los factores de riesgo asociados al cáncer se encuentran, principalmente cinco de origen comportamental y dietético: inactividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, índice de masa corporal elevado y consumo reducido de frutas y verduras. Cabe resaltar que el tabaco es el factor de riesgo más importante, responsable por el 20% de las muertes por cáncer en general y 70% de las muertes por cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón es uno de los cánceres diagnosticados con mayor frecuencia tanto en los hombres como en las mujeres. (OMS, 2015)

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HA) es una enfermedad definida como la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en personas que no están realizando algún tipo de tratamiento medicamentoso antihipertensivo. Además de ser un grave problema de salud, la hipertensión arterial también es un factor de riesgo para el desenvolvimiento de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. (BRASIL, 2006)

El Ministerio de Salud de Brasil recomienda considerar en el diagnóstico de la HA, además de los niveles tensionales, el riesgo cardiovascular global que puede ser estimado por la presencia de los factores de riesgo, la presencia de lesiones en los órganos diana y las enfermedades asociadas. Se sugiere también la realización de tres lecturas de la presión arterial y que mínimo en dos ocasiones tenga las condiciones adecuadas indicadas por la OMS. La clasificación de presión arterial utilizada por el Ministerio de Salud, para adultos mayores de 18 años es la siguiente:

Tabla 1 – Clasificación de la Presión Arterial adoptada por el Ministerio de Salud de Brasil.

Clasificación	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre- hipertensión	120- 139	80- 89
Hipertensión		
Estadio 1	140- 159	90- 99
Estadio 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: BRASIL. Ministerio de Salud. Cuadernos de Atención Básica. 2006.

Infarto Agudo de Miocardio

También conocido como ataque del corazón o trombosis coronaria, el infarto se produce por el bloqueo súbito del flujo de sangre, oxígeno y nutrientes al corazón, pudiendo causar lesiones permanentes en este órgano. Si el bloqueo es parcial y reduce el flujo de sangre al corazón puede sobrevenir un dolor de pecho, llamado angina, que quizás no produzca lesiones permanentes en el músculo cardíaco (miocardio), pero que es un síntoma premonitorio de que la persona puede sufrir un ataque cardíaco. Los riesgos de sufrir un infarto aumentan con el consumo de tabaco, una dieta poco saludable y la inactividad física. (OMS, 2005)

Factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas

Los factores de riesgo para enfermedades crónicas se dividen en dos, según la Organización Mundial de la Salud (2011):

- Factores de riesgo comportamentales modificables: en este grupo se encuentra el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas insalubres (elevado consumo de sal, carbohidratos y lípidos) y el consumo nocivo del alcohol.
- Factores de riesgo metabólicos / fisiológicos: los comportamientos descritos en el ítem anterior propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos cruciales que aumentan el riesgo de Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre).

Conocimiento sobre los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles

En el contexto brasileño, se han ido desarrollando en los últimos años diversos estudios referentes al conocimiento sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, estudios con adultos mayores son todavía escasos. Algunos de estos estudios serán brevemente descritos a seguir:

En el estudio de Knuth et al. (2009) sobre conocimiento de la relación existente entre las enfermedades crónicas y el factor de riesgo sedentarismo en adultos de la ciudad de Pelotas, Rio Grande del Sur; los resultados mostraron que los entrevistados poseen conocimiento satisfactorio y también fue sugerida la relación entre conocimiento, nivel socioeconómico y la escolaridad. Cabe destacar que los investigadores optaron por analizar específicamente dos enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes.

En otro estudio realizado también en la ciudad de Pelotas con personas a partir de los 20 años (Domínguez, Araujo y Gigante, 2004), que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y la percepción del ejercicio físico; el conocimiento de los entrevistados fue considerado regular/ satisfactorio habiendo diferencia entre hombres y mujeres, teniendo estas últimas un mayor score; no obstante no se mostraron más activas que los hombres, hecho que desde luego no anula la importancia del conocimiento para poder desencadenar mudanzas comportamentales.

En distintas investigaciones ha sido asociado también el conocimiento con las enfermedades padecidas, es decir, que personas enfermas poseen un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo y tratamientos, lo cual no resulta necesariamente en el cambio de estilo de vida o en prácticas saludables pues “el conocimiento es racional y la mudanza de comportamiento es un proceso complejo, envolviendo factores emocionales y barreras concretas de orden práctica y logística.” (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010)

Conceptos básicos

Para una mejor comprensión de esta sección, se consideró pertinente la revisión de algunos conceptos bases del modelo comportamental de conocimientos, actitudes y prácticas, presentados a seguir.

El conocimiento ha sido definido, por Marinhos (2003), como la habilidad para aplicar hechos específicos para la resolución de problemas o incluso, la emisión de conceptos con la comprensión adquirida sobre determinado evento, habiendo una leve semejanza con la definición empleada por Drucker (1993), en la que el conocimiento es la adquisición de un conjunto formado por experiencias, valores, informaciones del contexto y creatividad aplicada a nuevas experiencias. Es importante mencionar que a pesar de que conocimiento e información se siguen utilizando como si fueran sinónimos, ambos son diferentes; partiendo el conocimiento de la información pero con significado pues de lo contrario la información “quedaría estéril, sin conocimiento para ser aplicada por el hombre.” (PAIVA, 2008, p. 26)

Las actitudes de acuerdo, nuevamente, a Marinhos (2003) vendrían a ser sentimientos, predisposiciones e creencias relativamente constantes, dirigidas a un objetivo, persona o situación y está relacionada a la dimensión afectiva-emocional; ya para Richardson y colegas (1999) son predisposiciones para actuar positiva o negativamente con respecto a instituciones, objetos, conceptos y otras personas. A esta dimensión autores como Bem (1973) le incrementan otras como la dimensión cognitiva, comportamental y social.

Finalmente, la práctica “es la toma de decisión para ejecutar la acción. Se relaciona a los dominios psicomotor, afectivo y cognitivo – dimensión social.” (MARINHO et al., 2003, p. 578). Relacionado a este mismo componente del modelo y de relevante consideración es que el conocimiento por sí solo no garantiza la incorporación del mismo ni la mudanza comportamental de las personas.

Modelo comportamental de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)

El modelo comportamental de conocimientos, actitudes y prácticas es uno de los modelos más flexibles y capaz de ser utilizado con mayor amplitud en la práctica de la educación en salud, modelo que:

“se prende a un proceso secuencial: tiene origen en la adquisición de un conocimiento científicamente correcto, que puede explicar la formación de una actitud favorable a la adopción de una determinada práctica de salud. De acuerdo con el enunciado CAP, se espera que un conocimiento científicamente correcto, en el área de la salud, conlleve a una mudanza comportamental.” (CANDEIAS, 1979, p.2)

Sin embargo, al analizar los efectos producidos por prácticas de educación en salud es posible notar que no siempre se da la siguiente relación directa que plantea el modelo: el conocimiento correcto puede llevar a una práctica favorable y a la prevención de la enfermedad. Empero, esto no anula la importancia del conocimiento. Ante esta situación diversas teorías sobre conocimiento, actitudes y prácticas con otros enfoques (enfoque cognitivo y enfoque de consistencia contingente) han ido surgiendo con la finalidad de intentar explicar el porqué de las características de estos comportamientos, para de esta manera otorgar herramientas al área de la educación en salud.

Estrategia salud de la familia

En el contexto de la reforma sanitaria y con la finalidad de mejorar la estructura del sistema de Salud del país en 1994, se crea y es oficialmente divulgado el documento sobre el Programa de Salud de la Familia (PSF), que fue presentado como la propuesta a “reorientar el modelo asistencial a partir de la Atención Básica, en conformidad con los principios del Sistema Único de Salud.” (BRASIL, 2005, p. 16)

Con la intención de fomentar la adopción de modelo en la mayoría de los municipios y Estados, el Ministerio de Salud otorgaba un incentivo financiero a los municipios con mayor cobertura poblacional, siendo que según el Ministerio de Salud a través del Departamento de Atención Básica, la población con cobertura por el equipo de salud de la familia (eSF) para enero del 2014 es de 110 876 191 de personas en todo Brasil; para el municipio de Foz de Iguazú, la cobertura es de 110 400 habitantes. (BRASIL, 2005)

La Salud de la familia, que había sido configurada inicialmente como un programa pasó a considerarse Estrategia por el Ministerio de Salud, formando la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) con la finalidad de estructurar los

sistemas municipales de salud con este nuevo modelo en concordancia con los principios básicos del SUS y que como lo describe el Ministerio de Salud de Brasil (2005) se desarrolla a partir del equipo de salud de la familia (eSF), trabajando con la idea de territorio de competencia, adscripción de usuarios, registro y seguimiento de la población del área, materializándose estructuralmente en la Unidad de Salud de la Familia (USF).

Entre las recomendaciones para implementar la estrategia emitidas por el Ministerio de Salud en 1997, se destaca realizar una división por microáreas, acompañar 600 a 1000 familias por cada equipo de salud de la familia debiendo tener una composición multiprofesional: un médico de familia o generalista, enfermero, auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS), lo cual no excluye que otros profesionales puedan incorporarse teniendo en cuenta las demandas y la realidad local.

