UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS: ESTUDO DE MORBIDADES, CUSTOS E FATORES DE RISCO EM MARINGÁ- PARANÁ

Ludmila Lopes Maciel Bolsoni

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ
2014

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS: ESTUDO DE MORBIDADES, CUSTOS E FATORES DE RISCO EM MARINGÁ- PARANÁ

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo

Profª. Drª. Cássia Kely Favoretto Costa (Orientadora)
Profª. Drª. Mirian Ueda Yamaguchi (Co-orientadora)

MARINGÁ
DEZEMBRO DE 2014

Educação não transforma o mundo, Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo.

Paulo Freire

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, nosso Pai. Sempre grata a ti Senhor!

A professora orientadora e amiga Cassia Kely Favoretto Costa, pela compreensão e presteza, incentivando e dedicando sua admirável inteligência.

A minha família, esposo Evandro, filhos Caroline e Enzo, pela compreensão, dedicação, apoio e de palavras de incentivo de força e fé.

Aos amigos, a todos que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho fruto de dedicação, persistência e fé.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

ONU: Organizações das Nações Unidas

SIMTEL: Sistema de Monitoramento de Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis a partir de Entrevistas Telefônicas

VIGITEL: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

PNAD: Pesquisa Nacional de Amostra de Domicilio

CECAPS: Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ATI: Academia da Terceira Idade

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SIAB: Sistema de Informação Atenção Básica

CAPS: Centro Atenção Psicossocial

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição de internações hospitalares devido doenças respiratórias segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=507). ……17
Tabela 2 – Distribuição de internações hospitalares devido doenças cardiovasculares, segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=4.125).....21
Tabela 3 – Distribuição de internações hospitalares devido a Diabetes, segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=1.394).....21
Tabela 4 – Distribuição de internações hospitalares devido as neoplasias, segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=9.881) 23
Tabela 5 – Custos absoluto e médio das internações hospitalares do SUS, por doença e sexo em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 24

ARTIGO 2

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos em uma UBS de Maringá-Paraná segundo característica demográfica, 2014.....42
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes atendidos em uma UBS de Maringá-Paraná segundo as características socioeconômicas, 2014.....43
Tabela 3 – Associação entre hábito de fumar, fatores socioeconômicos, demográficos e consumo de álcool em pacientes atendidos em uma UBS de Maringá –Paraná,2014.....46
Tabela 4 – Associação para o consumo de álcool, fatores socioeconômicos, demográficos e consumo de tabaco em pacientes atendidos em uma UBS de Maringá – Paraná, 2014…….....47
Tabela 5 – Associação entre ato de se movimentar, fatores socioeconômicos, demográficos, consumo de álcool e tabaco em pacientes atendidos em uma UBS de Maringá – Paraná, 2014 48

SUMÁRIO

RESUMO GERAL……8

1 INTRODUÇÃO.....9

1.1. REFERÊNCIAS.....12

2 ARTIGO 1 - PERFIL DAS MORBIDADES E CUSTOS HOSPITALARES DO SUS POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MARINGÁ-PARANÁ (2008-2012)

2.1 INTRODUÇÃO.....15

2.2 MATERIAL E MÉTODO 16

2.3 RESULTADOS.....17

2.4 DISCUSSÃO 25

2.5 CONCLUSÃO.....31

2.6 REFERÊNCIAS.....32

3 ARTIGO 2 – ASSOCIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

3.1 INTRODUÇÃO 37

3.2 MATERIAL E MÉTODO 41

3.3 RESULTADOS.....43

3.4 DISCUSSÃO 52

3.5 CONCLUSÃO.....55

3.4 REFERÊNCIAS.....55

4 CONCLUSÃO……..60

5 ANEXOS

5.1 ANEXO 1.....61

5.2 ANEXO 2.....62

5.3 ANEXO 3.....65

6. APÊNDICE 67

RESUMO GERAL

Este trabalho avaliou e caracterizou sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Maringá/Paraná, tais como: neoplasias, cardiovasculares, respiratórias e Diabete Melitus e os fatores de risco. Destaca-se como foco principal os gastos destinados a internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde e a incidência das doenças no período de 2008 a 2012 e a pesquisa de campo em pacientes atendidos em uma UBS em Maringá/Paraná para o estudo dos fatores de risco. Refletiu sobre a incidência das doenças, trançando um paralelo entre os gastos em internações pelo sistema e a influência dos aspectos socioeconômicos, demográficos e os fatores de risco para acometimento das DCNT. Neste contexto, a pesquisa apontou que o tema gastos e fatores de risco, apesar de amplamente discutido, necessita de atenção e estudos referentes a cidades de médio e pequeno porte. A pesquisa constatou ainda que estudos sobre os gastos e fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são relevantes para os gestores do SUS, profissionais de saúde e comunidade para a elaboração de políticas públicas efetivas proporcionando o aumento da qualidade de vida e da expectativa de vida da população.

Palavras-chave: Doenças Crônicas. Epidemiologia. Fatores de Risco. Gastos em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta dois artigos sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os quais estão centrados nos seguintes aspectos: a) perfil das morbidades e dos custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes e neoplasias em Maringá-Paraná, entre 2008 e 2012 e b) análise da associação de fatores de risco para DCNT e condições socioeconômicas e demográficas de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Maringá/Paraná.

As DCNT estão inseridas em um grupo de doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco (má alimentação; tabagismo; consumo excessivo de bebidas alcoólicas; sedentarismo e expansão da jornada de trabalho) e com período assintomático e suas manifestações clínicas persistem com períodos de remissão e exacerbação, ocasionando lesões celulares irreversíveis. Desencadeiam uma série de alterações físico-emocionais e compromete a capacidade e habilidade para executar atividades do cotidiano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; ABEGUNDE, et al., 2007; PARANÁ, 2008).

As transições epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas promovem, a nível mundial e nacional, maiores prevalências de DCNT, entre elas as cardiovasculares, pulmonares obstrutivas crônicas, do aparelho locomotor, endócrinas nutricionais e metabólicas, neoplasias e diabetes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PARANÁ, 2008).

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX, a qual está ocorrendo em virtude da queda da taxa de natalidade e mortalidade, inovações científicas, tecnológicas, mudanças no estilo de vida e inserção da mulher no mercado de trabalho (ARAÚJO, 2012; ABEGUNJE et al., 2007; BRASIL, 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a expectativa de vida nos países em desenvolvimento é igual a 68 anos e nas regiões desenvolvidas é de 75 anos. Nas duas últimas décadas, a composição da população brasileira vem apresentando mudanças com redução na quantidade de jovens e aumento dos idosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, cerca de 36 milhões de indivíduos morrem devido às DCNT. Os agravos destas doenças afetam

o desenvolvimento social e econômico de países (por exemplo, Brasil, China, Índia e Rússia), cujos anos produtivos de vida da população sofrem redução devido a alteração na renda familiar (maiores custos) e da qualidade de vida de cada indivíduo (GOULART, 2011; MALTA; et al. 2013).

Em 2010, as DCNT no Brasil corresponderam a 72% de causas de óbitos, sendo que as taxas em homens e mulheres foram respectivamente de 479 casos e 333 casos por 100000/habitantes, respectivamente. Os grupos de DCNT com maior incidência[1] no público masculino foram as doenças cardiovasculares, câncer e doenças crônicas respiratórias (MARTINS et al., 2011). Nas mulheres, o destaque foi para as neoplasias (colo do útero e mama), seguido das doenças cardiovasculares e respiratórias (STEVENS; SCHMIDT; DUCAN, 2012; BRASIL, 2011).

O aumento das DCNT gera maior demanda nas internações hospitalares, tratamentos medicamentosos e na reabilitação dos pacientes, este último induz a expansão dos gastos na atenção secundária e terciária do SUS - média e alta complexidade, respectivamente (MALTA et al., 2006; PARANÁ, 2008; OLIVEIRA et al., 2013).

Pesquisas realizadas com a população brasileira no sentido de monitorar os fatores de riscos relacionados às DCNT, destacando: o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico–VIGITEL realizados nas capitais brasileiras (BRASIL, 2007) e o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (SIMTEL), realizado nos municípios de Botucatu e São Paulo (PEIXOTO et al., 2005; CARVALHAES; MOURA; MONTEIRO, 2008).

Apesar de existirem estudos sobre morbidades[2] das DCNT, o levantamento de dados e pesquisas sobre fatores de risco para população brasileira é ainda recente e priorizando as capitais. Existe a necessidade de investigar esses aspectos a nível regional (cidades de médio e pequeno porte), considerando a população e suas condições de vida.

Nesse contexto, estudos sobre mudanças dos padrões de morbidade e gastos em saúde por DCNT e a investigação da prevalência dos fatores de risco são

[1] Termo em epidemiologia que traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população (PEREIRA, 1995).

[2] Refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (PEREIRA, 1995).

.

aspectos de grande relevância. Estes dados podem favorecer o desenvolvimento de ações de prevenção e declínio da incidência dessas doenças. Além disso, poderão refletir em uma redução dos custos do SUS nos níveis de atenção secundária e terciaria.

A hipótese central desta pesquisa refere-se ao fato de que se houver um declínio no número de casos de DCNT em qualquer região, consequentemente ocorrerá redução da demanda por exames, tratamentos, internações hospitalares e assistência médica de alta complexidade. Isso proporcionará queda dos custos hospitalares e aumento da qualidade e da expectativa de vida dos indivíduos.

Diante do exposto, o artigo 1 desta dissertação tem por objetivo caracterizar as morbidades e os custos hospitalares do SUS por DCNT em Maringá-Paraná, entre 2008 e 2012. A questão central do estudo é a seguinte: qual é o perfil das morbidades e dos custos hospitalares referentes às doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes e neoplasias em Maringá, entre 2008 e 2012? Buscou-se realizar um estudo comparativo destes quatro grupos de doenças considerando a faixa etária, o sexo, o ano e os gastos totais do SUS.

O segundo artigo tem como objetivo avaliar os fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis (tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo) e associá-los com os aspectos socioeconômicos e demográficos de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Maringá-Paraná. As questões investigadas são as seguintes: a) qual é o perfil dos fatores de risco de DCNT em pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-Paraná? Como estes fatores de risco impactam na qualidade de vida dessa população analisada? Como método empírico utilizou-se a estatística descritiva (distribuição de frequência simples, relativa e cálculo da média) e inferencial (teste do Qui-Quadrado e de Fischer).

Esta dissertação está organizada em mais três seções, além dessa introdução geral. A seção 2 e 3 referem-se aos artigos 1 e 2, respectivamente, os quais estão compostos por introdução, material e método, resultados, discussão e considerações finais. Por fim, a seção 4 traz as conclusões gerais da dissertação.

1.1. REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, Dele O.; MATHERS, Colin; ADAM, Taghreed; ORTEGON, Monica. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9603, p.1929-38, 2007.

ARAUJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.21, n.4, p.533-538, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico:** estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHAES, Maria Antonieta Barros Leite; MOURA, Erly Catarina; MONTEIRO, Carlos Augusto. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v.11, n. 1, p. 14-23, 2008.

GOULART, Flavio de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Organização Pan- Americana de Saúde. Brasília-DF: Ministério da saúde, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATISTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 Out. 2014.

MALTA, Debora Carvalho; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo; MORAIS, Otaliba Libânio Morais; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho, DIMECH, Cristiane Penaforte do Nascimento, MOURA, Lenildo, SILVA Junior, Jarbas Barbosa. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. vol.22, n.1, p.171-178, 2013.

MARTINS, Leticia Neves; SOUZA, Luana Sara.; SILVA, Cinthia Ferreira; MACHADO, Rafael Silveira; Silva, Carlos Eduardo Ferreira; VILAGRA, Marlon Mohamed; VILAGRA, Carlos Vitor Alencar; PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em vassouras, RJ. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 5, p. 299-307, 2011.

OLIVEIRA, Maryane Campos; NETO, João Felício Rodrigues; SILVEIRA, Marise Fagundes; NEVES, Daniele Malard Rocha; VILHENA, Janine Moraes; OLIVEIRA, Juliana Fonseca; MAGALHÃES, Júlio Cesar; DRUMOND, Daniel. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.18, n.3, p.873-882, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ-SESA. **Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná**. 2ª ed. Curitiba: Paraná, p.97, 2008.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. 1ª ed. Guanabara Koogan, Capítulo 2, p. 40 – 65, 1995.

PEIXOTO, Maria Rosário Gondim; MONEGO, Estelamaris Tronco; ALEXANDRE, Veruska Prado; SOUZA, Rávila Graziany Machado; MOURA, Erly Catarina. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas experiência de Goiânia, Goiás e Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

STEVENS, Antony; SHMIDT; Maria Inês; DUCAN, Bruce Bartholow. Gender inequalities in non communicable disease mortality in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.10, p. 2627-2634, 2012.

2 ARTIGO 1 - PERFIL DAS MORBIDADES E CUSTOS HOSPITALARES DO SUS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MARINGÁ-PARANÁ (2008-2012)

Ludmila Lopes Bolsoni[3]
Cássia Kely Favoretto Costa[4]
Mirian Ueda Yamaguchi [5]

RESUMO

O objetivo deste estudo foi caracterizar as morbidades e os custos das internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no SUS em Maringá-Paraná entre 2008 e 2012. Tratou-se de estudo analítico e retrospectivo, no intuito de desenvolver a partir da coleta de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis utilizadas na pesquisa foram o número de autorizações de internações hospitalares e o gasto total do SUS com as doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias. Dentre as quatro morbidades avaliadas nos cinco anos, as neoplasias (9.881 casos) e as doenças cardiovasculares (4.125 casos) se mostraram as mais prevalentes. As primeiras apresenta-se como maior expoente o sexo feminino principalmente na faixa etária de 45 a 49 anos (71,9%). As últimas destaca-se predominância do sexo masculino, na faixa de 50 a 69 anos (28,42%); e apesar de demandarem menor número de internações, são mais dispendiosas para o SUS. Para ambos os sexos, as doenças respiratórias seguem um comportamento de queda na frequência de casos (77,3%), enquanto a diabetes se mantém estável ao longo do período analisado. Conclui-se que as morbidades apresentadas ocasionam ao SUS e na economia altos gastos com tratamento e reabilitação de pacientes na atenção secundária e terciária. As informações epidemiológicas fornecidas pelo SIH/SUS podem ser usadas como instrumentos de acompanhamento da situação real do município e com isso contribuir para as políticas públicas de prevenção as DCNT na região.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas. Epidemiologia. Gastos em Saúde. Hospitalização. Vigilância.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the morbidity and hospital costs of the Unified Health System (SUS) from chronic non communicable diseases (NCDs) in Maringa, Parana between 2008 and 2012. It was about analytical and retrospective, no intuito de developed from the collection of the SUS Hospital Information System data (SIH / SUS). The variables used in the research were the number of hospital admissions authorizations and the total SUS spent on cardiovascular disease, respiratory, diabetes and neoplasms. Among the four morbidities assessed in five

[3] Aluna do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: ludmilalopesbolsoni@gmail.com.
[4] Orientadora e Docente Doutora dos Programas de Mestrado em Promoção da Saúde e de Gestão do Conhecimento nas Organizações e do curso de Administração do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: cfavoretto@hotmail.com.
[5] Co-orientadora e Docente Doutora do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e do curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: miriamueda@gmail.com.

years, neoplasms (9,881 cases) and cardiovascular diseases (4,125 cases) were the most prevalent. The first presented as the greatest exponent females, especially in the age group 45-49 years (71.9%). The last represent a predominance of males, aged 50 to 69 years (28.42%); and although they demand fewer hospitalizations, are more costly for the NHS. For both sexes, respiratory diseases follow a decreasing behavior in the frequency of cases (77.3%), while diabetes is stable over the analysis period. We conclude that the presented morbidities induce the SUS and the economy high spending on treatment and rehabilitation of patients in secondary and tertiary care. Epidemiological information provided by SIH / SUS can be used as tools for the actual situation monitoring of the municipality and thus contribute to public policies to prevent the NCDs in the region.

