

**JORGE RAFAEL TEIXEIRA**

**GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE FATORES DE  
RISCO CARDIOVASCULAR E MOTIVAÇÃO À PRÁTICA  
ESPORTIVA ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO  
DE CAMINHADA DO CENTRO DE SAÚDE CÓRREGO  
GRANDE – FLORIANÓPOLIS/SC**

**Trabalho apresentado ao Departamento de  
Saúde Pública da Universidade Federal de  
Santa Catarina, para conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2003**

**JORGE RAFAEL TEIXEIRA**

**GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE FATORES DE  
RISCO CARDIOVASCULAR E MOTIVAÇÃO À PRÁTICA  
ESPORTIVA ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO  
DE CAMINHADA DO CENTRO DE SAÚDE CÓRREGO  
GRANDE – FLORIANÓPOLIS/SC**

**Trabalho apresentado ao Departamento de  
Saúde Pública da Universidade Federal de  
Santa Catarina, para conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso  
Professor Orientador: Dr. Iberê do Nascimento**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2003**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me guiado e me iluminado ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, José Marcos Teixeira e Ana Maria da Cruz Teixeira, por terem sempre se dedicado para tornar a conclusão deste curso possível e me ensinar os verdadeiros valores da vida.

Ao meu irmão, Marcelo Markus Teixeira, por ter sempre me incentivado a me esforçar e lutar por meus ideais.

A minha namorada, Maurina Voltolini, pelo apoio nas horas difíceis e por ter compartilhado alguns dos melhores momentos da minha vida.

Ao Dr. Iberê do Nascimento, orientador e amigo, pelo exemplo de dedicação, compreensão e integração com a comunidade.

Às Agentes Comunitárias de Saúde Vanir Maria de Souza Colombi e Varlene Maria Pereira pelo esforço, dedicação e auxílio empregado neste trabalho, além do belo exemplo de profissionalismo.

Aos participantes do Grupo de Caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande, por terem me recebido de braços abertos em suas casas.

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	<b>iv</b>
<b>Summary.....</b>	<b>v</b>
<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Método.....</b>	<b>7</b>
<b>4. Resultados</b>	
<b>4.1 Prevalência dos fatores de risco cardiovascular.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular e motivação.....</b>	<b>12</b>
<b>5. Discussão.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Conclusões.....</b>	<b>19</b>
<b>7. Normas Adotadas.....</b>	<b>21</b>
<b>8. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>22</b>
<b>9. Apêndice.....</b>	<b>25</b>

## RESUMO

Este trabalho documenta o resultado de um estudo descritivo e transversal, cujo objetivo foi verificar, através da aplicação de um questionário, o grau de conhecimento e a prevalência em relação aos fatores de risco cardiovascular entre os participantes do grupo de caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande, assim como os motivos que levaram estas pessoas à prática esportiva, no período de outubro de 2002 a maio de 2003. Participaram deste estudo 26 mulheres e 04 homens, com uma média de idade de 54,5 anos. Os fatores de risco observados com maior frequência foram o excesso de peso (73,3%) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (46,7%). O tabagismo e o etilismo mostraram-se hábitos incomuns neste grupo. Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco, foi observado um grau que pode ser considerado médio-baixo quando comparado a outros estudos, sendo que a HAS e a hipercolesterolemia foram os fatores mais identificados, seguidos pelo sedentarismo e pelo tabagismo. O principal motivo que levou os indivíduos a ingressarem no grupo foi a companhia dos amigos.

Assim, o conhecimento sobre os fatores de risco pode ser considerado como um pré-requisito para mobilizar os indivíduos para a atividade física, mas ele sozinho é incapaz de determinar esta mudança. Outros elementos determinantes do comportamento humano devem ser melhor investigados, a fim de que programas e campanhas de combate às doenças cardiovasculares, ou, antes ainda, programas de promoção à saúde, possam ser mais efetivos no futuro.

## SUMMARY

The present report brings to light the findings of a descriptive study aimed at verifying the degree of knowledge of cardiovascular risk factors on the part of the members of a walk group sponsored by the Córrego Grande Health Center (Florianópolis SC, Brazil), such as verify the reasons for your inscription in the group. The inquiry was carried out from October 2002 to May 2003, and a group of 26 females and 04 males (54.5 years old in the average) provided the answers required by a research questionnaire. The most frequent risk factors detected among the group members were overweight (73.3%), and systemic high blood pressure (46,7%). Smoking and drinking did not come to being common habits in the group. Furthermore, as what relates to the knowledge of risk factors, the findings of this study show that the awareness of the group members may be considered to be medium-low, particularly when compared with the findings of other studies. High blood pressure and hypercholesterolemia have turned up as the most known risk factors, followed by sedentariness, and smoking. The main reason that leaded these persons to inscription in the group was the friends company.

Therefore, the awareness about risk factors may be considered a precondition to get people committed to physical activities and exercising, but only this kind of knowledge, by itself, is not enough to trigger behavioral changes. So, other conditioning factors of human behavior must be further analyzed, in such a way that programs aimed at controlling and/or reducing cardiovascular diseases, and specially health promotion public policies will turn to be more successful in the near future.