La población de adultos mayores adscritas en la Estrategia de la Salud de la Familia cuenta con características específicas han sido relatadas en otros estudios (LOPES et al., 2014; MEIRELESS et al, 2007; VICTOR et al., 2009) como la predominancia del sexo femenino, renta aproximada de hasta un salario mínimo, faja etaria de 60 a 71 años, convivencia con dos a más personas y en cuanto a las características de morbilidad, las enfermedades prevalentes son diabetes e hipertensión arterial.

CAPÍTULO III

Contexto del estudio

Municipio de Foz de Iguazú, Paraná, Brasil.

El municipio de Foz de Iguazú fue creado el 14 de marzo de 1914 teniendo, en ese momento, como principales fuentes de ingreso, las divisas de actividades madereras y agrícolas; se encuentra ubicado en el extremo oeste del estado de Paraná, limita al oeste con Ciudad del Este (Paraguay) y al sur con Puerto Iguazú (Argentina)

Un hecho que merece destaque en la historia del municipio es la implantación de la hidroeléctrica de Itaipu, en 1974, causando un gran impacto sobre el municipio, que en 1970 contaba con 33 966 habitantes pasó a registrar 136 321 habitantes en 1980, según los datos del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE); alterándose de esta manera el perfil socioeconómico pues hubo mayores ingresos y demandas de servicios por parte de la población local y migrante.

La población estimada para el año 2014 era de 263 647 habitantes y según el último censo realizado en el 2010 la población del municipio era de 256 088 habitantes. En cuanto a informaciones estadísticas, de acuerdo al IBGE, el municipio presenta el siguiente panorama: Índice de desenvolvimiento humano para el año 2010 igual a 0,75 y un Producto Bruto Interno para el 2011 de 7 633 467 mil reales.

En la actualidad el municipio, tiene como una de sus principales actividades económicas el turismo, de dos tipos; el turismo local y el llamado turismo de compras, que es realizado en Paraguay.

Barrio Vila C Velha

El barrio de Vila C Velha, de acuerdo con la investigación de Jesús (2006) fue constituido a causa de la construcción de la Hidroeléctrica Binacional de Itaipu. El complejo habitacional provisorio debía ser desmontado al término de la obra por lo cual fue construido con materiales simples y para una vida útil de 10 años. Los trabajadores destinados a alojarse eran principalmente operarios (albañiles, carpinteros, electricistas, etc.) y sus familias. Cabe mencionar que se crearon otras Vilas para los ingenieros (Vila B) y para los funcionarios de la obra (Vila A).

Para ese momento la Vila ya contaba con elementos de un barrio regular: guarderías, escuela, comercios y algunas áreas de recreación; sin embargo una de las justificativas de la época para desmontarla era el pase de torres que conducen energía hasta la estación de las Furnas. Estas torres se encuentran instaladas actualmente en medio de zonas de vegetación descuidadas del barrio y en dónde algunos pobladores crían a sus animales.

Finalmente, después de manifestaciones y procesos en 1990 se hizo formal la decisión de vender las casas, dándoles prioridad a los trabajadores de la construcción; por este motivo según la Prefectura Municipal de Foz de Iguazú (2010), la Vila está habitada básicamente por los ex trabajadores de la construcción de la hidroeléctrica y por trabajadores de comercio en Paraguay.

En la organización sanitaria del Municipio, fundamentada en el principio de descentralización del SUS, la Vila C Velha pertenece al Distrito Sanitario Itaipu (Norte) contando con aproximadamente 85120 habitantes (PREFEITURA DE FOZ, 2010). La Vila posee una Unidad de Salud de la Familia, una Asociación de moradores, una escuela municipal de educación infantil, comercios, supermercados, plaza pública de ejercicios, farmacia, iglesias y complejo deportivo.

CAPÍTULO IV

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal de base poblacional caracterizado por ser

Un estudio que examina a las personas en un determinado momento, obteniéndose datos de prevalencia; aplicándose particularmente a enfermedades comunes y de duración relativamente larga. Envolviendo un grupo de personas expuestas y no expuestas a determinados factores de riesgo, siendo que algunas de ellas presentaran el desfecho a ser estudiado y otras no. (MENEZES, 2001, p. 17)

Entre las principales ventajas de este estudio, se destacan el bajo costo y la rapidez con la que puede ser ejecutado, además al ser de base poblacional “disminuye la probabilidad del sesgo de selección pues teóricamente todos los casos pueden ser incluidos en el estudio.” (MENEZES, 2001, p. 20) .

Población del estudio

La población del estudio estuvo conformada por todas las personas con 60 años a más, residentes en el barrio del municipio de Foz de Iguazú, Paraná-Brasil, registrados en la Unidad de Salud de la Familia (USF).

Los criterios de exclusión para la población fueron los siguientes: encontrarse en cama o en estado delicado de salud, padecer algún tipo de enfermedad mental, sordera y no encontrarse en su domicilio hasta en tres visitas.

Muestra

De un total de 285 adultos mayores registrados y residentes en el área de correspondencia hasta diciembre del 2013 fue calculada una cantidad representativa de la población accesible, utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple, resultando en 167 personas. Cabe destacar que los registros de la población adscrita a la ESF en el barrio fueron proporcionados por la misma Unidad de Salud de la Familia.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la siguiente fórmula del programa Epi Info 7.

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 p(1-p)}{d^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p(1-p)}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = población total

Z_{α} = valor z, correspondiente al nivel de confianza α

d = precisión absoluta

p = proporción de la población con la característica en estudio

Técnica e instrumento de estudio

El instrumento de estudio fue un cuestionario elaborado a partir de preguntas y modelos ya utilizados en otras investigaciones (BORGES, 2008; BRASIL, 2013) con informaciones sobre los datos personales, estado de salud, práctica de hábitos saludables y conocimiento sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas. El cuestionario fue dividido en cinco módulos; el primero, sobre la identificación de la persona; el segundo, sobre la residencia y los servicios generales; el tercero, sobre las características socioeconómicas; el cuarto, sobre la autoevaluación del estado de salud y morbilidad y finalmente el quinto, sobre el estilo de vida y conocimiento (Anexo I). Los módulos se agruparon por variables y serán explicados en la próxima sección.

Recordando que de acuerdo con Pereira (2000), los cuestionarios sobre conocimientos y prácticas se justifican por la constatación de que las personas son diferentes en relación a los conocimientos sobre la salud, teniendo actitudes que no son uniformes y que difieren de igual modo en las prácticas que adoptan para sí y para sus familiares, habiendo una relación directa en estos aspectos, para lo cual los cuestionarios pueden brindar información útil para la planificación y conducción de programas y actividades

La encuesta fue realizada durante el periodo de enero a mayo de 2014. Los cuestionarios fueron aplicados, por dos investigadoras involucradas en el estudio, en los domicilios de las personas indicadas mediante el muestreo.

Cuando los seleccionados no se encontraban en casa el retorno se realizó hasta en un máximo de tres veces.

Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron sexo, edad (categorizada por quinquenios), escolaridad (categorizada en tres tipos: nunca fue a la escuela, enseñanza primaria incompleta y enseñanza primaria completa), renta, práctica de hábitos saludables y conocimiento. La renta o renta familiar mensual fue estratificada en tres tipos según la respuesta del entrevistado, el mismo era cuestionado sobre el total de salarios mínimos por mes de todos los integrantes de la familia. Constituyendo de esta forma el tipo 1, las rentas con valores mayores a dos salarios mínimos; el tipo 2, rentas con valores entre 1-2 salarios mínimos y el tipo 3, valores inferiores a 724,00 reales, basado en el salario mínimo al inicio de la entrevista, de acuerdo a vigencia del decreto n° 8.166 de 23.12.2013.

La práctica de hábitos saludables fue evaluada para cada factor de riesgo estudiado y categorizada en adecuado o inadecuado conforme respuesta de los entrevistados, a saber: fue considerada práctica adecuada para tabaquismo el hecho de no fumar al momento de la entrevista, siendo que aquellos que refirieron fumar frecuentemente por lo menos un cigarro por día fueron agrupados en la categoría de práctica inadecuada para la variable consumo de cigarro; en relación a sedentarismo aquellos que refirieron realizar por lo menos una actividad física semanal como caminata o frecuentar gimnasios públicos fueron considerados no sedentarios; se consideró práctica adecuada de consumo de bebida alcohólica aquellos que refirieron no beber al momento de la entrevista y aquellos que refirieron beber esporádicamente (casi nunca) y finalmente la práctica adecuada de alimentación se estimó a través del consumo regular de frutas y verduras auto referido por los participantes.

Para evaluar el conocimiento de la relación entre factores de riesgo y enfermedades crónicas fue investigada la asociación entre cada uno de los factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de bebida alcohólica y alimentación inadecuada) con ocho enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión arterial, Sida, Osteoporosis, Cáncer de pulmón, Depresión, Cirrosis hepática e Infarto Agudo de Miocardio) siendo construida una

escala de puntuaciones para aciertos y errores que podía variar de cero a ocho puntos, los cuales fueron posteriormente dicotomizados en conocimiento adecuado (puntuación mayor o igual a 5) e inadecuado. La definición de cierto o errado para cada respuesta está basada en el estudio de Borges (2008).

Análisis de los datos

Los datos fueron digitalizados por medio del programa Epi Info 7.0 siendo sometidos a técnicas estadísticas exploratorias y de análisis de asociación a través de media, desvío padrón y razón de prevalencias, respectivamente.