Keywords: Chronic Disease; Epidemiology; Health Expenditures; Hospitalization; Surveillance.

2.1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são classificadas como importante problema de saúde pública, uma vez que estão cada vez mais evidentes no contexto das comorbidades[6] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; LONGO et al., 2011; LLIBRE et al., 2011). Os fatores comportamentais como dietas altamente calóricas, sedentarismo, estresse, tabagismo e consumo abusivo de álcool predispõem as DCNT destacando o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias, cardiovasculares, do aparelho locomotor, endócrinas nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2011).

As DCNT correspondem a 63% das mortes no mundo (36 milhões de pessoas a cada ano) e tem atingido a população de faixa etária menor que 60 anos, especialmente nos países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Schmidt et al. (2011) apontam que, no Brasil, em 2007, a porcentagem (72%) de carga de mortes referentes à DCNT era superior a mundial, sendo a taxa de mortalidade de aproximadamente 540 óbitos para cada 100 mil habitantes. No Paraná, essa taxa, em 2009, foi de aproximadamente 348,1 óbitos por 100 mil habitantes (PARANÁ, 2011).

O SUS, em 2010, gastou com internações hospitalares por DCNT o equivalente a 2,4 bilhões de reais (68% do total de gastos) e 1,2 bilhões (32%) referentes ao tratamento ambulatorial. O custo dos agravos proporcionados aos pacientes com estas doenças são mais altos do que aqueles destinados a

[6] É a associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente (PEREIRA, 1995).

prevenção das mesmas (STEVENS; SCHMIDT; DUCAN, 2012; BAHIA; ARAUJO, 2014). Esse fato no Brasil relaciona-se a escolha maciça pela medicina curativa em detrimento da preventiva, focando no atendimento e tratamento dessas doenças em serviços de urgência, emergência e hospitalização (LIMBERGER, 2012).

Assim, estudos regionais sobre morbidade e custos tornam-se relevantes por fornecerem indicadores locais, os quais podem ser usados no desenvolvimento de políticas públicas de prevenção às DCNT e a melhoria na gestão do SUS.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi caracterizar as morbidades e os custos hospitalares do SUS por DCNT (doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias) em Maringá-Paraná, entre 2008 e 2012.

2.2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo analítico, comparativo e retrospectivo, desenvolvido a partir da coleta de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para Maringá-Paraná, disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/ cnv/nrPR.def. As informações disponibilizadas pelo SIH-SUS são secundárias e de domínio público e gratuito.

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2013, considerando os seguintes critérios de inclusão: 1) local de residência; 2) sexo; 3) ano (2008 a 2012); 4) faixa etária (25 a 80 anos ou mais) e 5) tipo de doença (respiratória, cardiovascular, diabetes e neoplasia). A análise foi centralizada nestes quatro grupos de doenças e na faixa etária destacada devido à representatividade no perfil das internações hospitalares e dispêndios para o SUS. Os anos de 2008 a 2012 foram selecionados devido à disponibilidade completa das informações para a cidade no momento da coleta. Os aspectos que não se enquadraram nestes critérios foram excluídos da pesquisa.

As causas de internações foram agrupadas por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – CID- 10, sendo que: a) o Capítulo X corresponde às Doenças do Aparelho Respiratório; b) o Capítulo IX trata das Doenças do Aparelho Circulatório; c) o Capítulo IV diz respeito às Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (devido à prevalência, nesta pesquisa foi dada ênfase ao Diabetes) e; d) o Capítulo II refere às Neoplasias (Tumores).

As variáveis coletadas nesta pesquisa foram: a) número de autorizações de internações hospitalares (AIH) pagas pelo SUS e b) valor (absoluto) total das internações para os 4 grupos de doenças.

A estatística descritiva foi aplicada a partir das distribuições de frequência simples e relativa, além do cálculo de média. O custo médio por internação foi mensurado pela divisão entre o valor total pago pelo SUS por grupo de doença e o número de internações hospitalares de cada grupo.

Após a coleta, os dados foram tabulados, organizados e sumarizados em planilha do *Microsoft* Excel 2010. Nas estimativas utilizou-se o *software Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 18. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR (CEP), parecer número 562.087 (Anexo 2).

2.3 RESULTADOS

O número total de internações hospitalares ocorridas em Maringá, entre 2008 e 2012, tendo como causa principal uma dos quatro grupos de DCNT foi de 15.907 internações, sendo 507 de doenças respiratórias, 4.125 de doenças cardiovasculares, 9.881 de neoplasias e 1.394 de diabetes.

Na Tabela 1, observa-se que o total de internações por doenças respiratórias em Maringá-Paraná, entre 2008 e 2012, foi de 507 casos, sendo 319 para homens e 188 para mulheres. A maior concentração ocorreu em 2008 (39,1%) e a menor em 2012 (8,9%). Durante o período em analise houve redução de 77,3% na morbidade hospitalar por doenças respiratórias com média de 101 internações.

No ano de 2008, o sexo masculino apresentou o maior número de internações (125 casos), com queda de 82,4% entre 2008 e 2012 (Tabela 1). A prevalência mais alta de hospitalizações ocorreu na faixa etária de 60 a 64 anos e 65 a 69 anos com 16,8% para cada uma, respectivamente. A menor (0,8%) foi identificada entre 50 e 54 anos.

Em 2009, a faixa etária masculina de maior prevalência foi de 60 a 64 anos, com 19,8% internações por doenças respiratórias. Para as idades entre 35-39 e 45-49 evidenciaram-se as menores prevalências (2,3% para cada uma). Em 2010, o destaque foi para os indivíduos com idade entre 65 – 69 anos (15,5%) e 70-74 anos (15,5%). No ano de 2011, a concentração de internações deste sexo ocorreu entre

60 e 64 anos (25,0%). Em 2012, a faixa de 75 a 80 anos ou mais apresentou o maior valor com 9 casos - participação conjunta de 40,9% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de Internações hospitalares devido as doenças respiratórias segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=507)

Faixa Etária	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Homens (n=319)											
25-29	9	7,2	3	3,5	5	8,6	2	7,1	1	4,5	20
30-34	3	2,4	3	3,5	1	1,7	1	3,6	1	4,5	9
35-39	2	1,6	2	2,3	1	1,7	0	0,0	1	4,5	6
40-44	3	2,4	4	4,7	3	5,2	2	7,1	0	0,0	12
45-49	12	9,6	2	2,3	6	10,3	2	7,1	0	0,0	22
50-54	1	0,8	5	5,8	6	10,3	2	7,1	2	9,1	16
55-59	9	7,2	5	5,8	6	10,3	0	0,0	2	9,1	22
60-64	21	16,8	17	19,8	5	8,6	7	25,0	2	9,1	52
65-69	21	16,8	14	16,3	9	15,5	2	7,1	2	9,1	48
70-74	15	12,0	8	9,3	9	15,5	2	7,1	2	9,1	36
75-79	15	12,0	13	15,1	0	0,0	4	14,3	4	18,2	36
80 ou mais	14	11,2	10	11,6	7	12,1	4	14,3	5	22,7	40
Total	125	100,0	86	100,0	58	100,0	28	100,0	22	100,0	319
Mulheres (n=188)											
25-29	2	2,7	3	7,7	2	7,4	0	0,0	1	4,3	8
30-34	4	5,5	5	12,8	2	7,4	2	7,7	0	0,0	13
35-39	2	2,7	3	7,7	2	7,4	0	0,0	1	4,3	8
40-44	15	20,5	3	7,7	0	0,0	1	3,8	1	4,3	20
45-49	3	4,1	0	0,0	0	0,0	1	3,8	3	13,0	7
50-54	4	5,5	4	10,3	2	7,4	2	7,7	0	0,0	12
55-59	5	6,8	5	12,8	0	0,0	1	3,8	5	21,7	16
60-64	5	6,8	5	12,8	3	11,1	3	11,5	4	17,4	20
65-69	9	12,3	2	5,1	5	18,5	4	15,4	1	4,3	21
70-74	11	15,1	4	10,3	5	18,5	5	19,2	1	4,3	26
75-79	9	12,3	3	7,7	1	3,7	6	23,1	2	8,7	21
80 ou mais	4	5,5	2	5,1	5	18,5	1	3,8	4	17,4	16
Total	73	100,0	39	100,0	27	100,0	26	100,0	23	100,0	188
Total Geral	198		125		85		54		45		507

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

Com relação a doenças respiratórias para o sexo feminino, foi possível evidenciar que, em 2008, ocorreu o maior número de internações (73 casos) quando comparado aos demais anos. Houve redução de 68,5% nesta variável entre 2008 e 2012 (Tabela 1).

Em 2008, a faixa etária de 40 a 44 anos teve a participação mais alta no total de hospitalizações (20,5%). De 25 a 29 e 35 a 39 anos, constatou-se o menor número, com 2 internações apenas para cada grupo de idade (2,7%). No ano de 2009, os números de internações para cada categoria de idade se mostrou muito similar, variando de zero (45 a 49 anos) a 5 casos (faixas de 30 a 34, 55 a 59 e 60 a 64 anos, respectivamente).

Em 2010, as faixas com os maiores índices de internações foram de 65 a 69, de 70 a 74 e de 80 anos ou mais, com 18,5% dos casos cada uma. Já de 40 a 44, de 45-49 e de 50-54 anos não houve internações por doenças respiratórias. Avaliando 2011, a categoria de 75 a 79 anos teve mais casos, com 6 internações (23,0%), e nenhum caso entre 25 a 29 e 35 a 39 anos. Em 2012, a faixa etária entre 55 a 59 anos apresentou a maior quantidade de internações (21,7%), e entre 30 a 34 e 50 a 54 anos, não houve internações (Tabela 1).

As internações hospitalares por doenças cardiovasculares (Tabela 2), por sua vez, totalizaram 4.125 casos, sendo que a maior percentagem (23,1%) ocorreu em 2009 e a menor (15,2%) em 2011. No período analisado, esta variável apresentou comportamento oscilatório: aumento de 3,6% entre 2008 e 2009; queda de 34,4% entre 2009 e 2011 e expansão de 11,3% entre 2011 e 2012.

Para o sexo masculino, entre 2008 e 2009, observou-se que as internações por doenças cardiovasculares permaneceram constante com 515 casos para cada ano. Entre 2009 e 2011, esta variável teve redução de 34,2%; já de 2011 a 2012, houve crescimento de 27,1%. No ano de 2008, a faixa etária masculina 50-69 anos foi preponderante, concentrando 28,42% do total de internações. Em 2009, 2010, 2011 e 2012, esse comportamento se manteve cujas prevalências acumuladas foram de 47,8%, 54,1%, 55,5% e 56,1%, respectivamente (Tabela 2).

Com relação ao total de internações femininas por doenças cardiovasculares (Tabela 2), houve uma pequena oscilação entre 2008 e 2010. No período 2010-2011, a redução das autorizações foi equivalente a 32,5%; já entre 2011 e 2012, observou-se aumento de 11,3%. O ano de 2008 tem a faixa etária acumulada de 55 a 80 anos ou mais como a mais prevalente (71,4%). Já 2009, ainda que revele poucas alterações numéricas entre as idades, tem como faixa mais relevante a correspondente aos 45-69 anos, com 56,3% do total de internações para o ano.

Tabela 2 – Distribuição de Internações hospitalares devido as doenças cardiovasculares segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=4.125)

Faixa Etária	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Homens (n=2.292)											
25-29	9	1,7	11	2,1	4	0,8	1	0,3	4	0,9	29
30-34	3	0,6	13	2,5	9	1,8	7	2,1	7	1,6	39
35-39	12	2,3	20	3,9	21	4,3	8	2,4	9	2,1	70
40-44	21	4,1	45	8,7	21	4,3	19	5,6	16	3,7	122
45-49	37	7,2	43	8,3	35	7,1	33	9,7	31	7,2	179
50-54	61	11,8	63	12,2	50	10,2	43	12,7	48	11,1	265
55-59	62	12,0	70	13,6	61	12,4	57	16,8	70	16,2	320
60-64	73	14,2	46	8,9	82	16,7	48	14,2	64	14,8	313
65-69	74	14,4	67	13,0	73	14,8	40	11,8	60	13,9	314
70-74	51	9,9	57	11,1	56	11,4	37	10,9	43	10,0	244
75-79	52	10,1	45	8,7	44	8,9	23	6,8	34	7,9	198
80 ou mais	60	11,7	35	6,8	36	7,3	23	6,8	45	10,4	199
Total	515	100,0	515	100,0	492	100,0	339	100,0	431	100,0	2.292
Mulheres (n=1.833)											
25-29	12	3,0	6	1,4	9	2,1	4	1,4	4	1,5	35
30-34	5	1,2	14	3,2	11	2,5	13	4,5	0	0,0	43
35-39	15	3,7	25	5,7	27	6,2	10	3,5	2	0,8	79
40-44	26	6,4	29	6,6	43	9,9	16	5,6	16	6,0	130
45-49	26	6,4	46	10,5	32	7,4	20	7,0	19	7,1	143
50-54	32	7,9	51	11,6	54	12,4	36	12,5	30	11,3	203
55-59	43	10,6	44	10,0	49	11,3	38	13,2	27	10,2	201
60-64	54	13,3	52	11,8	74	17,0	51	17,8	27	10,2	258
65-69	44	10,8	54	12,3	31	7,1	39	13,6	43	16,2	211
70-74	51	12,6	34	7,7	35	8,0	26	9,1	34	12,8	180
75-79	49	12,1	36	8,2	23	5,3	13	4,5	40	15,0	161
80 ou mais	49	12,1	48	10,9	47	10,8	21	7,3	24	9,0	189
Total	406	100,0	439	100,0	435	100,0	287	100,0	266	100,0	1.833
Total Geral	921		954		927		626		697		4.125

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

Em 2010, a faixa preponderante é de 60-64 anos (17,0% das internações). Em termos acumulados, o intervalo de idade mais relevante é dos 50-64 anos (40,7%). Do mesmo modo, em 2011, a faixa com maior prevalência por doenças cardiovasculares é a dos 60-64 anos (17,8%) e a faixa acumulada mais importante se enquadra entre os 50 e 69 anos (57,1%). Por último, 2012, foi um ano em que

indivíduos com idade entre 75 e 79 anos apresentaram a participação mais alta (15,0%) no total de internações. O maior percentual acumulado (75,9%) ficou entre as faixas de 50 a 79 anos (Tabela 2).

Evidencia-se na Tabela 3 que, de um total de 1.394 internações por Diabetes, a maioria dos casos (24,0%) ocorreram em 2010. Entre 2008 e 2010, tem-se um aumento nas morbidades de 17,6%; contudo, no período 2010-2012, houve redução de 20,7%.

Tabela 3 – Distribuição de Internações hospitalares devido a Diabetes segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná de 2008 a 2012 (n=1.394)

Faixa Etária	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Homens (n=732)											
25-29	8	5,4	3	2,1	4	2,4	1	0,8	0	0,0	16
30-34	2	1,3	1	0,7	0	0,0	5	4,1	1	0,7	9
35-39	2	1,3	5	3,5	4	2,4	0	0,0	3	2,0	14
40-44	10	6,7	9	6,3	10	6,0	8	6,6	8	5,3	45
45-49	6	4,0	8	5,6	13	7,8	13	10,7	12	7,9	52
50-54	12	8,1	11	7,7	9	5,4	11	9,1	18	11,8	61
55-59	28	18,8	27	18,9	22	13,2	15	12,4	24	15,8	116
60-64	22	14,8	13	9,1	28	16,8	11	9,1	15	9,9	89
65-69	16	10,7	18	12,6	20	12,0	22	18,2	22	14,5	98
70-74	12	8,1	18	12,6	22	13,2	8	6,6	13	8,6	73
75-79	15	10,1	12	8,4	11	6,6	7	5,8	15	9,9	60
80 ou mais	16	10,7	18	12,6	24	14,4	20	16,5	21	13,8	99
Total	149	100,0	143	100,0	167	100,0	121	100,0	152	100,0	732
Mulheres (n=662)											
25-29	3	2,2	0	0,0	4	2,4	8	7,3	2	1,8	17
30-34	5	3,7	2	1,4	2	1,2	1	0,9	0	0,0	10
35-39	9	6,7	3	2,2	3	1,8	2	1,8	1	0,9	18
40-44	4	3,0	9	6,5	4	2,4	2	1,8	5	4,4	24
45-49	5	3,7	7	5,1	12	7,2	5	4,6	6	5,3	35
50-54	7	5,2	5	3,6	15	9,0	4	3,7	6	5,3	37
55-59	20	14,8	16	11,6	14	8,4	13	11,9	22	19,5	85
60-64	14	10,4	21	15,2	27	16,2	17	15,6	14	12,4	93
65-69	12	8,9	24	17,4	19	11,4	14	12,8	17	15,0	76
70-74	13	9,6	12	8,7	20	12,0	13	11,9	13	11,5	71
75-79	21	15,6	14	10,1	18	10,8	17	15,6	14	12,4	84
80 ou mais	22	16,3	25	18,1	29	17,4	13	11,9	13	11,5	102
Total	135	100,0	138	100,0	167	100,0	109	100,0	113	100,0	662

Total Geral	284	281	334	230	265	1.394

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

Para o sexo masculino, em 2008, 2009 e 2012, a faixa etária que prevaleceu perante as demais foi a de 55 a 59 anos, com 18,8%, 18,9% e 15,8% casos, respectivamente. Em 2010, com 28 casos (16,8%), a idade preponderante foi a que se encontra entre 60 e 64 anos. Por último, em 2011, com 22 casos (18,2%), predominantes foram os que se encaixam entre 65 e 69 anos. No lado oposto, está a faixa mais jovem (25-39 anos) que, no período de 2008 a 2012, registrou, respectivamente, 8,1%, 6,3%, 4,8%, 4,9% e 2,6% das internações totais por Diabetes (Tabela 3).

Entre 2008 e 2010 o número de internações de mulheres por diabetes aumentou em 23,7%. Em 2011, ocorreu um decréscimo de 34,73% (58 internações) e praticamente se manteve para o ano seguinte. Nos cinco anos analisados, a faixa etária de mulheres mais acometida pela morbidade analisada é a extrema idosa, ou seja, com mais de 75 anos de idade.

Em 2008, 2009 e 2010, a faixa de maior preponderância foi de 80 anos ou mais, respondendo por 22 casos (16,3%) no primeiro ano, 25 (18,1%) no segundo e 29 (17,4%) no terceiro (Tabela 3). Em 2011, as prevalências são equivalentes e as faixas correspondentes a 60-64 e 75-79, somam 31,20% do total de internações neste ano. Em 2012, o padrão das internações femininas não segue o mesmo comportamento por faixa etária, uma vez que a idade entre 55 e 59 anos se torna a faixa mais relevante, com 22 casos (19,47% do total).

Na Tabela 4 identificam-se 9.881 internações hospitalares causadas por neoplasias, com destaque para o ano de 2010 com 20,3% dos casos. Entre 2008 e 2012 (com exceção do ano de 2011), esta variável apresentou comportamento crescente de aproximadamente 18,0%. A média total de internação por neoplasia foi de 1.976 casos.

As internações totais masculinas por neoplasias (Tabela 4) apresentaram maior número em 2010 (944 casos) e o menor em 2009 (802 internações), com média de 871 casos por ano. Em 2008, a faixa entre 60 a 80 anos ou mais representou 62,3% das internações, com destaque nas internações para a idade entre 60 a 64 anos (15,8%).

No ano de 2009, na faixa de idade entre 60 a 64 anos está o maior número de hospitalizações, com 149 casos (18,58%). Em conjunto, o intervalo de idade entre 60 e 80 anos ou mais foi responsável por 65,0% das internações. Em 2010, 2011 e 2012, a faixa etária que contém o valor mais expressivo de casos, se encontra entre 65 a 69 anos, com 154 (16,3%), 136 (15,4%) e 136 casos (14,8%), respectivamente. A categoria que apresenta menor número de internações é a de 25 a 29 anos, com participação de 1,1% em 2008, 0,4% em 2009, 1,8% em 2010, 1,9% em 2011 e 1,7% em 2012 (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de Internações hospitalares devido as neoplasias segundo sexo, faixa etária e ano em Maringá-Paraná, de 2008 a 2012 (n=9.881)

Faixa Etária	**2008**		**2009**		**2010**		**2011**		**2012**		**Total**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Homens (n=4.534)											
25-29	9	1,1	3	0,4	17	1,8	17	1,9	16	1,7	62
30-34	31	3,8	13	1,6	17	1,8	29	3,3	24	2,6	114
35-39	30	3,7	9	1,1	30	3,2	19	2,2	26	2,8	114
40-44	51	6,3	33	4,1	46	4,9	19	2,2	42	4,6	191
45-49	54	6,7	79	9,9	58	6,1	90	10,2	66	7,2	347
50-54	66	8,2	78	9,7	97	10,3	67	7,6	87	9,5	395
55-59	64	7,9	66	8,2	123	13,0	99	11,2	127	13,8	479
60-64	128	15,8	149	18,6	99	10,5	130	14,7	122	13,3	628
65-69	113	14,0	105	13,1	154	16,3	136	15,4	136	14,8	644
70-74	74	9,2	111	13,8	106	11,2	110	12,5	134	14,6	535
75-79	102	12,6	54	6,7	92	9,7	82	9,3	65	7,1	395
80 ou mais	86	10,6	102	12,7	105	11,1	84	9,5	73	8,0	450
Total	808	100,0	802	100,0	944	100,0	882	100,0	918	100,0	4.354
Mulheres (n=5.527)											
25-29	32	3,0	40	3,7	29	2,7	22	2,1	27	2,1	150
30-34	53	5,0	39	3,6	41	3,9	53	5,1	57	4,5	243
35-39	86	8,2	56	5,2	78	7,3	64	6,1	81	6,3	365
40-44	108	10,2	94	8,7	125	11,7	115	11,0	148	11,6	590
45-49	128	12,1	164	15,2	159	14,9	157	15,0	188	14,7	796
50-54	122	11,6	147	13,6	111	10,4	125	11,9	139	10,9	644
55-59	123	11,7	140	12,9	130	12,2	129	12,3	161	12,6	683
60-64	102	9,7	107	9,9	109	10,2	109	10,4	114	8,9	541
65-69	91	8,6	111	10,3	93	8,7	89	8,5	118	9,2	502
70-74	74	7,0	80	7,4	86	8,1	77	7,3	127	9,9	444
75-79	63	6,0	40	3,7	57	5,4	56	5,3	54	4,2	270
80 ou mais	72	6,8	64	5,9	46	4,3	52	5,0	65	5,1	290

Total	1.054	100,0	1.082	100,0	1.064	100,0	1.048	100,0	1.279	100,0	5.527
Total Geral	1.862		1.884		2.008		1.930		2.197		9.881

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

As neoplasias, no sexo feminino, tem maior prevalência no ano de 2012 (1.279 casos), com média de 1.105 internações por ano. A faixa etária que apresenta mais internações é 45 a 49 anos, com 128 (12,1%), 164 (15,2%), 159 (14,9%), 157 (15,0%) e 188 (14,7%) casos, respectivamente, para 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012. As menores prevalências para cada ano destacado foram identificadas entre 25 e 29 anos, com os seguintes percentuais, nesta ordem: 3,0%; 4,0%; 3,7%; 2,7%, 2,1% e 2,1%.

Na Tabela 5, apresentam-se os custos absolutos e médios das internações hospitalares do SUS para as doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes e neoplasias. Evidencia-se que o SUS apresentou um gasto total de R$24.795,00 mil, sendo R$13.539,91 mil e R$11.255,09 mil com homens e mulheres, respectivamente. As doenças cardiovasculares (51,2%) e as neoplasias (43,6%). representaram a classes mais dispendiosa no período analisado.

Tabela 5 – Custos absoluto e médio das internações hospitalares do SUS, por doença e sexo em Maringá-Paraná de 2008 a 2012

Doenças	**Masculino**		**Feminino**				**Custo Médio (R$)**
	Custo (R$1.000)	**%**	**Custo (R$1.000)**	**%**	**Custo Total (R$1.000)**	**%**	
Respiratórias	388,77	2,9	259,90	2,3	648,67	2,6	1.279,43
Cardiovasculares	7.867,09	58,1	4.802,56	42,7	12.669,65	51,2	3.071,43
Diabetes	342,07	2,5	323,22	2,9	665,29	2,6	477,25
Neoplasias	4.941,98	36,5	5.869,41	52,1	10.811,39	43,9	1.094,16
Total	13.539,91	100,00	11.255,09	100,00	24.795,00	100,00	

Fonte: SIH/SUS-Ministério da Saúde (2014). Elaboração dos autores.

Em termos de gastos médios (Tabela 5), as doenças cardiovasculares mantiveram-se em primeiro lugar (R$3.071,43 por internação); contudo, são as respiratórias que assumem o segundo lugar (R$1.249,43), seguidas das neoplasias (R$ 1.094,16).

2.4 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa evidencia-se que as internações hospitalares por doenças respiratórias em Maringá, entre 2008 e 2012, apresentaram queda gradual para ambos os sexos; contudo, a prevalência hospitalar em homens foi mais alta. O número de hospitalizações em indivíduos com 60 anos ou mais foi superior às faixas etárias menores. Estes resultados estão em consonância com os estudos de Nunes (2004), Toyoshima, Ito e Gouveia (2005) e Santos (2013).

Nunes (2004), a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, mostrou que no Brasil, em 2003, a faixa etária de 60 a 80 anos ou mais apresentou maior número de internações entre os homens - considerando as faixas etárias de 65 a 69 anos (250.860), de 70 a 74 anos (232.796), de 75 a 79 anos (186.599) e de 80 anos e mais (214.570) - do que entre as mulheres- 65 a 69 anos (235.641), 70 a 74 anos (226.513), 75 a 79 anos (192.089) e 80 e mais (262.632). Para ambos, houve expansão das hospitalizações de acordo com a idade. Toyoshima, Ito e Gouveia (2005), em análise do número de internações por doenças respiratórias, no município de São Paulo, no período de 1995 e 2000, constaram que 114.279 das internações são para homens e 92.480 para mulheres.

Santos et al. (2013), por sua vez, analisaram o perfil das internações por DCNT na Atenção Primária, segundo sexo, no Rio Grande do Sul (RS), entre 2000 e 2010 e concluiu que as internações de homens (61,10%) superaram as de mulheres (38,90%) nas doenças pulmonares.

Os resultados referentes às morbidades por doenças respiratórias evidenciados para Maringá e outras regiões do Brasil podem ser explicados pelo estilo de vida dos homens, ou seja, consumo elevado de tabaco e álcool, à baixa demanda deles por serviços ofertados pela Atenção Primária de Saúde e a sua maior exposição ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; WUNSCH FILHO et al., 2010; PARKA et al., 2010; SORHEIM et al., 2010; CASTRO et al., 2013; WAATEVIK et al., 2013; SYAMLAL; MAZUREK; DUBE, 2014). Além disso, a expectativa de vida da população de cada área geográfica do país associada aos fatores sociais, econômicos, étnicos e genéticos podem influenciar o comportamento da morbidade analisada (LUNA; KLEIN, 2006).

A presente pesquisa mostrou também que, no município de Maringá, houve declínio nos casos de doenças cardiovasculares, principalmente, nas internações de

mulheres. Este fato pode estar relacionado à maior procura por assistência médica na Atenção Básica e busca ativa deste público pela detecção precoce de doenças (SCHRAIBER et al., 2010). Infere-se ainda que a faixa etária idosa (60 anos ou mais) concentrou o maior número de internações hospitalares em decorrência dessas doenças. As internações dos homens por este tipo de DCNT são superiores às das mulheres no munícipio.

Nesta linha de análise, Schmidt et al. (2011) desenvolveram um estudo sobre as DCNT para o Brasil e região Sul entre 1996 e 2007, o qual mostrou queda no número de doenças respiratórias (como evidenciado nesta pesquisa) e cardiovasculares crônicas. No período analisado houve redução de 34% na ocorrência de doenças cerebrovasculares e de 26% referente a mortalidade por doença cardíaca isquêmica. Os autores concluíram que a morbidade e a mortalidade provocadas por causas cardiovasculares no Brasil ainda permanecem altas. Este fato mostra a necessidade de ações e políticas adicionais, especialmente de natureza legislativa e regulamentar e as que prestam cuidados para as pessoas afetadas por DCNT.

Motta, Hansel e Silva (2010) em pesquisa realizada com idosos no município de Petrópolis-RJ, em 2007, demonstraram que as doenças do aparelho circulatório são a segunda causa de internações para este grupo, com 18% (19,6% no sexo feminino e 16,1% no sexo masculino), perdendo apenas para morbidades relacionadas ao aparelho digestivo como causa principal.

O que se nota também em pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde do estado, entre 1998 e 2004, é que existe um declínio nos casos de internações por morbidades cardiovasculares no Paraná. No entanto, isto vale principalmente para a insuficiência cardíaca congestiva (PARANÁ, 2008).

A pequena variação nas internações hospitalares para o diabetes encontrada nesta pesquisa pode também ser verificada quando se analisa as estatísticas nacionais e estaduais. Rosa (2008), em estudo feito para o Brasil no período de 1999 e 2001, destaca-se que 7,4% de todas as hospitalizações não decorrentes de gestações e 9,3% de todos os custos hospitalares, foram atribuídos ao diabetes. Em outra pesquisa, a taxa de internação por este tipo de DCNT no país manteve-se estável entre 2000 a 2009, observando variações na ordem de 65 a 75 internações/ano (BRASIL, 2011).

Góis e Veras (2010), compararam os anos de 1994 e 2005, para a população idosa brasileira, demonstraram resultados que também apresenta pequena variação nas internações por diabetes. Em 1994, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (das quais o diabetes é o principal componente) representavam 4,49% (110.228 casos) da morbidade hospitalar do SUS; enquanto em 2005, a participação correspondia a 5,04%, com 112.172 casos.

No período atual, existem diversas campanhas e programas governamentais que auxiliam na prevenção e tratamento do diabetes e das doenças cardiovasculares no Brasil. Um deles é o HiperDia -Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus da Atenção Básica - que permite cadastrar e acompanhar portadores de hipertensão arterial e diabetes, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes de Atenção Básica do SUS (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

O programa HiperDia gera aos profissionais e gestores de secretarias municipais e estaduais, bem como para o Ministério da Saúde, informações acerca do perfil demográfico e epidemiológico da comunidade atingida pelo diabetes e Hipertensão, da prevalência de fatores de risco, doenças concomitantes e complicações, da qualidade clínica do atendimento prestado, da dispensação de medicamentos, dentre outros dados. No entanto, os hábitos de vida populacionais ainda não contribuem para queda significativa da incidência da doença, já que é frequente a presença de dieta hipercalórica, excesso de peso, obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo, em todas as faixas etárias no país (BRASIL, 2014).

Segundo Ferreira e Ferreira (2009), em 1995, o diabetes atingia 4% da população adulta mundial; já em 2025, irá alcançar até 5,4%, com o agravante que, nos países em desenvolvimento, o acometimento da doença será predominantemente nos grupos etários mais jovens quando comparado às regiões desenvolvidas.

Castro et al. (2013) analisaram o perfil das morbidades hospitalares das Regionais de Saúde do Paraná, no período de 2008 a 2011, mostrando que as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, na faixa etária de 60 anos ou mais, foram responsáveis por 4,1% (31.876 casos) das internações do SUS entre os anos 2008-2011.