Para fines didácticos se consideró pertinente la presentación agrupada y resumida de las variables estudiadas, a seguir:

A) Variables demográficas

- Sexo y edad

B) Variables sociales

- Estado civil, renta, ocupación, escolaridad.

C) Variables que expresan estilo de vida

- Hábito de consumo alimentar, de bebida alcohólica y de cigarro; práctica de actividad física.

D) Variables sobre conocimiento

- Cuestiones sobre conocimiento de los factores de riesgo (sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo) y su relación con la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer y el infarto agudo de miocardio.

Estudio piloto

Con la finalidad de adecuar el cuestionario y de preparar a las entrevistadoras, quienes fueron instruidas por la profesora orientadora, se realizó un estudio piloto en el mes de enero 2014.

El estudio piloto fue de gran relevancia para la colecta de datos, pues en este periodo refinamos el instrumento de estudio, de manera que quedase más comprensible y con una duración más adecuada.

Aspectos éticos

Este proyecto formó parte del trabajo efectuado en el Programa de Iniciación Científica (Probic) del cual participé de setiembre del 2013 a agosto

del 2014 y que fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Consejo Nacional de Salud/ Ministerio de Salud en diciembre del mismo año (Anexo II) bajo el número de parecer: 475.925.

En cada domicilio fue realizada la presentación del entrevistador y del proyecto de manera concisa y clara, una vez identificada la persona seleccionada, era destacada la importancia de su participación en el estudio, siendo explicado que la misma era voluntaria y no implicaría en ninguna especie de remuneración, también fue explicada la forma en que sería aplicado el cuestionario. Seguidamente, los participantes respondieron a las preguntas después de lectura y firma del Término de Consentimiento Libre Esclarecido (TCLE). El cuestionario fue aplicado en un local adecuado (tranquilo y silencioso) en el área del domicilio, escogido por el entrevistado. Cada participante recibió una copia del TCLE.

CAPÍTULO V

Resultados

Descripción de la muestra

La presentación de los resultados se iniciará con la descripción de la muestra. Las tablas son presentadas após presentación de la interpretación del contenido.

En la Tabla 2 es presentada la distribución de la población de estudio (porcentajes) según características socioeconómicas, puede observarse que más del 50% de los participantes fueron del sexo femenino, la edad predominante de los adultos mayores fue la faja etaria de los 60 -65 años; en lo que respecta a la escolaridad el 71,26% poseía primaria incompleta. Aproximadamente, el 70% de los participantes se encontraban casados o viviendo con algún compañero en el momento de la pesquisa. La renta referida por la mayoría de los participantes (52,69%) fue en la faja de los 724 a 1448 reales por mes (renta tipo II). En lo referente a la salud, aproximadamente el 90% de los participantes dijeron padecer algún problema de salud en el momento de la entrevista, sin embargo, el 48,50% evalúa su salud como regular, seguido de 31,74% que la evaluó como buena

Tabla 2- Distribución según características socioeconómicas de la población de adultos mayores del barrio de Vila C Velha del municipio de Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Características	n*	%
Sexo		
Femenino	92	(55,09)
Masculino	75	(44,91)
Total	167	(100,0)
Edad		
60 65	62	(37,13)
65 70	39	(23,35)
70 75	38	(22,75)
75 o más	28	(16,77)
Total	167	(100,0)
Escolaridad		
Nunca fue a la escuela	31	(18,56)
Educación Primaria incompleta	119	(71,26)
Educación Primaria completa o más	17	(10,18)
Total	167	(100,0)
Estado Civil		
Casado(a) o vive con compañero(a)	115	(69,28)
Otros estados civiles	51	(30,72)
Total	166	(100,0)
Renta (en reales)		
Tipo 3	42	(25,15)
Tipo 2	88	(52,69)
Tipo 1	37	(22,16)
Total	167	(100,0)
Sufre de algún problema de salud		
No	18	(10,78)
Si	149	(89,22)
Total	167	(100,0)
Cómo evalúan su salud		
Muy buena	2	(1,20)
Buena	53	(31,74)
Regular	81	(48,50)
Mala	25	(14,97)
Muy mala	6	(3,59)
Total	167	(100,00)

*Diferencias en los n totales se deben a pérdidas de información para algunas variables. Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

La Tabla 3, presenta la distribución de conocimiento adecuado sobre factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en adultos mayores que participaron del estudio. Los porcentajes de conocimiento adecuado, en su mayoría, superaron el 50%, sin embargo, notamos que, para el factor de riesgo, alimentación inadecuada; el sexo masculino, el grupo etario de 65 a 70 años, las personas con mayor renta (Tipo 1) y las personas que no se encontraban casadas o viviendo con compañero(a) presentaron porcentajes inferiores de conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo analizados en este estudio.

Tabla 3 – Distribución de conocimiento adecuado sobre factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Características	CONHECIMENTO ADECUADO SOBRE																
	Alimentación inadecuada					Consumo nocivo de bebida alcohólica				Sedentarismo				Tabaquismo			
	Total	n	(%)	RP	P	n	(%)	RP	P	n	(%)	RP	P	N	(%)	RP	P
Sexo																	
- Masculino	75	45	60,00	--	--	56	74,66	--	--	43	57,33	--	--	61	81,33	--	--
- Femenino	92	45	48,91	1,28	0,907-	66	71,74	1,12	0,672-	50	54,34	1,07	0,758-	63	68,48	1,69	0,964-
					1,798				1,852				1,510				2,957
Edad																	
60 65	62	39	62,90	--	--	43	69,35	--	--	34	54,84	--	--	47	75,81	--	--
	39	17	48,59	1,52	0,993-	30	76,92	0,75	0,380-	22	56,41	0,96	0,615-	31	79,49	0,85	0,397-
					2,328				1,493				1,514				1,811
65 70	38	20	52,63	1,27	0,801-	28	73,68	0,86	0,448-	20	52,63	1,05	0,680-	27	71,05	1,20	0,615-
					2,035				1,646				1,617				2,327
70 75	28	14	50,00	1,35	0,824-	21	75,00	0,82	0,388-	17	60,71	0,87	0,509-	19	67,86	1,32	0,663-
					2,205				1,715				1,487				2,663
75 o más																	
Renta																	
- Tipo 1	37	18	48,65	--	--	23	62,16	--	--	19	51,35	--	--	24	64,86	--	--
- Tipo 2	88	48	54,54	0,88	0,600-	48	54,54	1,20	0,749-	46	52,27	0,98	0,660-	70	79,54	0,58	0,319-
					1,305				1,926				1,459				1,062
- Tipo 3	42	24	57,14	0,83	0,522-	24	57,14	1,13	0,659-	28	66,67	0,68	0,400-	30	71,43	0,81	0,425-
					1,334				1,945				1,177				1,555

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

Total= número de personas en cada categoría de características socioeconómicas; **n (%)**= número y proporción de personas con conocimiento adecuado sobre la relación del factor de riesgo y las enfermedades; **RP**= razón de prevalencia; **P**= valor de *p*.

Tabla 3 – Distribución de conocimiento adecuado sobre factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014. **(continuación)**

Características	CONHECIMENTO ADECUADO SOBRE																
	Alimentación inadecuada					Consumo nocivo de bebida alcohólica				Sedentarismo				Tabaquismo			
	Total	n	(%)	RP	P	n	(%)	RP	P	n	(%)	RP	P	n	(%)	RP	P
Escolaridad																	
- Primaria completa o +	17	10	58,82	--	--	9	52,94	--	--	7	41,18	--	--	11	64,70	--	--
- Primaria incompleta	119	64	53,78	1,12	0,616- 2,046	90	75,63	0,52	0,285- 0,939	68	57,14	0,73	0,465- 1,141	90	75,63	0,69	0,337- 1,415
- Nunca fue a la escuela	31	16	51,61	1,17	0,599- 2,307	23	74,19	1,03	0,552- 1,914	18	58,06	0,41	0,249- 0,689	23	74,19	0,73	0,303- 1,759
Estado Civil																	
- Casado(a) o vive con compañero(a)	115	65	56,52	--	--	86	74,78	--	--	69	60,00	--	--	89	77,39	--	--
- Otros estados civiles	10	4	40,00	1,38	0,798- 2,385	7	70,00	1,19	0,439- 3,226	5	50,00	1,25	0,647- 2,416	7	70,00	1,32	0,485- 3,626
Sufre de algún problema de salud																	
- Si	149	79	53,02	--	--	111	74,50	--	--	85	57,05	--	--	110	73,83	--	--
- No	18	11	61,11	0,83	0,452- 1,514	11	61,11	1,52	0,803- 2,894	8	44,44	1,296	0,822- 2,034	14	77,78	0,85	0,343- 2,099

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

Total= número de personas en cada categoría de características socioeconómicas; **n (%)**= número y proporción de personas con conocimiento adecuado sobre la relación del factor de riesgo y las enfermedades; **RP**= razón de prevalencia; **P**= valor de *p*.

En cuanto a la prevalencia de alimentación inadecuada y sedentarismo, la Tabla 4 muestra una asociación entre el sexo y esas prácticas, pues las mujeres presentaron mayor razón de prevalencia en la práctica de alimentación inadecuada (1,41; $p=1,117-1,784$) y de sedentarismo (1,29; $p=1,000-1,680$) fue mayor a la manifestada entre los hombres. Ya en relación al tabaquismo y el consumo de alcohol son los hombres los que presentaron mayor proporción de prevalencia con 58,4% y 38,7%, respectivamente.