O estudo de Mathias e Jorge (2004), também para Maringá-Paraná, revelou que, diferentemente do que ocorre nos dias atuais, no período de 1996 a 1998 houve uma queda acentuada no número de casos de diabetes, em ambos os sexos, mas especialmente para o feminino. Na presente pesquisa, embora não haja muita disparidade, o maior número de internações se concentra no sexo masculino e a queda na ocorrência das hospitalizações é mais predominante para o sexo feminino.

Com relação às morbidades hospitalares por neoplasias foi possível constatar um pequeno aumento para ambos os sexos, mas com prevalência maior em mulheres. Este resultado difere do estudo realizado por Nomellini (2013) para a cidade de Palmas-TO, no período de 2005 a 2011, o qual mostrou queda de hospitalizações referente ao ano de 2006 (500 casos/100.000 habitantes) para o ano de 2008 (300 casos/100.000habitantes) e seguiu até 2011, com exceção de 2009 evidenciando um aumento significativo de 400 casos/100.000 habitantes. Este fato pode ser explicado pelas implantações de diferentes políticas públicas de prevenção e rastreamento dos cânceres nas diversas regiões do país.

Os resultados das internações por neoplasias e sexo para Maringá também não seguem o comportamento evidenciado para o Paraná conforme Castro et al. (2013). Os autores mostraram que no estado, entre 2008 e 2011, houve maior prevalência de internações por neoplasias em homens (10,9%) do que em mulheres(7,9%). Na presente pesquisa, a frequência maior foi para mulheres com idade acima de 50 anos.

Schmidt et al. (2011) destacam que o predomínio das neoplasias em uma determinada região pode ser devido à falha no rastreamento do câncer com cobertura, avaliado por auto relato, ainda menor que a desejada e a distribuição desigual dos serviços (CASTRO, 2013). Além disso, exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais e as diferenças genéticas de cada população pode contribuir para esta discrepância (BOFFETTA; NYBERG, 2003; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; CESSE, 2007; PARANÁ, 2008; BRASIL, 2010;).

Guerra, Gallo e Mendonça (2005) e American Cancer Society (2014) complementam afirmando que os casos de neoplasias surgem devido aos hábitos de vida errôneos desenvolvidos pela população de uma região juntamente com a pressão do mundo capitalista e globalizado; a alimentação pobre em fibras, rica em

gordura e proteína (fator de risco para câncer de colón e reto); o grande consumo de álcool (fator de risco para câncer de estômago); a exposição ocupacional (fator de risco para câncer de pulmão) e ao sol (fator de risco para câncer de pele).

No quesito gastos totais por internações hospitalares em Maringá, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelo gasto médio mais alto e o maior número de internações se comparadas às demais DCNT analisadas, sendo o sexo masculino o mais acometido. Também se verificou que as neoplasias, apesar de revelarem gasto médio inferior ao de doenças respiratórias, por conta do maior número de internações hospitalares representaram valor total superior.

Estes resultados estão em consonância com os dados obtidos para o Paraná, que somente com internação hospitalar causada por doenças e agravos não transmissíveis gastou-se, em 2004, mais de 340 milhões de reais, correspondendo a 68,3% do total de gastos, que já inclui a assistência ao parto. As doenças cardiovasculares demandaram os maiores valores, com 26,5% de todo o gasto hospitalar (mais de um quarto do total), apesar de representar 13,3% das internações. As neoplasias e as doenças respiratórias, por sua vez, apresentaram, respectivamente, 8,5% e 4,3% das despesas hospitalares (PARANÁ, 2008).

Sabe-se também que os custos econômicos e fiscais das doenças crônicas são bem altos e apresentam uma tendência crescente a nível mundial e nacional. Estudo realizado em países de baixa e média renda, incluindo Brasil, Argentina, Colômbia e México, verificou que cerca de 85 bilhões de dólares da produção econômica serão gastos desde 2006 até 2015 apenas para doenças cardiovasculares e diabetes (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011).

Outras pesquisas apontam que 10 bilhões de dólares são gastos por ano por países da América Latina e Caribe apenas para tratamento dos casos de diabetes. (BARCELÓ et al*.,* 2003; ABEGUNDE et al., 2007). Em 2002, no Brasil, os gastos ambulatoriais e com internações do SUS foram superiores a 7,5 bilhões de reais, totalizando 69,1% de todos os gastos do sistema; 34,2% apenas com internações hospitalares, sendo o gasto por habitante para hospitalização correspondente a R$ 21,70 (MALTA et al*.,* 2006).

Já em 2005, dos seis bilhões gastos para o pagamento de autorizações de internação hospitalar, excetuando os partos, as DCNT representaram 58% do gasto total, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 22% deste montante, as doenças respiratórias crônicas por 15% e as neoplasias por 11% (BRASIL, 2009).

Neste contexto, as DCNT interferem negativamente na economia, na produtividade da população, na oferta de trabalho, no absenteísmo, nas aposentadorias prematuras, na pensão aos dependentes, nas atividades dos cuidadores e no acúmulo de capital humano (LOUREIRO, 2004).

2.5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, a maior prevalência de internações ocorreu para as neoplasias, acometendo o sexo feminino e para as doenças cardiovasculares, predominantes em homens. As doenças respiratórias mantiveram-se em queda e a Diabetes Mellitus não desencadeou alteração no número de casos.

Considerando que as DCNT são previsíveis, por meio do diagnostico precoce e a mudança do estilo de vida, observa-se a importância da utilização dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para o desenvolvimento de estudos regionais sobre estas doenças. As informações permitem conhecer a comunidade, para diagnosticar, planejar e implementar estratégias conforme a necessidade de cada região do país.

Portanto, este estudo traz a realidade epidemiológica de quatro grupos de DCNT em Maringá, em um recorte temporal e poderá ser usado como indicador no desenvolvimento de políticas que busquem prevenir os fatores de riscos para DCNT e, consequentemente, promover a saúde e a qualidade de vida da população local.

2.6 REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, Maria Inês Reinert; FOPPA, Murilo; MARANHÃO, Mário Fernando de Camargo; ACHUTTI, Aloyzio Cechella. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 3, p. 163-71, 2008.

ABEGUNDE, Dele O.; MATHERS, Colin D.; ADAM, Taghreed; ORTEGON, Monica; STRONG, Kathleen. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, n. 9603, p.1929-38, 2007.

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade sócia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Síndromes mielodisplásicos**. 2014. Disponível em: < http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002314-pdf.pdf >. Acesso em: 02 ago 2014.

BAHIA, Luciana R; ARAUJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 1, p. 13-17, 2014.

BARCELÓ, Alberto; AEDO, Cristian; RAJPATHAK, Swapnil; ROBLES, Sylvia. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. **Bull World Health Organ**, v. 81, n. 1, p.19-27, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)064.pdf>. Acessado em: 20 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente**. 2e. rev. atual. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PIV_poeira_2010.pdf>. Acesso em: 02 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrPR.def>. Acesso em: 10 Ju. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014. 120p. Disponível em: <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>. Acesso em: 06 ago 2014.

BOFFETTA, Paolo; NYBERG, Fredrik. Contribution of environmental factors to cancer risk. **British Medical Bulletin.** v. 68, p.71–94, 2003. Disponível em: < http://bmb.oxfordjournals.org/content/68/1/71.full.pdf >. Acesso em 02 ago 2014.

CASTRO, Vivian Carla; BORGHI, Ana Carla; MARIANO, Pamela Patrícia; FERNANDES, Carlos Alexandre Molena; MATHIAS, Thaís Aidar Freitas; CARREIRA Lígia. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 791-800, 2013.

CESSE, Eduarda Ãngela Pessoa. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasi**l. 296p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.

CORREIA, Lourani Oliveira Santos; PADILHA, Bruna Merten; VASCONCELOS, Sandra Mary Lima. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 6, p.1685-1697, 2014.

DUARTE, Elisabeth Carmem; BARRETO, Sandhi Maria; Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.:529-532, 2012.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Marcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

GOIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, p. 2859-2869, 2010.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Claudia Vitoria Moura; AZEVEDO, Gulnar; MENDONÇA, Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 5, n. 13, p. 227-234, 2005.

LIMBERGER, Têmis. Saneamento – política pública preventiva em saúde coletiva. **Rev. Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 71, p. 69-84, 2012.

LLIBRE, Juan Jesus; VALHUERDI, Adolfo; CALVO, Marina; GARCÍA, Rosa Maria; GUERRA, Milagros; LAUCERIQUE, Tania;, LÓPEZ, Ana M.; LLIBRE, Juan Carlos; NORIEGA, Lisseth, SÁNCHEZ, Isis Y.; PORTO, Rudbeskia; ARENCIBIA, Francis; MARCHECO, Beatriz; MORENO, Carmem. Dementia and Other Chronic Diseases in Older Adults in Havana and Matanzas: The 10/66 Study in Cuba. **MEDICC Review**, v. 13, n. 4, p. 30-37, 2011.

LONGO, Giana Zarbato; NEVES, Janaina; CASTRO, Teresa Gontijo; PEDROSO, Marcia Regina Oliveira; MATOS, Izabella Barison. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Ver. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 698-708, 2011.

LOUREIRO, Sebastião. Modelos assistenciais podem diminuir o impacto das DCNT na seguridade social?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 843-844, 2004 .

LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Hebert S. Desigualdade e indicadores sociais no Brasil. In: SCHWARTZMAN, L. F.; SCHWARTZMAN, I. F.; SCHWARTZMAN, F. F.; SCHWARTZMAN, M. L. **O Sociólogo e as Políticas públicas**: Ensaios em Homenagem a Simon Schwartzman**.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p. 97-116.

MACINKO, Janes; DOURADO, Inês; GUANAIS, Frederico C. Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: Diagnóstico, instrumento e intervenções. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**, Setor Social. 36 p. 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/ wpcontent/uploads/2012/06/Publica% C3%A7%C3%A3o-BID.pdf>. Acesso em: 22 jun 2014.

MALTA, Debora Carvalho; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Leonildo; NETO, Otaliba Libânio Moraes; JUNIOR, Jarbas Barbosa Silva. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2006. 15(1): p. 47-65. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf >. Acessado em: 20 jul 2014.

MATHIAS, Thais A. Freitas; JORGE, Maria Helena P. M.. Diabetes mellitus na população idosa em município da Região Sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n. 4, 2004.

MOTTA, Claudia Carvalho Respeita.; HANSEL, Cristina Gonçalves; SILVA, Jaqueline. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf.,** v. 12, n. 3, p. 471-7, 2010.

NOMELLINI, Patrícia Ferreira. **Plano de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) para o município de Palmas – TO: período 2013-2017**. 57p. Palmas, 2013. Disponível em: < http://portal.palmas.to.gov.br/media/doc/19_9_2013_14_27_19.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2014.

NUNES, A. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro-RJ: IPEA, 2004. p. 427-450.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná**. 2ª ed. 97 p. Curitiba, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2533>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Conselho Estadual de Saúde. **Oficina Vigilância em Saúde: Promoção da Saúde - Prevenção a Doenças e Outros Agravos.** 2011. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Plano_ Nac_de_Enfrentamento_de_DCNT_Resumo.PDF>. Acesso em: 02 ago 2014.

PARKA, Sue K.; CHOA, Lisa Y.; YANGA, Jae Jeong; PARK, Boyoung; CHANG, Soung Hoon; LEE, Kun Sei; KIM, Hyeongsu; YOOA, Keun-young; LEEC,Choon-Taek. Lung cancer risk and cigarette smoking, lung tuberculosis according to

histologic type and gender in a population based case–control study. **Lung Cancer,** v. 68, p. 20–26, 2010.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. 1ª ed. Guanabara Koogan: 1995.

ROSA, Roger Santos; SCHMIDT, Maria Inês. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiol Serv Saude,** Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–34, 2008.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante; KALSING, Alice; RUIZ, Eliziane Nicolodi Franciscato; ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana Engel. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev Gaúcha Enferm**., v. 34, n. 3, p.124-131, 2013.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Guknar Azevedo; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi*.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges*.* **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima; FIGUEIREDO, Wagner Santos; GOMES, Romeu; COUTO, Marcia Thereza; PINHEIRO, Thiago Félix; MACHIN, Rosana; SILVA, Georgia Sibele Nogueira; VALENÇA, Otavio. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública,** v.26, n.5, p. 961-970, 2010.

SORHEIM, Inga-Cecilie; JOHANNESSEN, Ane; GULSVIK, Amund; BAKKE, Per S.; SILVERMAN, Edwin; DEMEO, Dawn L. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? **Thorax,** v. 65, n. 6, p. 480-485, 2010.

STEVENS, Antony; SHMIDT; Maria Inês; DUCAN, Bruce Bartholow. Gender inequalities in non communicable disease mortality in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.10, p. 2627-2634, 2012.

SYAMLAL, Girija; MAZUREK, Jacek M., DUBE, Shanta R. Gender Differences in Smoking Among U.S. Working Adults. **Am J Prev Med,** v. 2014, n. 47, v. 4, p. 467–475, 2014.

TOYOSHIMA, Marcos Tadaghi Kakitani; ITO, Glaucia Munemassa; GOUVEIA, Nelson. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP**. Rev. Assoc. Med. Bras.***,* v. 51, n.4, p. 209-213, 2005.

WAATEVIK, Marie; SKORGE, Trude Duelien; OMENAAS, Ernst; BAKKE, Per Sigvald; GULSVIK, Amund; JOHANNESSEN, Ane. Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. **Respiratory Medicine**, v.107, n. 7, p.1037-1045, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Geneva, Suiça. **WHO Global Report**, 2005. 36p.

_____. **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases : a comprehensive approach.** 2007. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf?ua=1>. Acesso: 25 set 2014.

_____. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** 2013**.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf>. Acesso em: 20 jul 2014.

WUNSCH FILHO, Victor; MIRRA, Antônio Pedro; LOPEZ, Rossana V. Mendoza; ANTUNES, Leopoldo F. Antunes. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.** v.13, n.2, p. 175-187, 2010

3 ARTIGO 2 – ASSOCIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Ludmila Lopes Bolsoni[7]
Cássia Kely Favoretto Costa[8]
Mirian Ueda Yamaguchi [9]

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar a prevalência dos fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis (tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo) e associá-los com os aspectos socioeconômicos e demográficos de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-Paraná. Trata-se de uma pesquisa de campo e de caráter transversal, comparativo e analítico. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde sobre vigilância dos fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis, o qual abrangeu aspectos socioeconômicos, demográficos e comportamentais (uso de tabaco, consumo de álcool e sedentarismo). Na análise utilizou-se a distribuição de frequência simples, relativa e cruzada, bem como os Testes do Qui-Quadrado e de, Fischer para as associações ao nível de significância de 5%. A amostra da pesquisa foi composta por 381 indivíduos, sendo 18,64% do sexo masculino e 81,36% do feminino. Do total de pacientes entrevistados, identificou-se a predominância das seguintes características: faixas etárias de 60 e 64 anos (20,73%) e de 50 e 54 anos (17,85%); raça branca (63,78%); casados (72,70%), católicos (59,84%); ensino médio completo (24,67%) e/ou estudou da 5° a 8° série do antigo ensino fundamental (20,73%) e trabalham no comércio, banco, transporte e hotelaria (22,31%). Sobre a jornada de trabalho 52,15% de um total de 278 que responderam as questões faz jornada acima de 40 (quarenta) horas semanais e 37,09% (de um total de 364) apresentam renda de 1 (um) a 3 (três) salários mínimos. Para o fator de risco tabagismo, observou-se associação com a idade, etnia e consumo de álcool. Foi constatada também relação entre as variáveis escolaridade, renda, sexo e consumo de tabaco com os indivíduos que bebem. Por fim, o ato de movimentar-se está associado aos fatores escolaridade, renda, etnia, alcoolismo e hábito de fumar. Concluiu-se que os aspectos socioeconômicos e demográficos estão associados aos fatores de risco que desencadeiam as DCNT, considerando que são características modificáveis ao estilo de vida. Por sua vez, permite ao paciente a co-responsabilidade com sua saúde e aos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde a implementação de politicas públicas eficiente para a realidade local.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas**.** Epidemiologia. Saúde Pública.

[7] Aluna do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: ludmilalopesbolsoni@gmail.com.
[8] Orientadora e Docente Doutora dos Programas de Mestrado em Promoção da Saúde e de Gestão do Conhecimento nas Organizações e do curso de Administração do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: cfavoretto@hotmail.com.
[9] Co-orientadora e Docente Doutora do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde e do curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar-UniCesumar. E-mail: miriamueda@gmail.com.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the risk factors for chronic non-communicable diseases (smoking, alcohol consumption and physical inactivity) and associate them with the socioeconomic and demographic aspects of patients seen in a primary care unit in Maringá-Paraná. It was about a field research and cross-sectional comparative and analytical character. The research instrument was a questionnaire adapted from the World Health Organization on surveillance of risk factors for chronic non-communicable diseases, which included socioeconomic, demographic and behavioral (smoking, alcohol consumption and physical inactivity). In the analysis we used the distribution of simple frequency, relative and cross on, and the Chi-square tests Fischer for associations at the 5% significance level. The research sample consisted of 381 individuals, 18.64% male and 81.36% female. Of the patients interviewed, identified the predominance of the following: age 60 and 64 years (20.73%) and 50 and 54 years (17.85%); White (63.78%); married (72.70%), Catholics (59.84%); completed secondary education (24.67%) and / or studied the 5th to 8th series of the old elementary school (20.73%) and work in the trade, bank, transportation and hotels (22.31%). About the workday 52.15% of a total of 278 who answered the questions makes journey over forty (40) hours per week and 37.09% (out of 364) have income from 1 (one) to 3 (three) minimum wages. For the smoking risk factor, there was an association with age, ethnicity and alcohol consumption. It was also observed relationship between aspects scholarity, income, gender and smoking with individuals who drink. Finally, the act of jogging is associated with factors schooling, income, ethnicity, alcoholism and smoking.Conclude that socioeconomic and demographic aspects are associated with risk factors that trigger the NCD, considering they are modifiable factors to lifestyle. In turn, allows to the patient the co-responsibility about their health and to managers and professionals in the National Health System the implementation of efficient public policies to local reality.

Key-Words: Chronic Diseases. Epidemiology. Public health.

3.1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são definidas como afecções de saúde que acometem os indivíduos em um longo período de tempo, apresentando quadros agudos, estáveis e não são transmitidas de pessoas para pessoas. Contudo, em virtude do período de latência e o tempo de evolução lento e prolongado, causam lesões irreversíveis, podem incapacitar o organismo do ser humano e levar a óbito (CASADO; VIANA; THULER, 2009; MALTA et al., 2009; BRANDÃO,2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

As DCNT são ocasionadas por fatores de risco modificáveis - idade, sexo e etnia e não modificável - tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, peso, alimentação não saudável e inatividade física (ACHUTTI et al., 2004; AZAMBUJA et al., 2008; BRASIL, 2011a; SCHMIDT et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; OLIVEIRA, 2013). Além disso, estas doenças são desencadeadas por determinantes sociais como a desigualdade de renda, a diferença no acesso a bens e serviços ofertados, o nível de escolaridade baixo e a dificuldade de conhecimento das informações do sistema de saúde (BRASIL, 2011a; VERAS et. al, 2011; MALTA et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), as DCNT foram responsáveis por 63% dos 57 milhões de óbitos no mundo; entretanto 80% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento. Para o ano de 2040, estima-se que 22,7% da população mundial será hipertensa, 6,7% apresentará doenças cardíacas, 6,1% serão diabéticas e 1,0% da população acometida pelo câncer (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2003; OAKLEY, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b; STEVENS et al., 2012; ROMEIRO-LOPES et al., 2014).

No Brasil, a pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) de 2008 destacou que 31,3% dos entrevistados relataram ter uma doença crônica e 5,9% três ou mais, aumentando a predisposição com o avançar da idade (MALTA et al., 2006; MALTA et al., 2019). Em 2009, as DCNT foram responsáveis por 80,5% dos óbitos causados por doenças cardiovasculares, neoplásicas, doenças respiratórias e metabólicas no país (CARVALHAES et al., 2008; BRASIL, 2011a).

No estado do Paraná, em 2011, o percentual de óbitos por DCNT foi de aproximadamente 57% do total 10.444.526 habitantes. Com relação às internações neste período, 16% e 13% foram referentes às doenças do aparelho respiratório e circulatório, respectivamente; 6% corresponderam às neoplasias e 2% às doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (PARANÁ, 2008; 2011; BRASIL, 2011b).

Entre 2008 e 2012, em Maringá-Paraná, foram identificadas 15.907 internações por DCNT, sendo 48,39% (ou 7.697) deste total em indivíduos do sexo masculino e 51,61% (ou 8.210) do feminino. As neoplasias foram as que mais se destacaram com 62,12% (ou 9.881 casos), seguidas das doenças cardiovasculares - 25,93%, diabetes - 8,76% e doenças respiratórias - 3,19% (BRASIL, 2014).

Nardi (2013) destaca que o município de Maringá tornou-se pioneiro no incentivo a busca da melhoria na qualidade de vida da população, rompendo com o paradigma curativo e assistencial para o cuidado de prevenção e promoção da saúde através do programa Maringá Saudável.

Romeiro-Lopes et al. (2014) em pesquisa realizada para o munícipio de Maringá mostraram que a prevalência de DCNT com relação aos fatores de risco tem associação positiva com tabagismo, obesidade e inatividade física. Considerando que estes são fatores de risco modicáveis, torna-se possível a atuação de medidas de prevenção e controle das doenças, através do monitoramento e estratégias de saúde para a população.

Neste contexto, estudos sobre os fatores de riscos e DCNT são relevantes tanto a nível nacional quanto regional; contudo, no Brasil isso vem sendo feito na maioria das vezes nas capitais. Torna-se necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre estes fatores em cidades de médio e pequeno porte considerando as condições de vida diferenciada de cada região. A partir disso, políticas públicas de saúde podem ser desenvolvidas e aplicadas de forma eficiente, priorizando a prevenção das DCNT, a promoção da saúde e a melhor qualidade de vida de cada população.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar os fatores de riscos de DCNT (tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo) e associá-los com os aspectos socioeconômicos e demográficos de pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Maringá–Paraná.

3.2 MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de campo, de caráter transversal, comparativo, e analítico. Este estudo foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde do município de Maringá – Paraná, o qual foi aprovado pelo CECAPS (Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde) e pela comissão permanente de avaliação de projetos com a Portaria n. 004/2013 (Anexo1). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar sob o número 547.370 (Anexo 2).

Inicialmente, foram definidos na pesquisa os critérios de inclusão da pesquisa, destacando: a) pacientes do sexo masculino e feminino; b) com faixa etária de 25 anos ou mais e c) indivíduos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Alvorada I, situada no município de Maringá- PR e presentes na unidade de referência no período da pesquisa. Como critério de exclusão, consideraram-se os pacientes com faixa etária menor que a destacada e que não foram atendidos pela UBS durante a pesquisa de campo.

Para selecionar a população do estudo foi levantado dados junto a Secretaria Municipal de Saúde sobre o número de pacientes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá-PR. A secretaria coleta estes dados diretamente no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (o qual é um *software* desenvolvido pelo DATASUS em 1998, com o objetivo de agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica). O sistema disponibiliza ao Ministério da Saúde informações nacionais e regionais para traçar estratégia, definir metas e identificar intervenções necessárias à população assistida (MARINGÁ, 2013). Estas informações foram coletadas entre Março e Junho de 2013, respeitando os critérios de inclusão.

A escolha da UBS do Jardim Alvorada I procedeu por tratar-se de uma região em desenvolvimento e crescimento populacional, situada na zona norte do município de Maringá-PR. A UBS segue como área de atuação da instituição de ensino superior para realização de estágio e pesquisa (MARINGÁ, 2013).

Neste contexto, a população total do estudo correspondeu a 8.779 indivíduos atendidos na UBS do Jardim Alvorada I. Para o cálculo do tamanho amostral utilizou-se a regra definida para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações, conforme Equação 1 (BRUNI, 2011):

$$n = \frac{(z)^2 \times p \times q \times N}{(z)^2 \times p \times q \times N + (N-1) \times (E)^2} \quad (1)$$

sendo: N, o tamanho da população total; z, o valor da variável padrão normal relacionada ao grau de confiança considerado; p, a proporção de sucessos considerada para a variável; q = (1-p) e E, o erro admitido. O valor de N é igual a 8.779, de p é igual a 0,50 (ou 50%), do erro máximo corresponde à 5% (E=0,05), e dado o nível de confiança de 95%, o valor de z será de 1,96, resultando em uma amostra de tamanho mínimo n = 375 pacientes.

Destaca-se que a amostra final da pesquisa foi composta por 381 questionários respondidos, considerando a utilização de um número maior na amostra, que permite obter significativo aumento do nível de confiança e a redução da margem de erro (BRUNI, 2011).

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário (conforme Apêndice 1), o qual foi adaptado do estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde – OMS sobre vigilância dos fatores de riscos de DCNT (disponível em: http://www.who.int/chp/steps/en). O questionário da presente pesquisa abrangeu os seguintes aspectos: a) perfil socioeconômico e demográfico e b) medidas comportamentais sobre uso do tabaco, consumo de álcool, dieta, atividade física, lazer e trabalho, histórico de pressão alta e diabetes. Para este estudo somente os aspectos do tabagismo, álcool e sedentarismo foram considerados nas associações. O questionário foi aplicado no período de Abril à Junho de 2014, de segunda a sexta feira, no turno matutino e vespertino com duração de 4 horas diária, seguindo o funcionamento da UBS

Os pacientes da UBS do Jardim Alvorada I (Maringá-Paraná) foram abordados na área de recepção da UBS e receberam esclarecimentos, por parte da pesquisadora, em relação aos objetivos e método desta pesquisa. Na sequência, eles foram convidados a participarem como voluntários do estudo, destacando que poderiam aceitar ou não o convite, sem qualquer ônus, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexo 3. A coleta de dados procedeu manualmente pela pesquisadora de acordo com as respostas mencionadas pelos entrevistados.

Na organização e sumarização dos questionários aplicados utilizou-se a planilha do *Microsoft Excel* 2010. Foi usada a estatística descritiva por meio da distribuição de frequência simples, relativa e cruzada. Para realizar as associações

entre os fatores de risco tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo com as características socioeconômicas e demográficas utilizaram-se os Teste do Qui-Quadrado e do Teste de Fischer, considerando um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

As estimativas do modelo foram realizadas no programa SAS (*Statistical Analysis System*) versão 9.2, o qual é um *software* desenvolvido pelo *SAS Institute* para análises avançadas, inteligência de negócios, gestão de dados e análise preditiva (BERENSON et al., 1996).

3.3 RESULTADOS

Na Tabela 1 apresentam-se as características demográficas dos pacientes entrevistados na UBS do Jardim Alvorada I de Maringá-Paraná. De um total de 381 indivíduos, 81,36% deles eram mulheres e 18,64% eram homens. As faixas etárias predominantes corresponderam a 60 e 64 anos (20,73%) e a 50 e 54 anos (17,85%). A maioria dos pacientes entrevistados era de raça branca (63,78%), seguida da etnia pardo (19,69%) e preto (14,44%).

Quanto ao estado civil dos entrevistados na pesquisa, a maioria (72,70%) respondeu que são casados. Já sobre a religião, 59,84% são católicos e 26,25% afirmaram ser evangélicos.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes atendidos em uma UBS de Maringá-Paraná segundo características demográficas, 2014

Descrição	N	%
Sexo (n= 381)		
Masculino	71	18,64
Feminino	310	81,36
Faixa Etária (n= 381)		
Entre 25 e 29 anos	24	6,30
Entre 30 e 34 anos	20	5,25
Entre 35 e 39 anos	27	7,09
Entre 40 e 44 anos	30	7,87
Entre 45 e 49 anos	59	15,49
Entre 50 e 54 anos	68	17,85
Entre 55 e 59 anos	44	11,55
Entre 60 e 64 anos	79	20,73
Entre 65 ou mais	30	7,87
Etnia (n=381)		
Branco	243	63,78

Pardo	75	19,69
Preto	55	14,44
Amarelo	7	1,84
Indígena	1	0,26
Estado Civil (n=381)		
Solteiro	37	9,71
Casado	277	72,70
Separado/divorciado	40	10,50
Viúvo	27	7,09
Religião (n=381)		
Católica	228	59,84
Evangélica	100	26,25
Espírita	9	2,36
Umbanda	2	0,52
Outra	35	9,19
Sem religião	7	1,84

Fonte: Resultados da pesquisa (2014). Elaboração dos autores.

Na Tabela 2 (características socioeconômicas) observa-se que dos 381 entrevistados, 26,25% apresentavam ensino médio completo; 24,67% estudaram da 5° a 8° série do antigo ensino fundamental (ou do sexto ao nono ano); 20,73% tinham ensino médio incompleto e 20,21%, cursaram de 1° a 4° série do antigo ensino fundamental (ou do primeiro ao sexto ano).

No quesito ocupação, o maior percentual (22,31%) dos 381 pacientes trabalhava no comércio, banco, transporte e hotelaria e no menor (0,26%), na agricultura ou na pesca.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes atendidos em uma UBS de Maringá-Paraná segundo as características socioeconômicas, 2014

Descrição	N	%
Nível de escolaridade (n=381)		
Não estudou	9	2,36
Da 1° a 4° série do Ensino fundamental (primeiro ao sexto ano)	77	20,21
Da 5° a 8° série do Ensino fundamental (sexto ao nono ano)	94	24,67
Ensino Médio incompleto	79	20,73
Ensino Médio completo	100	26,25
Ensino superior incompleto	11	2,89
Ensino superior completo	10	2,62
Especialização, Mestrado ou Doutorado	1	0,26
Ocupação (n=381)		
Agricultura ou na pesca	1	0,26
Indústria	38	9,97
Construção civil	7	1,84

Comércio, banco, transporte e hotelaria.	85	22,31
Funcionário Público	8	2,10
Profissional liberal	10	2,62
Atividades informais fora de casa	20	5,25
Trabalho na minha casa informalmente	39	10,24
Trabalho doméstico	36	9,45
No lar(sem remuneração)	43	11,29
Outro	34	8,92
Não Trabalho	60	15,75
Carga horária de trabalho Semanal (n=278*)		
Sem jornada fixa, até 10 horas semanais	7	2,52
De 11 a 20 horas semanais	5	1,80
De 21 a 30 horas semanais	40	14,39
De 31 a 40 horas semanais	81	29,14
Mais de 40 horas semanais	145	52,15
Renda (n= 364 *)		
Nenhuma renda	19	5,22
Até um salário mínimo	120	32,97
De 1 a 3 salários mínimos	135	37,09
De 3 a 6 salários mínimos	66	18,13
De 6 a 9 salários mínimos	15	4,12
De 9 a 12 salários mínimos	4	1,10
De 12 a 15 salários mínimos	2	0,55
Mais de 15 salários mínimos	8	0,82

Fonte: Resultados da pesquisa (2014). Elaboração dos autores.
Nota: (*) diferença do total das categorias corresponde ao número de questões não respondidas, logo os dados foram calculados nos valores absolutos.

Do total de pacientes que responderam sobre a carga horária de trabalho semanal (278), 52,15% trabalhavam mais de 40 horas e apenas 1,80%, de 11 a 20 horas. Com relação a renda, de um total de 364 respostas, a maior participação (37,09%) foi de indivíduos com renda de 1 (um) a 3 (três) salários mínimos e a menor (0,55%) de 12 a 15 salários.

Analisando-se as associações, observa-se na Tabela 3 que os aspectos referentes à idade (p=0,0181), etnia (p=0,0382) e consumo de álcool (p=0,0035) apresentaram associação com o hábito de fumar, pois o nível de significância foi menor que 5%.