Tabla 4 - Distribución de la práctica de alimentación inadecuada, consumo nocivo de bebida alcohólica, sedentarismo y tabaquismo en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Variables	PRÁCTICA DE												
	Total	Alimentación inadecuada			Consumo nocivo de bebida alcohólica			Sedentarismo			Tabaquismo		
		%	RP	P	%	RP	P	%	RP	P	%	RP	P
Sexo													
- Masculino	75	54,7	--	--	38,7	--	--	52,0	--	--	58,4	--	--
- Femenino	92	77,2	1,41	1,117-1,784	25,0	0,64	0,410-1,018	67,4	1,29	1,000-1,680	32,6	0,55	0,391-0,788
Edad (años)													
60 65	62	74,2	--	--	29,0	--	--	64,5	--	--	38,7	--	--
65 70	39	66,7	0,90	0,689-1,173	28,2	0,97	0,515-1,831	56,4	0,87	0,627-1,219	30,8	0,79	0,452-1,400
70 75	38	55,3	0,74	0,540-1,027	31,6	1,09	0,591-1,999	63,2	0,98	0,721-1,328	52,6	1,36	0,880-2,100
75 o más	28	67,9	0,91	0,681-1,227	39,3	1,35	0,740-2,472	53,6	0,83	0,562-1,228	64,3	1,66	1,093-2,521
Renta													
- Tipo 1	37	67,6	--	--	18,9	--	--	59,5	--	--	59,5	--	--
- Tipo 2	88	69,3	1,03	0,789-1,335	34,1	1,80	0,870-3,730	57,9	0,97	0,708-1,342	40,9	0,69	0,477-0,991
- Tipo 3	42	61,9	0,92	0,661-1,269	35,7	1,88	0,864-4,121	66,7	1,12	0,800-1,580	38,1	0,64	0,401-1,023

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

Total= número de personas en cada categoría de características socioeconómicas; **%**= proporción de personas con práctica inadecuada en relación a los factores de riesgo; **RP**= razón de prevalencia; **P**= valor de p

Tabla 4 - Distribución de la práctica de alimentación inadecuada, consumo nocivo de bebida alcohólica, sedentarismo y tabaquismo en adultos mayores del barrio *Vila C Velha*, según características socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, 2014. **(continuación)**

Variables	PRÁCTICA DE												
	Total	Alimentación inadecuada			Consumo nocivo de bebida alcohólica			Sedentarismo			Tabaquismo		
		%	RP	P	%	RR	P	%	RR	P	%	RR	P
Escolaridad													
- Primaria completa o más	17	82,4	--	--	35,3	--	--	58,8	--	--	52,9	--	--
- Primaria incompleta	119	69,8	0,90	0,682-1,179	29,4	0,83	0,413-1,680	58,0	0,99	0,644-1,509	43,7	0,83	0,504-1,351
- Nunca fue a la escuela	31	48,4	0,62	0,401-0,965	35,5	1,00	0,452-2,237	71,0	1,20	0,764-1,905	41,9	0,79	0,430-1,458
Estado Civil													
- Casado(a) o vive con compañero(a)	115	64,35	--	--	33,91	--	--	58,26	--	--	47,83	--	--
- Otros estados civiles	10	70,00	1,09	0,709-1,669	40,00	1,18	0,529-2,627	60,00	1,03	0,607-1,748	50,00	1,06	0,547-1,999
Sufre de algún problema de salud													
- Si	149	67,8	--	--	33,7	--	--	61,1	--	--	45,0	--	--
- No	18	61,1	0,90	0,613-1,325	11,1	0,33	0,088-1,247	55,6	0,91	0,590-1,402	38,9	0,86	0,472-1,585

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

Total= número de personas en cada categoría de características socioeconómicas; **%**= proporción de personas con práctica inadecuada en relación a los factores de riesgo; **RP**= razón de prevalencia; **P**= valor de *p*.

De los 167 participantes de la pesquisa, el 61.68% tuvo una práctica favorable de alimentación; el 68.86% una práctica favorable del consumo de bebidas alcohólicas; a penas 39.52% una práctica adecuada de actividad física y 55.69% una práctica adecuada con respecto al tabaquismo. No obstante el porcentaje de adultos mayores con conocimiento adecuado que ejercen una práctica favorable de alimentación, consumo de bebida alcohólica, actividad física o tabaquismo, no son mayores al 30% para ninguno de los factores.

Tabla 5 - Práctica favorable de alimentación, consumo de bebida alcohólica, actividad física y tabaquismo en relación al conocimiento adecuado o inadecuado en adultos mayores del barrio de Vila C Velha, Foz de Iguazú, Paraná, 2014.

Conocimiento	PRÁCTICA ADECUADA DE															
	Alimentación				Bebida Alcohólica				Actividad física				Tabaquismo			
	n	%	RP	P	n	%	RP	P	n	%	RP	P	N	%	RP	p
Adecuado	43	25.75	--	--	53	31.74	--	--	27	16.17	--	--	43	25.75	--	--
Inadecuado	60	35.93	1.09	0.74- 1.61	62	37.12	0.76	0.47- 1.22	39	23.35	1.06	0.83- 1.35	50	29.94	0.85	0.60- 1.21
Total	103	61,68	--	--	115	68,86	--	--	66	39,52	--	--	93	55,69	--	--

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica de la UNILA.

Las puntuaciones medias en relación al sexo fueron mayores en los hombres para los cuatro factores de riesgo estudiados. En relación a la renta, las mayores puntuaciones medias de conocimiento para tres factores de riesgo (alimentación inadecuada, bebida alcohólica y sedentarismo) se encontraron en los participantes con renta más baja (Tipo 3), ya la mayor puntuación media para el factor de riesgo tabaquismo lo obtuvieron los participantes con renta tipo 2 (Intermediaria). Para los participantes casados o que se encontraban viviendo con compañero, los escores medios fueron más alto para los cuatro factores de riesgo.

Tabla 6 – Distribución de las puntuaciones medias de los conocimientos sobre factores de riesgo en adultos mayores del barrio de Vila C Velha, según variables socioeconómicas. Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

Variáveis	MEDIAS DE CONOCIMIENTO SOBRE							
	Alimentación inadecuada		Consumo nocivo de bebida alcohólica		Sedentarismo		Tabaquismo	
	Media	DP	Media	DP	Media	DP	Media	DP
Sexo								
- Masculino	2,60	1,15	3,11	0,98	2,39	1,25	3,08	0,90
- Femenino	2,40	1,05	3,03	1,09	2,35	1,23	2,91	0,97
Edad (años)								
60 65	2,66	1,13	3,02	1,02	2,40	1,11	2,98	0,90
65 70	2,31	1,05	3,03	1,06	2,26	1,16	3,05	0,92
70 75	2,39	1,13	3,08	1,08	2,32	1,42	2,95	0,99
75 o más	2,50	1,04	3,21	1,07	2,50	1,37	2,96	1,04
Renta								
- Tipo 3	2,57	1,06	3,36	1,30	2,64	1,30	2,95	0,79
- Tipo 2	2,46	1,13	3,04	1,21	2,27	1,21	3,06	0,95
- Tipo 1	2,46	1,07	2,78	1,19	2,27	1,19	2,86	1,06
Escolaridad								
- Nunca fue a la escuela	2,58	1,06	3,09	1,11	2,48	1,39	3,06	1,15
- Educación Primaria incompleta	2,44	1,12	3,11	0,98	2,35	1,22	2,99	0,87
- Educación Primaria completa o más	2,65	1,06	2,71	1,31	2,23	1,03	2,82	1,01
Estado Civil								
- Casado(a) o vive con compañero(a)	2,57	1,06	3,15	1,00	2,48	1,16	3,03	0,94
- Otros estados civiles	2,00	1,33	3,00	1,05	2,10	1,20	2,80	0,63
Sufre de algún problema de salud								
- Si	2,48	1,11	3,09	1,04	2,37	1,26	2,99	0,97
- No	2,61	1,04	2,83	1,04	2,28	1,02	3,00	0,69

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica.

Media= valor promedio de las puntuaciones de conocimiento adecuado sobre la relación del factor de riesgo y las enfermedades para cada categoría de características socioeconómicas; **DP**= desvío estándar de cada valor promedio de las puntuaciones de conocimiento.

Con los datos de la Tabla 7 es posible evidenciar que aproximadamente el 90% de los entrevistados refirió padecer alguna enfermedad, con proporciones relativamente mayores entre las mujeres (93,48%) en comparación a los hombres (84,00%). Las enfermedades más prevalentes fueron citadas: hipertensión arterial (65,87%), diabetes (25,15%) y enfermedades cardíacas (12,57%) con porcentajes siempre superiores en los grupos de las mujeres en relación al grupo de los hombres (Tabla 8)

Tabla 7 - Porcentaje de enfermedad estratificado por sexo en adultos mayores del barrio de Vila C Velha del Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

Variable	Padece de alguna enfermedad					
	Si		No		Total	
Sexo	N	%	N	%	N	%
Masculino	63	84,00	12	16,00	75	100
Femenino	86	93,48	6	6,52	92	100
Total	149	89,22	18	10,78	167	100

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación

Tabla 8 - Tipos de enfermedades estratificadas por sexo en adultos mayores del barrio de Vila C Velha, Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, 2014.