Tabela 3 - Associação entre hábito de fumar, fatores socioeconômicos, demográficos e consumo de álcool em pacientes de uma UBS de Maringá-Paraná, 2014

Descrição	Não Fuma (N)	Fuma (N)	P-valor
Idade (n=377)			
25-39	37	5	**P-valor**
40-59	184	43	0,0181*
>59	100	8	
Escolaridade (n=377)			
Ensino Fundamental	152	26	**P-valor** 0,3354
Ensino Médio	148	29	
Superior ou mais	21	1	
Renda (n=354)			
Nenhuma renda	19	0	
Até um salário mínimo	92	21	
De 1 a 3 salários mínimos	106	26	**P-valor** 0,0593
De 3 a 6 salários mínimos	60	6	
De 6 a 9 salários mínimos	22	2	
Etnia (n=377)			
Branco (a)	201	39	
Pardo (a)	71	4	**P-valor**
Preto (a)	42	12	0,0382*
Amarelo (a)	6	1	
Indígena	1	0	
Sexo (n=377)			
Masculino	53	14	**P-valor** 0,1252
Feminino	268	42	
Bebe (n=376)			
Não	94	6	**P-valor**
Sim	226	50	0,0035*

Fonte: Resultados da Pesquisa (2014). Elaboração dos autores
Nota: (*) Nível de Significância de 5%.

Na Tabela 4 verifica-se que as características escolaridade (p=0,0052), renda (0,0008), sexo (p=0,0004) e hábito de fumar (0,039) foram significativas ao nível de 5%; evidenciando-se assim associação com o consumo de álcool.

Tabela 4- Associação entre consumo de álcool, fatores socioeconômicos, demográficos e consumo de tabaco em pacientes de uma UBS de Maringá-Paraná, 2014

Descrição	Não Consume (N)	Consume (N)	P-valor
Idade (n= 380)			
25-39	19	25	**P-valor** 0,4029
40-59	184	43	
>59	45	64	
Escolaridade (n=381)			
Ensino Fundamental	65	115	**P-valor** 0,0052*
Ensino Médio	63	115	
Superior ou mais	16	7	
Renda (n=358)			
Nenhuma renda	6	13	
Até um salário mínimo	38	76	
De 1 a 3 salários mínimos	51	84	
De 3 a 6 salários mínimos	23	43	**P-valor** 0.0008*
De 6 a 9 salários mínimos	19	5	
Etnia (n=381)			
Branco (a)	85	158	
Pardo (a)	36	39	**P-valor** 0,1735
Preto (a)	20	35	
Amarelo (a)	2	5	
Indígena	1	0	
Sexo (n=381)			
Masculino	40	31	**P-valor** 0.0004*
Feminino	104	206	
Fumo (n= 377)			
Não	114	207	**P-valor** 0,039*
Sim	28	28	

Fonte: Resultados da Pesquisa (2014). Elaboração dos autores
Nota: (*) Nível de Significância de 5%.

Evidencia-se na Tabela 5 que o comportamento do ato de movimentar-se está associado a fatores com escolaridade (p=0,0001), renda (p=0,0001), etnia (p=0,0001), sexo (0,0337), consumo de álcool (p=0,0001) e hábito de fumar (0,0035) ao nível de 5% de significância.

Tabela 5 – Associação entre ato de se movimentar, fatores socioeconômicos, demográficos, consumo de álcool e tabaco em pacientes atendidos em um UBS de Maringá-Paraná, 2014

Descrição	Não Movimenta (N)	Movimenta (N)	P-valor
Idade (n=380)			
25-39	11	33	**P-valor**
40-59	55	172	0,3001
>59	35	74	
Escolaridade (n= 381)			
Ensino Fundamental	60	120	**P-valor**
Ensino Médio	25	152	0,0001*
Superior ou mais	16	7	
Renda (n=357)			
Nenhuma renda	4	15	
Até um salário mínimo	14	100	
De 1 a 3 salários mínimos	39	95	
De 3 a 6 salários mínimos	18	48	**P-valor** 0,0001*
De 6 a 9 salários mínimos	14	10	
Etnia (n=380)			
Branco (a)	55	187	
Pardo (a)	31	44	**P-valor**
Preto (a)	8	47	0,0001*
Amarelo (a)	6	1	
Indígena	1	0	
Sexo (n= 381)			
Masculino	26	45	**P-valor** 0,0337*
Feminino	75	234	
Bebe (n= 380)			
Não	61	82	**P-valor** 0,0001*
Sim	40	197	
Fumo (n=376)			
Não	94	226	**P-valor** 0,0035*
Sim	6	50	

Fonte: Resultados da Pesquisa (2014). Elaboração dos autores
Nota: (*) Nível de Significância de 5%.

3.4 DISCUSSÃO

Os estudos sobre os fatores de risco utilizado para investigação da situação de saúde da população, permite o desenvolvimento de indicadores que evidenciam os problemas em relação aos hábitos de vida, qualidade das informações e assistência em saúde.

Neste contexto, na presente pesquisa observou-se que a maioria dos pacientes atendidos em uma UBS de Maringá-Paraná foi do sexo feminino; com idade entre 60 e 64 anos; de etnia branca; casados; religião católica; com ensino médio e fundamental completo; atuavam no ramo do comércio, banco, transporte ou hotelaria; com jornada de mais de 40 horas semanais e apresentavam renda de três a seis salários mínimos.

Em se tratando da faixa etária as pesquisas de Schmidt et al. (2009) e Rocha-Brischiliari et. al (2014) também evidenciaram a predominância das populações pesquisadas em torno de 60 a 64 anos e de etnia branca, considerando a frequência na UBS está relacionada com o atendimento para tratamento, está em consonância com os resultados desta pesquisa.

Schmidt et al. (2009) realizaram um estudo sobre a prevalência de diabetes e hipertensão, por meio de entrevista pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas 27 capitais brasileiras, em 2006. De acordo com os resultados houve prevalência de Hipertensão Arterial e diabetes no sexo feminino, predominando o número de casos na faixa etária de 60 a 64 anos. Constatou uma elevação nos números de casos de Diabetes e Hipertensão no Brasil e a importância de estudos para o monitoramento e avaliação das condições de saúde da população.

Em estudo realizado em Maringá-PR Rocha-Brischiliari et. al (2014) desenvolveram análise de associação entre relato de DCNT com fatores de risco, no período de 2011 a 2012. Evidenciou nos resultados obtidos que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com faixa etária de 60 anos ou mais e etnia negra. Constatando que a prevalência das DCNT em idosos e com baixa escolaridade tem associação com os fatores de risco tabagismo, sobrepeso, obesidade e condições de saúde relatada como ruim ou regular.

Dentre as características socioeconômicas e demográficas constatou-se que o hábito de fumar sofre a influência da idade e etnia e grande parte dos indivíduos

que bebe não consome tabaco. O consumo de álcool, por sua vez, apresentou associação com o nível de escolaridade, renda e sexo. Confirmado também para este grupo que a maioria dos pacientes não fuma e consome álcool. Por fim, para o ato de movimentar-se foi encontrada associação com a escolaridade, renda, etnia e sexo, bem como entre os indivíduos que bebem e não fumam

Observou-se também, a associação ao nível de renda dos pacientes entrevistados. Segundo Souza et al. (2003), Carvalhaes et al. (2008), Peixoto et al. (2008), Malta et al. (2013) e Rocha-Brischiliari et al. (2014), quanto menor a faixa salarial, maior é a prática de hábitos de vida não saudáveis, como inatividade física, consumo de bebida alcóolica, de tabaco, demanda baixa por frutas e verduras e a ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcares (por exemplo, refrigerantes, bolachas e salgadinhos), sendo os mesmos, acessíveis a renda familiar do paciente.

Para Silva et al. (2013), os níveis de renda interferem diretamente na incidência e prevalência relacionada aos fatores de risco para DCNT. Embora haja diferenças deste fator entre áreas em desenvolvimento (por exemplo, América Latina e África) e desenvolvidas (como Europa e América do Norte), ambas assemelham-se à exposição destes aspectos e as mudanças no ambiente econômico e social de cada um contribui para que as DCNT se propaguem.

Em relação ao nível de escolaridade, Souza et al. (2003), estudo sobre a prevalência do Diabetes Mellitus (DM) e fatores de risco na população do município de Campos dos Goytacazes/RJ para o ano de 2000, evidenciou que o grau de escolaridade baixo tem influência no comportamento desta doença. Contudo, nesta pesquisa não foi encontrado essa relação, pois a maioria dos entrevistados concluíram o ensino médio.

O fator de risco hábito de fumar é considerado para DCNT, risco no aumento da morbidade e mortes prematuras. Caracteriza-se como influente no aparecimento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, doenças pulmonares e neoplasias. Nesta pesquisa foi evidenciado que a idade tem associação com o tabagismo, assemelha-se a revisão de literatura com os resultados de Campos e Rodrigues Neto (2009) e Schmidt et al. (2011)

Campos e Rodrigues Neto (2009) buscaram, por meio de estudo de revisão de literatura, descrever os principais fatores de risco para DCNT com ênfase na repercussão na qualidade de vida da população. Demonstraram associação entre tabagismo e redução da qualidade de vida em relação a idade, pois existe perda de

anos de vida e frequência de co-morbidades psiquiátricas. O estudo conclui a importância do diagnostico precoce para DCNT e a identificação dos fatores de risco, para analisar e estabelecer estratégias ao impacto gerado na qualidade de vida da população.

Em consonância com os resultados deste estudo, Schmidt et al. (2011) afirma que o consumo do tabaco com o avanço da faixa etária vem decrescendo devido a implantação em conjunto de estratégias e políticas de saúde, que levam a redução do consumo de tabaco e a expansão do acesso a atenção básica de saúde.

Considerando o hábito de fumar associado à etnia, Machado et al. (2012), em sua pesquisa, constataram que essa variável não tem influência no hábito de fumar, porém destacou que está correlacionado ao fator grau de escolaridade.

A predominância do consumo de álcool, foi analisado em pesquisas que utilizaram dados do SIMTEL[10] (Sistema Municipal de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis a partir de Entrevistas Telefônicas), destacando: Monteiro et al. (2005) que utilizou os dados coletados em 2003 para a cidade de São Paulo; Peixoto et al. (2008) que trabalharam com estas informações em 2005 para a cidade de Goiânia e Moura et al. (2008) que desenvolveram a pesquisa com dados coletados em 2006, para as capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal. Todos os estudos demonstraram que a exposição ao álcool é realizada precocemente criando dependência dos indivíduos e está relacionada com a renda familiar e grau de escolaridade.

Segundo o relatório da World Health Organization (2014), os mesmos resultados dos trabalhos citados acima foram encontrados em países desenvolvidos. A pesquisa mostrou também que mais de 2,5 milhões de pessoas já morreram devido ao consumo de álcool, incluindo 320.000 jovens entre 15 e 29 anos de idade. É o terceiro principal fator de risco para debilitar a saúde e responsável por quase 4% de todas as mortes no mundo.

Nesta pesquisa foi encontrada relação significativa entre o sexo feminino e consumo de álcool. Peixoto et al. (2008), por sua vez, em estudo realizado por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas em Goiânia-Goiás,

[10] No período atual, o Sistema Municipal de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis a partir de Entrevistas Telefônicas – SIMTEL do Ministério da Saúde foi substituído pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico- VIGITEL.

em 2005, observaram excesso desse consumo em homens e que este hábito diminui com o aumento da idade.

Por sua vez, Rocha-Brischiliari et al. (2014) em estudo realizado em Maringá-Paraná (2011-2012), constataram que o consumo de álcool está em evidência no sexo masculino e em maioria na etnia negra. O mesmo estudo ressalta que o fator socioeconômico exerce influência nessa etnia, que por sua vez, apresentam níveis de escolaridade baixos e acesso aos serviços de saúde.

A World Health Organization (2011b) destaca que o consumo de álcool traz limitações funcionais e gera mortalidade dos indivíduos superando o tabaco. Em 2004, o controle deste hábito tornou-se prioridade nas ações de políticas públicas de saúde no Brasil, formulando estratégias coletivas para a redução do dano a saúde, por exemplo, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Nestes locais ocorrem a prática do cuidado, reabilitação e rede de assistência, promovendo atenção integral ao individuo que bebe. Outro ponto relevante é a criação de leis para divulgação na mídia sobre a consequência do uso abusivo do álcool (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

O consumo de bebida alcoólica reflete negativamente na saúde dos indivíduos, o qual causa doenças como transtornos mentais, a Hipertensão Arterial, as cardiovasculares e câncer hepático, de estômago de mama. Este causa também problemas sociais e econômicos ao diminuir o rendimento e a produtividade no trabalho e a vida ativa das pessoas (CARVALHAES et al., 2004; PEIXOTO et al., 2008; MALTA et al. 2013; ROCHA-BRISCHILIARI et.al. 2014).

O uso excessivo do álcool e tabaco aliado ao fator de risco inatividade física, consiste no aparecimento da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, como ressalta Campos e Rodrigues Neto (2009), Malta et al. (2013) e Schmidt et al (2011). Estes fatores agravam a saúde da população e, consequentemente, reflete na qualidade de vida, comprometendo e limitando a capacidade física do individuo.

Para evidenciar o aspecto negativo gerado pela inatividade física, pesquisa realizada mundialmente constatou que a inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo. Em análise na população brasileira, realizado pelo Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, em 15 capitais e no Distrito Federal, destacou níveis de sedentarismo de 28% a 54% (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, os estudos de Lau (2014), Malta et. al (2011), Schmidt et. al (2011), Malta et. al (2013) e Mazzinia (2013) apontam que a atividade física contribui positivamente para a saúde da população e conforme a World Health Organization (2011b), deve ser feita no período de 30 minutos durante o dia.

Entretanto, a prática de atividade física ou práticas corporais e a intensidade diferencia-se de acordo com a idade, a prática de movimentar-se, exercer a atividades diárias, subir escadas, utilizar a bicicleta com meio de locomoção são considerados como exemplo. Por sua vez, a prática de atividade física contribui para prevenção de doenças e promoção da saúde, proporcionando qualidade de vida (BAGRICHEVSKY et. al., 2013).

Em conformidade com os resultados desta pesquisa, o estudo de Peixoto et al. (2009) no município de Goiânia/GO, mostrou que a prática de atividade física diminui com o aumento da idade. Na pesquisa de Campos e Rodrigues Neto (2009), a inatividade física tem maior prevalência no sexo feminino, idosos, população com baixo nível de escolaridade e incapacitados. As evidências destacadas para a pessoa idosa, encontra-se correlacionada com vulnerabilidade devido ao envelhecimento, com manifestações tardia de doenças e debilidade funcional.

Dessa forma, conhecer o perfil da comunidade pode direcionar estratégias de atenção para grupos específicos, como exemplo usuários de álcool, tabaco, hipertensos/diabéticos e pacientes ativos/saudáveis – atuando sobre os fatores causais criando redes de apoio entre pacientes, família e equipe de saúde.

Além disso, os resultados obtidos aponta a importância de consolidar a implantação de programas voltados a promoção da saúde, tanto do caráter preventivo e curativo.

3.5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, a renda é um fator comum para os fatores consumo de álcool e ato de movimentar-se ou não. A idade influencia diretamente apenas no hábito de fumar dos pacientes participantes da pesquisa; e o sexo, o consumo de álcool. A etnia foi uma característica que está associada ao tabagismo e ao ato de movimentar; e a escolaridade está relacionada ao alcoolismo e sedentarismo. Constatou-se também que os indivíduos que bebem, não fumam e praticam alguma atividade física.

Foi possível evidenciar para a população pesquisada que o consumo de tabaco, álcool e sedentarismo são aspectos de comportamento modificáveis e permitem os indivíduos a co-responsabilidade com a sua saúde e qualidade de vida. Além disso, o ambiente econômico e social de cada região contribui para a evolução das DCNT.

Portanto, os resultados deste estudo foram regionais ao abordar uma população específica da UBS de Maringá. Contudo, contribui para que os formuladores de políticas públicas em saúde ampliem o reconhecimento sobre as DCNT no município destacado e tenham indicadores para alocar de forma eficiente os recursos públicos municipais no setor e realizar ações de prevenção aos fatores de risco analisados.

3.5 REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

AZAMBUJA, Maria Inês Reinert; FOPPA, Murilo; MARANHÃO, Mario Fernando Camargo; ACHUTTI, Aloyzio Cechella. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 3, p. 163-71, 2008.

BRANDÃO, Andreia Araújo; FREITAS, Elizabete Viana; BRANDÃO, Ayrton Pires; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; POZZAN, Roberto. Hipertensão Arterial no Idoso. **Diagnostico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. p. 176-187, 2005.

BERENSON, M.L.; LEVINE, David. M.; STEPHAN, David. Basic Business Statistics: Concepts and Applicatios. **UpperSaddle River**, NJ: Prentice Hall, 6.ed., 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. 1ª edição Brasília-DF, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>. Acesso em 01 de Julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Atenção Básica SIAB**.< Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php. >Acesso em: 10 Ju. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS. **Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência-Paraná**. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrPR.def>. Acesso em: 13 Jun. 2014.

----------. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014. 120p. Disponível em: <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>. Acesso em: 06 ago 2014.

BRUNI, A. L. **Estatística Aplicada à Gestão Empresarial** - 3ª Ed. São Paulo: Atlas. 396 p. 2011.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na Qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n.4, p.561-581, 2009.

CARVALHAES, Maria Antonieta Barros Leite; MOURA, Erly Catarina; MONTEIRO, Carlos Augusto. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v.11, n. 1, p. 14-23, 2008.

CASADO, Letícia; VIANNA, Lucia Marques; THULER, Luiz Claudio Santos. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 379-388. 2009.

LAU, David C.W. Promoting Healthful Behaviour Changes in People Affected by Diabetes. **Canadian Journal of Diabetes.** v. 38 p. 377–378, 2014.

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBAO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1357-1363 ,2012.

MALTA, Deborah Carvalho; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo; MORAIS NETO, Otaliba Libânio ; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; SARNOVI, Flávio. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 98-106, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review**. Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.22, n.1, p.151-164, 2013.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Versão 6.1. Disponivel em<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> Acesso em: Abril de 2013.

MARTINS, Letícia Neves Luana; SOUZA, Sara de; SILVA, Cinthia Ferreira da ;MACHADO, Rafael Silveira; SILVA, Carlos Eduardo Ferreira da; VILAGRA, Marlon Mohamud; CARVALHO, Carlos Vitor de Alencar; PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em vassouras, RJ. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 5, p. 299-307, 2011.

MAZZINIA, Maria Cristina Ritter; BLUMERA, Milena Grossi; HOEHNEA, Eduardo Luiz; GUIMARÃES, Kátia Regina Leoni Silva Lima de Queiroz; CARAMELLIB, Bruno; FORNARIB, Luciana; MALHEIROS, Sônia Valéria Pinheiro. Rastreamento do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em pais de estudantes de uma escola privada na cidade de Jundiaí, São Paulo. **r e v. a s s o c. m e d b r a s** . v. 5, n. 2, p.:136–142, 2013.

MOURA, Erly Catarina; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; SILVA; Nilza Nunes da; BERNAL, Regina; CLARO, Rafael Moreira; MONTEIRO, Carlos Augusto. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. bras. epidemiol**., v.11, supl.1 , p. 20-37, 2008 .

MONTEIRO, Carlos Augusto; MOURA; Ely Catarina, JAIME, Patrícia Constante; LUCCA, Alessandra; FLORINDO, Alex Antônio, FIGUEIREDO, Iramaia Campos Ribeiro; BERNAL, Regina; SILVA, Nilza Nunes. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev Saude Publica**. v.39, n.1, 47-57, 2005.

NARDI, Antônio Carlos Figueiredo. **A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá-Paraná.** Brasília: UNB, 2013. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

OAKLEY C.; CHILD A; JUNG B; PRESBITERO P.; TORNOS P; et.al. Expert consensus documento on management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Tasck Force on the Manangement of cardiovascular diaseases during pregancy of the European Society of cardiology. **European Heart Journal** 2006.

OLIVEIRA, Maryane; NETO, João Felício Rodrigues; SILVEIRA, Marise Fagundes;

NEVES, Daniele Malard Rocha; VILHENA, Janine Moraes; OLIVEIRA, Juliana Fonseca; MAGALHÃES, Júlio César; DRUMOND, Daniel. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **ciênc. Saúde coletiva**. vol.18,n.3,p.873-882,2013.

SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosangela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. V. 34, n.5, p. 343-350, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná-SESA. Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná. 2ª ed. p.97, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA. **Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Resumo**.Conferência Estadual de Saúde Do Paraná. 10ª ed. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Plano_Nac_de_Enfrentamento_de_DCNT_Resumo.PDF >. Acesso em: 25 de outubro. 2014.

PASSOS, Valeria Maria Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol Serv Saude**.v.15, p.35-45, 2006.

PEIXOTO, Maria do Rosário Gondim; MONEGOL, Estelamaris Tronco; ALEXANDRE, Veruska Prado; SOUZA, Rávila Graziany Machado de; MOURA, Erly Catarina de. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, June 2008 .

ROMEIRO-LOPES, Tiara C., GRAVENA, Ângela A. França, AGNOLO, Cátia M. Dell,ROCHA - BRISCHILIARI Sheila C., CARVALHO, Maria de Barros, PELLOSO, Sandra M.. Fatores associados à inatividade física no lazer em município do Sul do Brasil. **Rev. salud pública**. vol.16, n.1, pp. 38-41, 2014.

ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila C.; DELL AGNOLO, Cátia M.; GRAVENA, Angela A. F.; LOPES, Tiara C. R.; CARVALHO, Maria D. de B.; PELLOSO, Sandra M. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol**. v.27, n. 1, p. 35-42, 2014.

SOUZA, Luiz José de; CHALITA, Félix Elias Barros; REIS, Aldo Franklin F.; TEIXEIRA, Cláudio Luiz; NETO, Carlos Gicovate; BASTOS, Diogo Assed; FILHO, João Tadeu D. S.; SOUZA, Thiago Ferreira de; CORTES, Vitor Azevedo. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 47, n. 1, Feb. 2003 .

BAGRICHEVSKY, Marcos; SANTOS JUNIOR, Vitor Jorge dos; ESTEVAO, Adriana e VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. Saude soc., São Paulo , v. 22, n. 2, jun. 2013 .

SCHMIDT, Maria Ines; DUCAN, Bruce; HOFFMANN, Juliana Feliciati; MOURA, Lenildo de; MALTA, Deborah Carvalho; VILANOVA, Rosa Maria Sampaio. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev saúde pública**, v. 43, n. Supl 2, p. 74-82, 2009.

SCHMIDT, Maria Inês; DUCAN, Bruce B.; STEVENS, Antony; ISER, Betine P. Moehlecker; MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Gulmar Azevedo. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasilia, vol.20 n.4. 2010.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce B.; SILVA, Gulmar Azevedo; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria; CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

STEVENS, Antony; SCHIMIDT, Maria Inês; DUCAN, Bruce Bartholow. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, p.2627-2634, 2012.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Ver. **Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.14, n.4 p. 779-786, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **II Global Fórum on Non-communicable Diases Prevention and Control, convened in Shangai, China**. WHO,Geneva, 2011b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Geneva, Suiça. **WHO Global Report**, p.36, 2011a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **II Global Fórum on Non-communicable Diases Prevention and Control, convened in Shangai, China**. WHO,Geneva,2002. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_NCP_03.4.pdf>.Acesso em: 22 de Junho 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva, 2014. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>.Acesso em: 09 de dezembro de 2014.

4 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados no primeiro artigo, observou-se que os dados sobre as morbidades e os custos hospitalares ressaltam os gastos que o Sistema Único de Saúde disponibiliza na atenção secundária e terciária para tratamento e reabilitação de pacientes com DCNT. Sobretudo, a preocupação do estado e município para a disponibilidade de recursos a seguridade social, em comparação a faixa etária ativa do mercado de trabalho evidenciado no estudo.

Diante disso, o estudo permite aos gestores públicos ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como levantamento de dados epidemiológicos confiáveis para o determinado município. Corrobora assim para o planejamento de estratégias efetivas na atenção primária, minimizando os altos gastos nos níveis de média e alta complexidade.

O segundo artigo, observou-se a associação e prevalência entre os fatores socioeconômicos, demográficos e de risco para população estudada. Observa-se a associação entre o hábito de fumar com as variáveis referentes à idade, faixa salarial, etnia e consumo de bebida alcóolica. Para o consumo de bebida alcóolica obteve-se uma associação com os fatores escolaridade, faixa salarial, sexo e tabagismo. Por fim, relacionado ao ato de movimentar-se, a hipótese de dependência foi aceita para escolaridade, faixa salarial, etnia, consumo de bebida e tabaco.

Considerando os resultados da pesquisa, mostrou que os fatores de risco predominantes para DCNT na população de fato, evidência a influência do perfil socioeconômico e demográfico. Sendo assim, a pesquisa forneceu informações regionais, contribuindo aos profissionais de saúde bem como os gestores do sistema de saúde para gestão e organização dos serviços de saúde para o desenvolvimento de estratégias de politicas públicas especifica para a comunidade.

4 ANEXOS

4.1 ANEXO 1

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS
Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Ofício nº2128/2013

Maringá, 21 de novembro de 2013

Prezado Senhor

Informamos que foi autorizada pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa "**Fatores de risco e custos de doenças crônicas não transmissíveis**", a ser realizada na UBS Alvorada I, desta Secretaria de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COPEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor solicitado.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

Lourdes Thomé
Coordenadora CECAPS

Ilma. Sr.
Prof Joaquim Martins Junior
Coordenadora do CEP
Centro Universitario de Maringá - CESUMAR
Maringá-PR

4.2 ANEXO 2

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO E CUSTOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
Pesquisador: LUDMILA LOPES MACIEL BOLSONI
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 25573513.5.0000.5539
Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 547.370
Data da Relatoria: 21/02/2014

Apresentação do Projeto:
O avanço do envelhecimento populacional proporciona uma incidência no aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e eventual
mudança no paradigma da saúde pública. A elevação na taxa de incidência para DCNT ocorre devido às transformações sociais e econômicas, que
promovem alterações nos estilos de vida da sociedade tais como: alteração do hábito alimentar, tabagismo, consumo de álcool, aumento do
sedentarismo e do estresse. Isso desencadeia alterações psico-fisiológicos no envelhecimento da população, gerando uma grande demanda por
serviços de saúde, expansão dos gastos do SUS e sem a garantia de qualidade da vida da população. Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa é
analisar os fatores de riscos e os custos diretos de DCNT no município de Maringá - PR. A metodologia será dividida em: a) revisão sistemática de
literatura do ano de 2003 a 2013; b) levantamento e avaliação dos fatores de risco no município, a partir do questionário disponibilizado pela
Organização Mundial da Saúde e c) coleta e análise dos custos diretos com internações hospitalares causadas por DCNT na região destacada.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 75.000-000
UF: PR **Município:** MARINGA
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 547.370

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores de riscos e os custos diretos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).

Objetivo Secundário:

Realizar uma revisão sistemática de literatura sobre os fatores de riscos e os custos de DCNT, no período de 2003 a 2013; Coletar e analisar dados sobre o número de casos de DCNT¿s e os custos diretos com internações hospitalares causadas por essas doenças em Maringá PR entre 2003 e 2013; Identificar os principais fatores de risco de DCNT em pacientes de uma unidade básica de saúde de Maringá - PR; Avaliar a relação entre as DCNTs e os aspectos socioeconômicos, demográficos e comportamentais da população a ser pesquisada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não implica risco ao sujeito, refere-se a uma pesquisa de identificação de medidas comportamentais. Além disso, serão coletadas informações secundárias no site do DATASUS.

Benefícios:

Espera-se com essa pesquisa contribuir para que os formuladores de políticas públicas em saúde ampliem o reconhecimento sobre as DCNT no município de Maringá - PR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de grande relevância uma vez que poderá gerar mecanismos de subsídios para o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção, promoção da saúde e controle dessas doenças nesse município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta toda documentação necessária para análise dos aspectos éticos da pesquisa, conforme determina a Resolução 196/96 e complementares.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o projeto deve ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 75.000-000
UF: PR **Município:** MARINGA
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 547.370

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

MARINGA, 06 de Março de 2014

Assinador por:
Ludhiana Ethel Kendrick Silva Bertoncello
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ¿ Térreo
Bairro: Jardim Aclimação **CEP:** 75.000-000
UF: PR **Município:** MARINGA
Telefone: (44)3027-6360 **E-mail:** cep@cesumar.br

4.3 ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Fatores de Risco e Custos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) orientadora Profª Drª. Cássia Kely Favoretto Costa e orientando Ludmila Lopes Maciel Bolsoni, em relação a minha participação, _____ no projeto de pesquisa intitulado Fatores de Risco e Custos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, cujo objetivo é Identificar os principais fatores de risco de DCNT em pacientes da unidade básica de saúde do Jardim Alvorada I situada no município de Maringá – PR e Avaliar a relação entre as DCNT's e os aspectos socioeconômicos, demográficos e comportamentais da população a ser pesquisada. Os dados serão coletados por meio de questionário da OMS – Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de identificar e avaliar os fatores de riscos de DCNTs em pacientes acima de 25 anos atendidos na unidade básica de saúde de referência. O questionário será aplicado no período de Abril a Junho de 2014; no qual a coleta será realizada pelo pesquisador na própria UBS. A pesquisa não implica risco ao sujeito, pois se refere a uma pesquisa de identificação de medidas comportamentais. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____
após ter lido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referente a este estudo com a Professora Drª Cássia Kely Favoretto Costa, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE a participar do mesmo.

Maringá / PR, 25 /Março /2014**.**

Eu**,** Profª Drª. Cássia Kely Favoretto Costa declaro que as

informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Profª Drª. Cássia Kely Favoretto Costa
Endereço: Av. GUEDNER, 1610
Bairro: Jardim Aclimação Bloco - 7, Mestrado em Promoção da Saúde
Cidade: Maringá UF: Paraná
Fones: (44) 3027-6360 e-mail: cfavoretto@hotmail.com

Nome: Ludmila Lopes Maciel Bolsoni
Endereço: Av. GUEDNER, 1610
Bairro: Jardim Aclimação- Bloco 7, Mestrado em Promoção da Saúde
Cidade: Maringá UF: Paraná
Fones: (44) 3027-6360 e-mail: ludmilalopesbolsoni@gmail.com

5 APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE SOBRE VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCOS DE DOENÇAS CRÔNICAS

PREZADO PARTICIPANTE,

ESTE QUESTIONÁRIO TEM COMO OBJETIVO CONHECER O PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E MEDIDAS COMPORTAMENTAIS (CONSUMO DE TABACO; DE ÁLCOOL; DIETA, ATIVIDADE FÍSICA, HISTÓRICO DE PRESSÃO ALTA E DIABETES) RELACIONADAS AOS FATORES DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT'S) DE PACIENTES ATENDIDOS NESTA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

COM AS SUAS INFORMAÇÕES OS PESQUISADORES PRETENDEM FORNECER SUBSÍDIOS AOS FORMULADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE OS FATORES DE RISCOS DE DCNT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E, A APARTIR, DISSO ELES PODERÃO DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS DA POPULAÇÃO.

A DEVOLUÇÃO DESTE QUESTIONÁRIO É NECESSÁRIA E INDISPENSÁVEL PARA O SUCESSO DA PESQUISA A SER REALIZADA.

TODOS OS DADOS OBTIDOS DESTE QUESTIONÁRIO SERÃO CONFIDENCIAIS.