Variable	Enfermedad										
	Hipertensión arterial		Diabetes		Enfermedad cardiaca		Derrame		Otras		
Sexo	Total	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	75	47	62,67	15	20,00	7	9,33	3	4,00	33	44,00
Femenino	92	63	68,48	27	29,35	14	15,22	3	3,26	55	59,78
Total	167	110	65,87	42	25,15	21	12,57	6	3,59	88	52,69

Fuente: Levantamiento de datos en trabajo de campo desarrollado en el Programa de Iniciación Científica de la UNILA.

CAPÍTULO VI

Discusión de los resultados

Este estudio evaluó las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores, adscritos en la Estrategia de Salud de la Familia, el conocimiento sobre los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y la práctica que ejercen en sus vidas en relación a los mismos. Como sabemos este grupo poblacional es el más afectado por las enfermedades crónicas, siendo igualmente relevante saber sobre el conocimiento que poseen, pues este podrá influenciar en sus hábitos de vida, en el autocuidado y en la continuidad de los tratamientos de salud.

Los resultados de este estudio muestran mayor proporción de mujeres. En Brasil, el número de mujeres en la tercera edad es mayor al número de hombres en la tercera edad según el último censo (IBGE, 2010) y estas constituyen un grupo más vulnerable cuando comparadas a los hombres en la misma faja etaria. Las mujeres tienen mayor tiempo de exposición a las enfermedades crónicas, mayor tiempo de actividades domésticas y tendencia a vivir solas en el final de la vida, de acuerdo con estudios de Jardim y colegas (2006), conviviendo más tiempo con enfermedades (CHAIMOWICZ, 2006).

En este estudio 93,48% de las mujeres refirió tener alguna enfermedad, proporción mayor a la observada entre hombres (84%). Se verificó el mismo evento en el porcentaje de mujeres que padecen hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca y derrame con proporciones siempre mayores en el grupo de mujeres. Estos datos refuerzan los hallazgos de autores citados anteriormente. Por otro lado, las mujeres de este estudio mostraron menores escores de conocimiento para tres de los cuatro factores de riesgo estudiados, alimentación inadecuada, consumo excesivo de bebida alcohólica, tabaquismo siendo que para el factor de riesgo sedentarismo se muestran más conocedoras. Sin embargo, en relación a la práctica de actividad física se muestran más sedentarias. Los resultados del conocimiento en las mujeres podrían ser entendidos como una cuestión de género como también señalan Tribess y compañeros (2009) principalmente por la edad de las participantes. No obstante a los cambios en el mercado de trabajo y el mayor acceso a la educación, las mujeres todavía poseen un acceso más restringido al trabajo y a la educación por distintos factores como los socioculturales (MEIRELES et al., 2007). Esto se ve

reflejado en la ocupación a lo largo de la vida de las mujeres participantes siendo que apenas 21.74% refirió algún tipo de trabajo diferente de las actividades propias de las amas de casa. Cabe considerar que fue analizado el conocimiento sobre diversos factores de riesgo con relación a las enfermedades específicas, lo que implica un conocimiento más agudo sobre la relación del factor de riesgo y las enfermedades que causan.

La edad predominante de los participantes del estudio fue la faja etaria de 60 -65 años, también relatada en otros estudios (MEIRELESS; MATSUDA, 2007; VICTOR; XIMENES, 2009), esta faja etaria está considerada en la faja (60- 69 años) que de acuerdo a Marin y compañeros (2007) es la más propicia para realizar actividades de promoción de la salud pues las personas de este grupo conserva mayor autonomía comparada a los grupos de adultos mayores con edades más elevadas. Por tanto se debe aprovechar esta predominancia de adultos mayores en esta faja etaria en el barrio de Vila C Velha para invertir en acciones de promoción de la salud.

Con respecto a la práctica de hábitos saludables el porcentaje de adultas mayores que no realizaban algún tipo de actividad física ha sido similar al relatado en otro estudio (TRIBESS; JÚNIOR; PETROSI, 2009). De igual manera la alimentación inadecuada, que si bien presenta mayores índices en las mujeres también afecta a los hombres; situación parecida fue descrita en otras investigaciones donde se observaron los peores desempeños en el consumo de frutas y verduras (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013; FISBERG et al, 2013; CAMPOS; ARRUDA; FERREIRA, 2007) concordante a lo referido también por los participantes de este estudio como la dieta habitual (datos no presentados) que está compuesta básicamente de arroz, frijol, carne bovina, fideos y pan; ante estas circunstancias se hace necesario priorizar acciones de educación en salud para incentivar el consumo de estos grupos alimentares en los adultos mayores.

En relación a la renta, las puntuaciones medias de conocimiento fueron más elevadas para tres de los cuatro factores de riesgo evaluados (tabaquismo, alimentación inadecuada y sedentarismo) en los participantes con renta mayor (renta tipo 1) y para el factor de riesgo consumo excesivo de bebida alcohólica, el score fue mayor en las personas con renta menor (renta tipo 3). Esta relación puede estar vinculada a otros aspectos como al acceso a la

información más que directamente con la renta, debido a que las puntuaciones de forma general no mostraron diferencias significativas, los medios de comunicación y la difusión en campañas podrían tener un papel relevante en este aspecto. Cuanto al estado civil de los adultos mayores, los casados o los que vivían con compañero presentaron puntuaciones mayores de conocimiento en los cuatro factores de riesgo, lo que puede ser asociado a la mayor concentración de apoyo social vivenciada en este grupo (CUNHA; CHIBANTE; ANDRÉ, 2014; RAMOS, 2002).

Como ha sido discutido en la literatura (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004; MENEZES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2008; CANDEIAS; MARCONDES, 1979; MARINHO; COSTA-GURGEL, 2003) concordamos con lo siguiente:

“la idea de conocimiento, por si sola, no garantizará el cambio de actitud, entretanto, el derecho a la información y los mecanismos para que esos conocimientos sean incorporados, por cualquier persona, independientemente de su situación social, deben ser garantizados”. (KNUTH et al., 2009)

El conocimiento ni siempre implicará en un cambio de actitud y una mudanza comportamental y esto puede ser observado en este estudio; la práctica adecuada de alimentación, consumo de bebidas alcohólicas, actividad física y consumo de cigarro no compromete apenas el conocimiento, por eso dos hechos han llamado nuestra atención, el primero, que la prevalencia de tabaquismo disminuyó regularmente de las cohortes mayores (64.3%) a las cohortes menores (38.7%), resultados también comentados en otro estudio y se le atribuye a la disminución del tabaquismo en Brasil a consecuencia de la fuerte política contra el cigarro (FREITAS, 2011). El segundo hecho es que el porcentaje de adultos mayores que refirió realizar actividad física fue de 39.52 siendo que de esa cantidad solo un 16.77% presentó un conocimiento adecuado sobre el sedentarismo y su relación con las enfermedades crónicas.

Si bien la información y el conocimiento no implican en una mudanza comportamental, se entiende que son indispensables para que la mudanza pueda ocurrir y para que las personas sigan correctamente los tratamientos de salud, por esto se hace necesaria la creación de estrategias de promoción de la salud y educación en salud del adulto, contemplando en estas estrategias las

características y los intereses de los adultos mayores para que de esa forma las acciones cobren un sentido real en sus vidas y ganen significado, también debe considerarse la baja escolaridad, que caracterizó la población de este estudio, para que se pueda garantizar el entendimiento de la información, primer paso para la incorporación del conocimiento.

El conocimiento sobre los factores de riesgo observados en este estudio es satisfactorio (valores superiores a 50%), hecho también referido en otros estudios sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas (RITCHER et al., 2010; ANUNCIACÃO et al., 2012; DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004; BORGES et al., 2009), lo cuál puede ser explicado por el trabajo educacional de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realizado en diversas campañas de salud, la difusión en los medios de comunicación, en ferias y otros, así como la información recibida por parte de los profesionales de salud en las consultas y en las actividades de la Unidad de Salud de la Familia. Tomando en consideración lo anteriormente relatado sería interesante pesquisar grupos más heterogéneos (extranjeros, residentes de otros barrios, etc.) dónde sea posible identificar el conocimiento en grupos distintos.

Este trabajo evaluó una población de pesquisa homogénea, debido a que abordó adultos mayores con edades, renta, nivel de educación y problemas de salud muy semejantes, residentes de un mismo barrio y por consiguiente con un contexto externo parecido; a pesar de que la ciudad está localizada en una región fronteriza (Paraguay y Argentina) y tiene un intenso movimiento migratorio, casi el total de participantes eran brasileños, en su mayoría proveniente de la región Sur. Esta situación dificultó la observación de diferencias significativas entre las categorías de los grupos analizados de conocimiento y de práctica, dejando en evidencia la necesidad de ampliar el estudio a otras poblaciones de Foz de Iguazú (más heterogénea), dónde sea posible identificar el conocimiento en grupos distintos.

Conclusiones

Con el aumento de la expectativa de vida, aumenta también la cantidad de años con enfermedades; considerando el contexto social, político y económico se hace necesario priorizar para la población y para el sistema de salud, la necesidad de repensar las estrategias de promoción de la salud, ya que de acuerdo con los resultados descritos anteriormente, a pesar de las acciones desarrolladas en las campañas, unidades de salud y la difusión en los medios de comunicación, existe todavía un desconocimiento sobre los factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. La importancia de este conocimiento reside en el impacto que tendrá en la calidad de vida de la población, pues influye en la toma de decisiones sea para la incorporación de hábitos saludables o la realización de tratamientos. Es preciso pensar en estas acciones llevando en consideración las características de los adultos mayores y las características de la realidad local para así intentar garantizar el entendimiento real de las informaciones que serán trabajadas y la apropiación del conocimiento, recordando que esto no implica, necesariamente, en el cambio comportamental; sin embargo, es esencial para que pueda ocurrir (KNUTH; SILVA, 2009).