DESDE JÁ, AGRADECEMOS SUA VALIOSA COLABORAÇÃO.

---

a) Identificação:

Número do questionário (informação a ser preenchida pelo pesquisador):_____
Nome:
Horário: Data:

b) Informação Socioeconômica e Demográfica

1. Qual é o seu sexo?
(1) Masculino
(2) Feminino

2. Qual a sua idade?
(1) Entre 25 e 29 anos (inclusive).
(2) Entre 30 e 34 anos (inclusive).
(3) Entre 35 e 39 anos (inclusive).
(4) Entre 40 e 44 anos (inclusive).
(5) Entre 45 e 49 anos (inclusive).
(6) Entre 50 e 54 anos (inclusive).
(7) Entre 55 e 59 anos (inclusive).
(8) Entre 60 e 64 anos (inclusive).
(9) Entre 65 e 69 anos (inclusive).
(10) Entre 70 e 74 anos (inclusive).
(11) Entre 75 e 79 anos (inclusive).
(12) 80 anos ou mais.

3. Como você se considera: (Marque apenas uma resposta)

(1) Branco (a).

(2) Pardo(a).
(3) Preto(a).
(4) Amarelo(a).
(5) Indígena.

4. Qual a sua religião? (Marque apenas uma resposta)
(1) Católica.
(2) Protestante ou Evangélica.
(3) Espírita.
(4) Umbanda ou Candomblé.
(5) Outra.
(6) Sem religião.

5. Qual é o seu estado civil? (Marque apenas uma resposta)
(1) Solteiro(a).
(2) Casado(a)/Mora com um(a) companheiro(a).
(3) Separado(a)/Divorciado(a)/Desquitado(a).
(4) Viúvo(a).
(5) Outro.

6. Qual é o seu nível de escolaridade? (Marque apenas uma resposta)
(1) Não estudou.
(2) Da 1ª a 4ª série do Ensino fundamental (antigo primário).
(3) Da 5ª a 8ª série do Ensino fundamental (antigo ginásio).
(4) Ensino Médio (antigo 2º grau) incompleto.
(5) Ensino Médio (antigo 2º grau) completo.
(6) Ensino Superior incompleto.
(7) Ensino Superior completo.
(8) Especialização.
(9) Mestrado ou Doutorado.
(10) Não sei.

7. Em que você trabalha atualmente? (Marque apenas uma resposta)
(1) Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.
(2) Na indústria.
(3) Na construção civil.
(4) No comércio, banco, transporte, hotelaria, ou outros serviços.
(5) Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal.
(6) Como profissional liberal, professora ou técnico(a) de nível superior.
(7) Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador(a) de carros, catador(a) de lixo).
(8) Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria, entre outros).
(9) Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro(a), mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro(a), acompanhante de idosos(as), entre outros).
(10) No lar (sem remuneração).
(11) Outro.
(12) Não trabalho. (Passe para pergunta 12).

8. Indique o grau de importância de cada um dos motivos abaixo na sua decisão de trabalhar: (Atenção: 0 indica nenhuma importância e 5 maior importância).

Ajudar nas despesas de casa (0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)
Sustentar minha família (esposo(a), filhos(a), etc) (0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)
Ser independente (ganhar meu próprio dinheiro) (0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)
Adquirir experiência (0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)
Custear/pagar meus estudos (0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)

9. Quantas horas semanais você trabalha? (Marque apenas uma resposta)

(1) Sem jornada fixa, até 10 horas semanais.
(2) De 11 a 20 horas semanais.
(3) De 21 a 30 horas semanais.
(4) De 31 a 40 horas semanais.
(5) Mais de 40 horas semanais.

10. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é aproximadamente, a renda familiar mensal?

(1) Nenhuma renda.
(2) Até um salário mínimo (até R$ 678,00).
(3) De 1 a 3 salários mínimos (de R$ 678,01 até (R$ 2.034,00).
(4) De 3 a 6 salários mínimos (de R$ 2.034.01 até (R$ 4.068,00).
(5) De 6 a 9 salários mínimos (de R$ 4.068,01 até R$ 6.102,00).
(6) De 9 a 12 salários mínimos (de R$ 6.102,01 até R$ 8.136,00).
(7) De 12 a 15 salários mínimos (de R$ 8.136,01 até R$ 10.170,00).
(8) Mais de 15 salários mínimos (mais de R$10.170,01).

c) Medidas Comportamentais

Uso de Tabaco

11. Atualmente, você fuma algum produto que contém tabaco, tais como cigarros, charutos, cachimbos, entre outros?
(1) Sim
(2) Não. (Passe para a pergunta 22).

12. Em média, qual é a quantidade de produtos que contém tabaco dos seguintes que você costuma fumar diariamente? (Atenção: escreva 0 (zero) nas categorias que não forem utilizadas)

Cigarros fabricados: _____

Cigarros caseiros: _____

Cachimbo: _____

Charutos e cigarrilhas: _____

Outro (favor especificar qual e a quantidade): _____

13. Quantos anos você tinha quando começou fumar diariamente? (Marque apenas uma opção).

(1) Entre 7 e 11 anos.
(2) Entre 12 e 16 anos.
(3) Entre 17 e 21 anos.
(4) Entre 22 e 26 anos.
(5) Entre 27 e 31 anos.
(6) Entre 32 e 36 anos.
(7) Entre 37 e 41 anos.
(8) Entre 42 e 46 anos.
(9) Entre 47 e 51 anos.
(10) Entre 52 e 56 anos.
(11) Entre 57 e 61 anos.
(12) Entre 62 e 66 anos.
(13) Entre 67 e 71 anos.
(14) Entre 72 e 76 anos.

(15)Entre 77 e 81 anos.
(16)82 anos ou mais.

14. Quantos dias, durante os últimos 7 dias, alguém da sua casa fumou quando você estava presente?

(1) Um dia.
(2) Dois dias.
(3) Três dias
(4) Quatro dias.
(5) Cinco dias.
(6) Seis dias.
(7) Sete dias.
(8) Não sei.

15. Quantos dias, durante os últimos 7 dias, alguém fumou em locais fechados de seu trabalho (dentro do prédio, escritório, ou área de trabalho) quando você estava presente?
(1) Um dia
(2) Dois dias.
(3) Três dias
(4) Quatro dias.
(5) Cinco dias.
(6) Seis dias.
(7) Sete dias.
(8) Não sei ou não trabalho em um local fechado.

As perguntas de 15 a 20 são para estimar o grau de dependência da nicotina com base no Teste de Fagerstrom (onde: 0 – 2 pontos: grau de dependência muito baixo; 3-4 pontos: baixo; 5 pontos: médio; 6-7 pontos: elevado e 8-10 pontos: muito elevado).

16. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro? Marque somente uma opção.

( ) Nos primeiros 5 minutos (3 pontos).
( ) Entre 6 e 30 minutos (2 pontos).
( ) Entre 31 e 60 minutos (1 ponto).
( ) Após 60 minutos (0 pontos).

17. Você encontra dificuldades em evitar de fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?
( ) Não (0 pontos).
( ) Sim. (1 ponto).

18. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação para você?

( ) Qualquer um (0 ponto).
( ) O primeiro da manhã (1 ponto).

19. Quantos cigarros você fuma por dia?

( ) Menos de 10 cigarros (0 pontos).
( ) De 11 a 20 cigarros (1 ponto).
( ) De 21 a 30 cigarros (2 pontos).
( ) Mais de 31 cigarros (3 pontos).

20. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
( ) Não (0 pontos).
( ) Sim (1 pontos).

21. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

( ) Não (0 pontos).
( ) Sim (1 ponto).

Consumo de Álcool

22. Você alguma vez já consumiu bebida alcoólica como, por exemplo, cerveja, vinho, uísque, vodca, pinga, entre outros?
( ) Sim
( ) Não. (Passe para a pergunta 26)

23. Você consumiu alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses?

( ) Sim
( ) Não. (Passe para pergunta 26).

24. Nos últimos 12 meses, com que frequência você consumiu pelo menos uma bebida alcoólica? (Atenção: Responda essa pergunta somente se afirmou que consome bebida alcoólica)

(1) Diariamente.
(2) 5-6 dias por semana.
(3) 1-4 dias por semana.
(4) 1-3 dias por mês.
(5) Menos de uma vez por mês.

25. Nos últimos 30 dias, quando você consumia bebidas alcoólicas padrão, com que frequência era consumida com comida?

(1) Geralmente com comida.
(2) Às vezes com comida.
(3) Raramente com comida.
(4) Nunca com comida.

Dieta

26. Em uma semana normal (segunda a domingo), quantos dias você consume frutas?

(1) Um dia.
(2) Dois dias.
(3) Três dias.
(4) Quatro dias.
(5) Cinco dias.
(6) Seis dias.
(7) Todos os dias da semana.
(8) Não consumo. (Passe para a pergunta 28).

27. Quantas porções de frutas você comeu em um desses dias?
(1) Uma porção
(2) Duas porções
(3) Três porções
(4) Quatro porções
(5) Cinco porções ou mais.

28. Em uma semana normal (segunda a domingo), quantos dias você consume vegetais?

(1) Um dia.
(2) Dois dias
(3) Três dias
(4) Quatro dias
(5) Cinco dias
(6) Seis dias
(7) Todos os dias da semana.
(8) Não consumo. (Passe para a pergunta 30).

29. Qual é a quantidade de porção de vegetal que você consome em um desses dias?

(1) Uma porção.
(2) Duas porções.
(3) Três porções.
(4) Quatro porções.
(5) Cinco porções ou mais.

30. Que tipo de óleo ou gordura é utilizado mais frequentemente para a preparação das refeições em sua casa?
(1) Óleo Vegetal.
(2) Banha ou Sebo.
(3) Manteiga.
(4) Margarina.
(5) Outro. Qual? _____
(6) Não utilizo.

31.Em média, quantas vezes por semana você come fora? Quando eu digo comer fora, eu quero dizer para o café da manhã, almoço e jantar. (Assinale uma única alternativa para cada momento)

Café da manhã	**Almoço**	**Jantar**
(1) Uma vez. (2) Duas vezes. (3) Três vezes. (4) Quatro vezes. (5) Cinco vezes. (6) Seis vezes. (7) Todos os dias da semana. (8) Não tomo café da manhã fora de casa.	(1) Uma vez. (2) Duas vezes. (3) Três vezes. (4) Quatro vezes. (5) Cinco vezes. (6) Seis vezes. (7) Todos os dias da semana. (8) Não almoço fora de casa.	(1) Uma vez. (2) Duas vezes. (3) Três vezes. (4) Quatro vezes. (5) Cinco vezes. (6) Seis vezes. (7) Todos os dias da semana. (8) Não janto fora de casa.

Atividade física: tempo

32. O seu trabalho exige atividade de intensidade **vigorosa,** ou seja, aquelas que exigem um esforço físico maior e causam um grande aumento na sua respiração ou na sua frequência cardíaca (como, por exemplo, carregar ou levantar cargas pesadas, escavação ou serviço de construção) por pelo menos 10 minutos consecutivos?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para pergunta 35).

33. Dentro de uma semana normal, quantos dias você pratica atividades de intensidade vigorosa como parte de seu trabalho?

Número de dias: _____

34. Quanto tempo você gasta praticando atividades de intensidade vigorosa em um dia?

└─┴─┘ : └─┴─┘
hrs mins

35. O seu trabalho envolve atividades de intensidade **moderada**, que causa pequenos aumentos na respiração ou nos batimentos cardíacos como caminhadas rápidas (ou movimentando pequenas cargas) por pelo menos 10 minutos ininterruptos?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para pergunta 38).

36. Em uma semana normal, quantos dias você pratica atividades de intensidade **moderada** como parte de seu trabalho?

Número de dias : _____

37. Quanto tempo você gasta praticando atividades de intensidade **moderada** em um dia normal?

└─┴─┘ : └─┴─┘
hrs mins

Atividade física: Deslocar-se de e para locais (por exemplo, para o trabalho, para o mercado, para a igreja, para a casa de amigos, entre outros).

38. Você caminha ou utiliza uma bicicleta (de pedalar) por pelo menos 10 minutos ininterruptos para ir ou voltar dos lugares?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para a pergunta 41).

39. Em uma semana normal quantos dias você caminha ou utiliza uma bicicleta por pelo menos 10 minutos ininterruptos para ir ou voltar dos lugares.

Número de dias:_____

40. Quanto tempo você gasta caminhando ou andando de bicicleta para se deslocar em um dia normal?

└─┴─┘ : └─┴─┘
hrs mins

Atividade física: recreação, lazer

41. Você pratica algum esporte de intensidade vigorosa, atividade para a condição física ou recreativa (lazer) que causa grandes aumentos na respiração ou nos batimentos cardíacos como correr ou futebol por pelo menos 10 minutos ininterruptos?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para a pergunta 44).

42. Em uma semana normal, quantos dias você pratica esportes de intensidade vigorosa, atividades para a condição física ou recreativas (lazer).

Número de dias: _____

43. Quanto tempo você gasta praticando esportes de intensidade vigorosa, atividades para a condição física ou recreativas em um dia normal?

└__┘└__┘ : └__┘└__┘
hrs mins

44. Você pratica algum esporte de intensidade moderada, ou atividades para a condição física ou recreativa (de lazer) que causam pequenos aumentos na respiração ou nos batimentos cardíacos como, por exemplo, (caminhadas rápidas, natação, vôlei, ciclismo, entre outros) por pelo menos 10 minutos ininterruptos.

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para a pergunta 48).

45. Em uma semana normal, quantos dias você pratica esportes, atividades para a condição física ou recreativas (de lazer) de intensidade moderada?

Número de dias: _____

46. Em um dia normal, quanto tempo você gasta praticando esportes, atividades para a condição física ou recreativas (de lazer) de intensidade moderada.

└__┘└__┘ : └__┘└__┘
hrs mins

Atividade física: comportamento sedentário

47. Em um dia normal, quanto tempo que você normalmente gasta sentado ou deitado?

└__┘└__┘ : └__┘└__┘
hrs mins

Histórico da Pressão Alta

48. Você alguma vez já teve sua pressão medida por um médico ou enfermeiro?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para pergunta 52).

49. Algum médico ou enfermeiro já te disse que você tem pressão alta ou hipertensão?

(1) Sim.
(2) Não. (Passe para a pergunta 52).

50. Atualmente você está recebendo qualquer dos seguintes tratamentos/conselhos prescritos por um médico ou profissional de saúde para pressão alta?

- Medicação que você tenha tomado nas últimas 2 semanas:
  (1) Sim. (2) Não.

- Conselhos para diminuir o consumo de sal;

(1) Sim. (2) Não.

- Conselho ou tratamento para emagreçer;
  (1) Sim. (2) Não.

- Conselho ou tratamento para parar de fumar;
  (1) Sim. (2) Não.

- Conselho para começar ou fazer mais exercício.
  (1) Sim. (2) Não.

51. Atualmente, você toma medicação caseira ou de ervas para sua pressão?

( ) Sim
( ) Não

Histórico de Diabetes:

52. Você já teve o seu nível de glicose medido por um médico ou profissional de saúde?
(1) Sim.
(2) Não.

53. Algum médico ou profissional de saúda já falaram alguma vez que você tem diabetes ou alto nível de glicose?
(1) Sim.
(2) Não.

54. Atualmente você está recebendo qualquer um dos seguintes tratamentos/conselhos prescritos por um médico ou profissional de saúde para pressão alta?

- Medicação que você tenha tomado nas últimas 2 semanas:
  (2) Sim. (2) Não.

- Conselhos para diminuir o consumo de sal;
  (2) Sim. (2) Não.

- Conselho ou tratamento para emagreçer;
  (2) Sim. (2) Não.

- Conselho ou tratamento para parar de fumar;
  (2) Sim. (2) Não.

- Conselho para começar ou fazer mais exercício.
  (2) Sim. (2) Não.