En la realización de este estudio fue percibida la necesidad de un instrumento más adecuado que permita evaluar el conocimiento de forma más sensible, identificando la comprensión real de la relación entre los factores de riesgo y las enfermedades; por este motivo se sugiere invertir en estudios más profundos en el área y así crear o mejorar los instrumentos con las especificidades de los adultos mayores.

Bibliografia

ANUNCIÇÃO, P.C.; BRAGAS P.G.; ALMEIDA P.S.; LOBO N.L.; PESSOA M.C. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.36, n.4, dez. 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/793/392>>. Acesso em: 31 de mar. 2016.

BEM, D. Convicções, Atitudes e Assuntos Humanos. Epu/herder, 1973. 192p.

BORGES T.T. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. 2008.130f. Dissertação. (Mestre em Ciências) - Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2008.

BORGES T.T.; ROMBALDI A.J.; KNUTH A.G.; HALLAL P.C. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700009>. Acesso em: 31 de mar. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para os Idosos na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf>. Acesso em: 11 de abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados/ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Semna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 11 de abr. 2016.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. 58p. Disponível

en:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf.
Accesado en: 11 de abr. 2016.

BRASIL. Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponible en: <http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=10950>. Accesado en: 11 de abr. 2016.

CAMPOS, T.; ARRUDA, I. K.; FERREIRA, R. A. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI, Recife/ 2005. *ALAN*, Caracas, v. 57, n. 4, dic. 2007. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400009&lng=es&nrm=iso. Accesado en: 11 abr. 2016.

CANDEIAS N.M.; MARCONDES R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.13, n. 2, 1979. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v13n2/02.pdf>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do Século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n.2, abr. 2006. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200014. Accesado en: 31 de mar.2016

DOMINGUES M.R.; ARAÚJO C.L.; GIGANTE D.P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan/fev. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/37.pdf>. Accesado en: 31 de mar. 2016.

DRUCKER, P. *Sociedade Pós- Capitalista (1993)*.7da ed., Thomson Pioneira, 1999.188p.

FISBERG, R. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl. 1, p. 222s-230s, fev. 2013. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700008&lng=en&nrm=iso. Accesado en: 11 de abr. 2016.

FREITAS M..P. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos – coorte de idosos de bambuí.2011.98 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-ExecSummary_0.pdf>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponible en: <www.ibge.gov.br>. Accesado en: 11 de abr. 2016.

JARDIM V.C.; MEDEIROS B.F.; BRITO A.M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev. Bras de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838770003>. Accesado en: 11 de abr. 2016.

JESÚS, R.P. Aspectos da constituição urbana de Foz do Iguaçu: experiência dos moradores do bairro Vila C (1976-2006). Disponible en: <<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/terceirosimposio/rodrigopaulo.pdf>>. Accesado en: 11 de abr. 2016.

KNUTH, A. G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 513-520, Mar. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300006&lng=en&nrm=iso>. Accesado en: 11 de abr. 2016.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. El envejecimiento de la población, las transferencias intergeneracionales y el crecimiento económico: América Latina en el contexto mundial. Disponible en: <<http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/09029.pdf>> Accesado en: 11 de abr. 2016.

LOPES, F.A.; MONTANHOLI, L.L.; SILVA, J.M.; OLIVERIA, F.A. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. *Rev. Enfermagem e atenção à Saúde*, Uberaba, v. 3, n.1, 2014. Disponível em:<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>>. Acesso em: 04 de abr. 2016.

MALTA, M.; PAPINI, S.; CORRENTE, J. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-384, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200009. Acesso em: 11 abr. 2016.

MARIN M.J.J.; CASTILHO N.C.; MYAZATO J.M.; RIBEIRO P.C.; CANDIDO D.V. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev. Min. Enf*, v.11, n.4, out/dez. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=525509&indexSearch=ID>>. Acesso em: 31 de mar. 2016.

MARINHO L.A.; COSTA-GURGEL M.S.; CECATTI J.G.; OSIS M.J. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17471.pdf>>. Acesso em: 04 de abr. 2016

MEIRELES, V.C.; MATSUDA, L.M.; COIMBRA, J.A.; MATHIAS, T.A. Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem comportamental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n.1, jan/abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>. Acesso em: 04 de abr. 2016.

MENEZES A., ASSUNÇÃO M.C, NEUTZLING M.B, MALCON M., HALLAL P.C., MARQUES A., et al. Effectiveness of an educational intervention on smoking, diet and physical activity among adolescents. Pelotas: World Health Organization/Instituto Nacional de Câncer; 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18710676>>. Acesso em: 11 de abr. 2016.

MENEZES, A.M. Epidemiologia das doenças respiratórias Vol. I. Rio de Janeiro: Revinter Ed, 2001.184p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer. In: Biblioteca On-line de la OMS. Disponible en: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento activo: un marco político. Disponible en:<<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Evite los infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares: No sea una víctima, protéjase. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43402/1/9243546724_spa.pdf. Accesado en: 11 de abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La diabetes una enfermedad crónica. In: Biblioteca On-line de la OMS. Disponible en: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es> >. Accesado en: 04 de abr. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Disponible en: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Accesado en: 04 de abr. 2016.

PAIVA, E.P. *Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata*. 2008. 112f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. 1era. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 576p.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A.; WANDERLEY, J. C.; CORREIA, L.; PERES, M. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ed. São Paulo: Atlas, 1999.168p.

RICHTER C.M.; BETTINELLI L.A.; PASQUALOTTI A.; BORGES D.O.; DALTROZO P.R.; KLAFKE J.Z.; VIECILI P.R. Avaliação do conhecimento e da presença de fatores de risco cardiovascular em idosos de município do sul do Brasil. *Rev. Bras. Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 23, n.5, set/out. 2010. Disponível em:<http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_05/a2010_v23_n05_03Cleusa.pdf>. Acessado em: 04 de abr. 2016.

ROSS, H. CHALOUPKA, F. J. Economics of Tobacco Control. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Hana_Ross/publication/239930471_Economics_of_Tobacco_Control/links/0deec537620ef0293e000000.pdf>. Acessado em: 04 de abr. 2016.

SERAFIM, T.; JESÚS, E.; PIERIN, A.M. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.23, n. 5, jun.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf>>. Acessado em: 11 de abr.2016.

TRIBESS, S.; JUNIOR, J.S; PETROSKI E.L. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. *Rev. Baiana*, Salvador, v. 33, n.3, abr. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/217>>. Acessado em: 04 de abr. 2016.

VICTOR, J.F.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C; VASCONCELOS F.F. Perfil sociodemográfico y clínico de adultos mayores atendidos en una Unidad Básica de Salud de la Familia. *Acta Paul Enferm*, Sao Paulo, v. 22, n. 1, fev. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 04 de abr.2016.

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Horário de Início __ __ : __ __

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre seus dados pessoais. Lembramos que estes dados são confidenciais e serão utilizadas apenas para uso interno da pesquisa.

Entrevistador: preencha atentamente os seguintes dados, use sempre LETRA DE IMPRENSA.

A1	Qual a sua idade?	_ _ _ anos
A2	Sexo? [Entrevistado, não faça a pergunta, marque o sexo]	1. M _ 2. F _
A3	Onde nasceu (naturalidade)?	1. Brasil
		2. Outro país 2a. Qual?
A4	Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora neste bairro?	1. Menos de 1 ano _ 2. Total de anos _ _
A5	Qual é seu endereço?	_____
A6	Área da ESF?	_____
A7	Subárea da ESF?	_____
A8	Telefone Fixo?	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
A9	Telefone celular?	_ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
A10	Observações (Entrevistador escreva observações relevante, se houver)	

B. DADOS RESIDENCIAIS E DE SERVIÇOS GERAIS E DE SAÚDE:

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as características da sua residência e serviços gerais e de saúde.

B1	A casa onde o(a) sr(a) mora é?	1. <input type="checkbox"/> própria 2. <input type="checkbox"/> alugada 3. <input type="checkbox"/> cedida
B2	O sistema de esgoto da sua casa é?	1. <input type="checkbox"/> tratado 2. <input type="checkbox"/> fossa 3. <input type="checkbox"/> esgoto aberto
B3	A água usada na sua casa é?	1. <input type="checkbox"/> Sanepar 2. <input type="checkbox"/> poço artesiano 3. <input type="checkbox"/> outro
B4	O sistema de retirada de lixo da sua casa é?	1. <input type="checkbox"/> coleta seletiva 2. <input type="checkbox"/> coleta comum 3. <input type="checkbox"/> outro
B5	A higiene peridomiciliar: <i>(Entrevistador marque o estado da higiene p.)</i>	1. <input type="checkbox"/> boa 2. <input type="checkbox"/> regular 3. <input type="checkbox"/> ruim
B6	Qual o estabelecimento de saúde que o(a) sr(a) utiliza comumente?	1. <input type="checkbox"/> Posto de Saúde 2. <input type="checkbox"/> Convênio ou Particular 3. <input type="checkbox"/> Farmácia 4. <input type="checkbox"/> Outro. 4a. Qual?
B7	Com que frequência o(a) sr(a) faz uso do serviço de saúde?	1. <input type="checkbox"/> mensal 2. <input type="checkbox"/> semestral 3. <input type="checkbox"/> anual 4. <input type="checkbox"/> Outro. 4a. Qual?
B8	Por qual motivo o(a) sr(a) costuma procurar o serviço de saúde?	1. <input type="checkbox"/> rotina / prevenção 2. <input type="checkbox"/> atividade educativa 3. <input type="checkbox"/> doente 4. <input type="checkbox"/> Outro. 4a. Qual?
B9	Em algum dos atendimentos de saúde, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações? <i>[Marque segundo a resposta: 1. Sim 2. Não, pode marcar mais de uma opção]</i>	a. <input type="checkbox"/> Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) b. <input type="checkbox"/> Manter o peso adequado c. <input type="checkbox"/> Ingerir menos sal d. <input type="checkbox"/> Praticar atividade física regular e. <input type="checkbox"/> Não fumar f. <input type="checkbox"/> Não beber em excesso g. <input type="checkbox"/> Fazer o acompanhamento regular h. <input type="checkbox"/> Outro. Qual/is?

B10	Em algum dos atendimentos de saúde foi pedido algum exame?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
B11	Qual exame foi solicitado?	a. <input type="checkbox"/> Exame de sangue b. <input type="checkbox"/> Exame de urina c. <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma d. <input type="checkbox"/> Teste de esforço e. <input type="checkbox"/> Outro. Qual/is?
B12	O(A) sr(a) fez os exames solicitados?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Nunca 3. <input type="checkbox"/> algumas vezes
B13	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados? <i>[Entrevistador: não leia para o entrevistado as alternativas listadas, classifique segundo a resposta, ou especifique a resposta] pode marcar mais de uma opção.</i>	1. <input type="checkbox"/> Problemas com o serviço de saúde (distancia, horário, tempo de espera, etc) 2. <input type="checkbox"/> Tem dificuldades financeiras 3. <input type="checkbox"/> Não acha necessário 4. <input type="checkbox"/> Não sabe quem procurar ou aonde ir 5. <input type="checkbox"/> Outro motive. Qual/is?
B14	Alguma vez o(a) sr(a) se internou?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
B15	Há quanto tempo foi a última internação?	1. <input type="checkbox"/> Há menos de 6 meses 2. <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. <input type="checkbox"/> Há 3 anos ou mais
B16	O(A) sr(a) esta tomando atualmente algum medicamento(s)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
B17	Quais o(s) medicamento(s) utilizado(s) nos últimos tempos: <i>[Entrevistador: escreva o nome do medicamento ou para que doença serve.]</i>	

C. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre algumas características da sua vida.

C1	Sabe ler e escrever?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>
C2	Qual é sua escolaridade?	1. <input type="checkbox"/> Nenhuma (nunca foi para escola) 2. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental Incompleto 3. <input type="checkbox"/> Ensino fundamental Completo 4. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto 5. <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo 6. <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior Completo ou mais
C3	Qual é a sua cor (raça)? <i>[Entrevistador: Leia as opções]</i>	1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Amarela 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena
C4	Qual é a sua Religião? <i>(Entrevistador escreva a resposta)</i>	
C5	Atualmente, qual é o seu estado conjugal? <i>(Se C5=1, 3 ou 4 passe ao C7.)</i>	1. <input type="checkbox"/> Nunca foi casado(a) 2. <input type="checkbox"/> Casado(a) ou vive com companheiro(a) 3. <input type="checkbox"/> Separado(a) ou divorciado(a) 4. <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
C6	Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a)/morando junto? <i>Entrevistador: a pergunta se refere ao casamento atual</i>	1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano 2. Total de anos <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="checkbox"/> NSA
C7	O(a) Sr.(a) teve filhos? (Em caso positivo, quantos?)	1. <input type="checkbox"/> Sim 1a. Quantos?) <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="checkbox"/> Não
C8	Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?	<input type="text"/> <input type="text"/> número total de pessoas (contando o(a) Sr.(a))

C9	Que tipo de trabalho (ocupação) teve durante a maior parte de sua vida? (Entrevistador: se for o caso anote o tipo de trabalho no ponto 1.) (Se C9=2 ou 3 passe ao C12.)	1. 2. <input type="checkbox"/> Nunca trabalhou (em atividade produtiva remunerada) 3. <input type="checkbox"/> Dona de casa
C10	Atualmente o(a) Sr.(a) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada (Se C10=1 passe ao C12.)	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/>
C11	Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?	<input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ anos de idade 1. <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/> _9_ <input type="checkbox"/>
C12	De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida? [Pode marcar mais de uma opção]	1. <input type="checkbox"/> Do seu trabalho 2. <input type="checkbox"/> Da sua aposentadoria 3. <input type="checkbox"/> Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a) 4. <input type="checkbox"/> Da ajuda de parentes ou amigos 5. <input type="checkbox"/> De aluguéis, investimentos 5. <input type="checkbox"/> Bolsa Família 6. <input type="checkbox"/> De outras fontes. Qual?
C13	Em média, qual é a sua renda mensal? Salário mínimo (SM).	1. <input type="checkbox"/> até 1 SM 2. <input type="checkbox"/> 2-3 SM 3. <input type="checkbox"/> > 3 SM
C14	Qual é o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram juntos nesta casa? (Atenção: se C8=1 marque 0 passe ao C15.)	0. <input type="checkbox"/> idem C13 1. <input type="checkbox"/> até 1 SM 2. <input type="checkbox"/> 2-3 SM 3. <input type="checkbox"/> > 3 SM
C15	Como o(a) sr(a) se sente em relação a sua vida em geral? (Se C15=1 passe ao D1.)	1. <input type="checkbox"/> Satisfeito(a) 2. <input type="checkbox"/> Insatisfeito(a) 8. <input type="checkbox"/> Não sabe
C16	Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida? [Entrevistador: não leia para o entrevistado as alternativas listadas, classifique segundo a resposta, pode marcar mais de uma resposta]	1. Problema econômico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 2. Problema de saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 3. Problema de moradia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 4. Problema de transporte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 5. Conflito nos relacionamentos pessoais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 5. Falta de atividades <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 6. <input type="checkbox"/> Outros problemas (especifique)

D. AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E MORBIDADE

As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral.

D1	Em geral, como avalia a sua saúde?	1. <input type="checkbox"/> Muito boa 2. <input type="checkbox"/> Boa 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Ruim 5. <input type="checkbox"/> Muito ruim
D2	Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde está?	1. <input type="checkbox"/> Melhor 2. <input type="checkbox"/> Mesma coisa 3. <input type="checkbox"/> Pior
D3	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) procurar o serviço de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Nos últimos 7 dias 2. <input type="checkbox"/> De 8-30 dias 3. <input type="checkbox"/> Mais de 30 dias
D4	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia? (Se D4=2 passe ao D6 .)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
D5	Qual cirurgia o(a) sr(a) fez?	1. <input type="checkbox"/> Coluna 2. <input type="checkbox"/> Coração 3. <input type="checkbox"/> Articulação 4. <input type="checkbox"/> Hérnia de disco 5. <input type="checkbox"/> Rim 6. <input type="checkbox"/> Pulmão 7. <input type="checkbox"/> Olhos 8. <input type="checkbox"/> Outro. Qual/is?

D6	Alguma vez, algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que o(a) sr(a) tem/tinha alguns dos seguintes problemas de saúde?		<i>[Atenção: leia todas as opções de doenças para o/a entrevistado/a, se afirmativo, pergunte que idade tinha no primeiro diagnóstico d essa doença, e quanto a mesma limita suas atividades habituais]</i>	
	Problema de saúde:	1. Não	2. Sim, que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico desta doença?	3. Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais? 1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente
	1. Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	2. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	3. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	4. Doença do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	5. Derrame ou AVC (Acidente Vascular cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	6. Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	7. Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	8. Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	9. Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	10. Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	11. Outra doença. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>
	12. Outra doença. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> anos	<input type="checkbox"/>

D7	<p>Marcar se o entrevistado tem pelo menos um problema de saúde? <i>[Entrevistador: marcar sim ou não, segundo resposta anterior]</i> (Se D7=2 passe ao D10.)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>
D8	<p>O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do seu/s problema/s de saúde? (Se D8=2 passe ao D10.)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>
D9	<p>Qual o principal motivo da sra/você não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do seu/s problema/s de saúde? <i>[Entrevistador: não leia para o entrevistado as alternativas listadas, classifique segundo a resposta, ou especifique a resposta] pode marcar mais de uma opção.</i></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Problemas com o serviço de saúde (distancia, horário, tempo de espera, etc) 2. <input type="checkbox"/> Tem dificuldades financeiras 3. <input type="checkbox"/> Não acha necessário 4. <input type="checkbox"/> Não sabe quem procurar ou aonde ir 5. <input type="checkbox"/> Outro motive. Qual/is?</p>
D10	<p>O(a) sr(a) tem/ve algum familiar que tenha(m) tido alguma Cardiopatia antes dos 50 anos?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Pai 2. <input type="checkbox"/> Mãe 3. <input type="checkbox"/> Irmão(ã) 4. <input type="checkbox"/> Avó/avô maternos 5. <input type="checkbox"/> Avó/avô paternos 6. <input type="checkbox"/> Nenhum 7. <input type="checkbox"/> NS</p>
D11	<p>O(a) sr(a) tem/ve algum familiar que tenha(m) tido Diabetes?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Pai 2. <input type="checkbox"/> Mãe 3. <input type="checkbox"/> Irmão(ã) 4. <input type="checkbox"/> Avó/avô maternos 5. <input type="checkbox"/> Avó/avô paternos 6. <input type="checkbox"/> Nenhum 7. <input type="checkbox"/> NS</p>
D12	<p>O(a) sr(a) tem/ve algum familiar que tenha(m) tido alguma tipo de Câncer?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Pai 2. <input type="checkbox"/> Mãe 3. <input type="checkbox"/> Irmão(ã) 4. <input type="checkbox"/> Avó/avô maternos 5. <input type="checkbox"/> Avó/avô paternos 6. <input type="checkbox"/> Nenhum 7. <input type="checkbox"/> NS</p>

E. ESTILO DE VIDA

As perguntas deste módulo são sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física, e uso de bebidas alcoólicas e fumo.

E1	Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou pela última vez?	1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 semana 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 semana e menos de 1 mês 3. <input type="checkbox"/> Entre 1 mês e menos de 6 meses 4. <input type="checkbox"/> 6 meses ou mais atrás	
E2	O (a) Sr.(a) sabe seu peso atual? <i>(mesmo que seja valor aproximado)</i>	1. <input type="checkbox"/> Sim 1a. peso _____ , _____ kg 888. <input type="checkbox"/> Não lembra/Não sabe	
E3	O (a) sr(a) acha que o seu peso atual é saudável? (Se E3=1 passe ao E5)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
E4	Porque o (a) sr(a) acha que o seu peso atual não é saudável? <i>[Entrevistador: não leia para o entrevistado as alternativas listadas, classifique segundo a resposta, ou especifique a resposta]</i>	1. Peso atual acima do habitual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 2. Peso atual abaixo do habitual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NS/NR 3. <input type="checkbox"/> Outros problemas (especifique)	
E5	O (a) Sr.(a) sabe sua altura? <i>(mesmo que seja valor aproximado)</i>	_____ m _____ cm	888. <input type="checkbox"/> Não lembra/Não sabe

As seguintes perguntas são sobre a sua alimentação.

<p>E6</p>	<p>Com qual frequência o(a) sr(a) costuma comer os seguintes alimentos? <i>[Marque segundo a resposta segundo o seguinte esquema:</i> _1_ Diariamente _2_ 1-3 vezes por semana _3_ A cada 15 dias _4_ Uma vez por mês _5_ Nunca</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Salada crua 2. <input type="checkbox"/> Legumes e verduras 3. <input type="checkbox"/> Frutas 4. <input type="checkbox"/> Feijão 5. <input type="checkbox"/> Leite ou iogurte 6. <input type="checkbox"/> Batata frita e salgados fritos 7. <input type="checkbox"/> Hambúrguer e embutidos 8. <input type="checkbox"/> Salgadinho de pacote 9. <input type="checkbox"/> Bolacha doce ou recheada 10. <input type="checkbox"/> Refrigerante/suco artificial</p>	<p>11. <input type="checkbox"/> Arroz 12. <input type="checkbox"/> Massas 13. <input type="checkbox"/> Carne vermelha 14. <input type="checkbox"/> Carne branca 15. <input type="checkbox"/> Ovos 16. <input type="checkbox"/> Sucos naturais 17. <input type="checkbox"/> Alimentos integrais 18. <input type="checkbox"/> Peixes 19. <input type="checkbox"/> Chocolates e outros doces</p>
<p>E07</p>	<p>O (a) sr(a) acha que a sua alimentação em geral é:</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Extremadamente saudável 2. <input type="checkbox"/> Muito saudável 3. <input type="checkbox"/> Saudável 4. <input type="checkbox"/> Pouco saudável 5. <input type="checkbox"/> Muito pouco saudável</p>	
<p>E08</p>	<p>O(a) sr(a) acha que a alimentação inadequada pode causar: <i>[Marque segundo a resposta: 1. Sim, 2. Não, 3. Desconhece a doença, 8. NS]</i></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Diabetes, açúcar no sangue? 2. <input type="checkbox"/> Pressão alta? 3. <input type="checkbox"/> AIDS? 4. <input type="checkbox"/> Osteoporose, fraqueza nos ossos? 5. <input type="checkbox"/> Câncer de pulmão? 6. <input type="checkbox"/> Depressão? 7. <input type="checkbox"/> Cirrose, doença no fígado? 8. <input type="checkbox"/> Infarto do coração?</p>	

As seguintes perguntas são sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

E09	O (a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? <i>[Entrevistador: leia as alternativas listadas]</i> (Se E09=2 passe ao E12)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
E10	Com que frequência o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	1. <input type="checkbox"/> Todos os dias 2. <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana 3. <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana 4. <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana 5. <input type="checkbox"/> Quase nunca
E11	O (a) sr(a) acha que o seu consumo de bebida alcoólica em geral é:	1. <input type="checkbox"/> Extremadamente saudável 2. <input type="checkbox"/> Muito saudável 3. <input type="checkbox"/> Saudável 4. <input type="checkbox"/> Pouco saudável 5. <input type="checkbox"/> Muito pouco saudável
E12	O(a) sr(a) acha que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar: <i>[Marque segundo a resposta: 1. Sim, 2. Não, 3. Desconhece a doença, 8. NS]</i>	1. <input type="checkbox"/> Diabetes, açúcar no sangue? 2. <input type="checkbox"/> Pressão alta? 3. <input type="checkbox"/> AIDS? 4. <input type="checkbox"/> Osteoporose, fraqueza nos ossos? 5. <input type="checkbox"/> Câncer de pulmão? 6. <input type="checkbox"/> Depressão? 7. <input type="checkbox"/> Cirrose, doença no fígado? 8. <input type="checkbox"/> Infarto do coração?

As seguintes perguntas são sobre prática de atividade física no seu dia a dia.

E13	Atualmente, o(a) sr(a) realiza alguma atividade física? (Se E13= 2 passe ao E18)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
E14	Qual o exercício físico ou esporte que a sra/você pratica com mais frequência? <i>[Escreva a resposta:]</i>	
E15	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	<input type="checkbox"/> dias por semana 0. <input type="checkbox"/> Nunca ou menos do que uma vez por semana
E16	Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	<input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos
E17	Com que objetivos o(a) sr(a) costuma praticar a atividade física:	1. <input type="checkbox"/> Estética 2. <input type="checkbox"/> Lazer 3. <input type="checkbox"/> Terapêutico (por problema de saúde) 4. <input type="checkbox"/> Condicionamento Físico 5. <input type="checkbox"/> Convívio Social 6. <input type="checkbox"/> Emagrecimento 6. <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
E18	O(a) sr(a) acha que a falta de atividade física, sedentarismo , pode causar: <i>[Marque segundo a resposta: 1. Sim, 2. Não, 3. Desconhece a doença, 8. NS]</i>	1. <input type="checkbox"/> Diabetes, açúcar no sangue? 2. <input type="checkbox"/> Pressão alta? 3. <input type="checkbox"/> AIDS? 4. <input type="checkbox"/> Osteoporose, fraqueza nos ossos? 5. <input type="checkbox"/> Câncer de pulmão? 6. <input type="checkbox"/> Depressão? 7. <input type="checkbox"/> Cirrose, doença no fígado? 8. <input type="checkbox"/> Infarto do coração?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doenças crônicas não transmissíveis em Foz do Iguaçu: Fatores de risco e mortalidade

Pesquisador: Carmen Justina Gamarra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22459713.3.0000.5230

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 475.925

Data da Relatoria: 05/12/2013

Apresentação do Projeto:

O impacto das doenças e agravos não transmissíveis sobre as sociedades humanas é crescente. Os custos econômicos e sociais delas decorrentes são grandes, seja devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais.¹ Trata-se de um crescente problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.

As principais doenças deste grupo são as do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas. São doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. As diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, renda e as desigualdades no acesso à informação, são ainda fatores determinantes para essas doenças.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar uma análise descritiva dos dados de mortalidade por doenças crônicas no município de Foz do Iguaçu, e a realidade desta em nível estadual e nacional,

Endereço: Avenida Presidente Kennedy 2601

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

CEP: 85.660-000

UF: PR

Município: DOIS VIZINHOS

Telefone: (46)3581-5000

Fax: (46)3581-5000

E-mail: leandro@unisep.edu.br

Continuação do Parecer: 475.925

subsidiando o planejamento estratégico das ações, para melhoramento dos indicadores de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não apresenta qualquer risco para os avaliados e avaliadores, e tem grande relevância e benefícios, pois os dados coletados são de suma importância para a saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de grande relevância, pois trata de dados que podem após análise determinar diretrizes e ações de grande repercussão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado, de acordo com as normas éticas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

DOIS VIZINHOS, 02 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Leandro Caetano Guenka
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Kennedy 2601

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

CEP: 85.660-000

UF: PR

Município: DOIS VIZINHOS

Telefone: (46)3581-5000

Fax: (46)3581-5000

E-mail: leandro@unisep.edu.br