# 1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, uma em cada quatro mortes tem como causa as doenças do aparelho circulatório<sup>1</sup>. Dentre estas, a doença aterosclerótica das coronárias é de longe a causa mais freqüente de óbito, tanto em homens como nas mulheres<sup>2</sup>. No Brasil, esta proporção aumenta para uma em cada três mortes (aproximadamente 32%)<sup>1,3</sup>. Dentro desse grupo, destaque para a hipertensão arterial - relacionada a cerca de 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos derrames e 60% dos infartos do miocárdio. Em seguida, dentre as causas de morte, vêm as causas externas (15%), neoplasias (15%) e doenças do aparelho respiratório (11%)<sup>3</sup>.

A doença cardiovascular é uma categoria diagnóstica genérica que consiste em várias doenças separadas, destacando-se entre estas a cardiopatia isquêmica e a doença vascular cerebral<sup>4</sup>. A aterosclerose coronariana é responsável por cerca de 90% dos casos de cardiopatia isquêmica<sup>5</sup>.

O estudo de Framingham – estudo cardiológico que vem acompanhando desde 1948 uma amostra de 5.209 pessoas, homens e mulheres, com idade inicial entre 30 e 62 anos, que são submetidos a minuciosos exames a cada dois anos, com um intenso acompanhamento em relação ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares – apresentou pela primeira vez o termo “fator de risco” para denominar aqueles atributos que estatisticamente contribuíram para o desenvolvimento da doença arterial coronariana<sup>4,6,7</sup>.

A definição de fator de risco é a de uma característica ou elemento, endógeno ou exógeno, que se associa a maior probabilidade de desenvolvimento de uma enfermidade. As medidas preventivas dependem do reconhecimento destes fatores, sendo necessário definir a importância de cada um e as associações entre eles<sup>8</sup>.

Para avaliar se determinado achado em um estudo é realmente um fator de risco, devem-se seguir alguns critérios<sup>6</sup>:

- Consistência – quando os dados disponíveis na literatura mostram que mesmo associando informações estatísticas de populações distintas, com estilo de vida e hábitos alimentares diferentes, constata-se a presença dos mesmos fatores favorecendo a evolução da aterosclerose.

- Efeito dose-resposta – nota-se que à medida que a presença do fator de risco tem maior magnitude, também o risco de comprometimento coronariano aumenta.
- Independência – quando um fator de risco, mesmo isoladamente, deveria ser capaz de exercer influência decisiva na instalação da aterosclerose para então ser classificado como agente causal desta doença. Na prática, porém, fica evidente que, quanto maior for a interação entre os diferentes fatores de risco, maior será sua participação no processo aterosclerótico.
- Coerência e plausibilidade – para ser considerado fator de risco com a seriedade imprescindível, o atributo focalizado deve acompanhar a coerência científica do momento, sendo comprovado através de pesquisas suficientemente amplas e detalhadas, segundo os parâmetros aceitos pela comunidade médica internacional.
- Seqüência temporal adequada – o fator de risco deve necessariamente acontecer ou estar presente antes do início do quadro coronariano; ou seja, ele deve comprovadamente participar dos mecanismos que levaram à instalação da coronariopatia aterosclerótica.
- Valor prognóstico – o acompanhamento da evolução ou da soma dos fatores de risco apresentados em tabelas específicas deve indicar, com certa precisão, a possibilidade de ocorrência de comprometimento coronariano.
- Reversibilidade – deve ser possível demonstrar que a intervenção no fator avaliado seja dietética ou medicamentosa, proporciona melhora ou redução do risco global do paciente para doença aterosclerótica das coronárias.

A 27<sup>a</sup>. Conferência de Bethesda (1996) realizou uma revisão dos diversos fatores de risco, dividindo-os em quatro categorias de acordo com a eficácia das diferentes intervenções<sup>9</sup>:

**Categoria I** – fatores nos quais as intervenções comprovadamente reduzem o risco:

- Tabagismo
- LDL-colesterol
- Dieta rica em colesterol



- Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- Fatores trombogênicos

**Categoria II** – fatores nos quais as intervenções provavelmente reduzem o risco:

- *Diabetes mellitus*
- Inatividade física
- HDL-colesterol
- Triglicérides
- Obesidade
- Pós-menopausa

**Categoria III** – fatores associados à doença aterosclerótica coronariana e que, se modificados, podem reduzir o risco:

- Fatores psicossociais
- Lipoproteína A
- Homocisteína
- Estresse oxidativo
- Ingestão de bebidas alcoólicas

**Categoria IV** – fatores não modificáveis:

- Idade
- Sexo
- Estado sócio-econômico
- História familiar de doença cardiovascular precoce

A prevenção das doenças cardiovasculares pode ser feita de duas formas, como descrito a seguir<sup>2</sup>:

#### 1) Prevenção Primária

Entende-se como prevenção primária a identificação e a intervenção nos fatores de

risco, por meio de mudanças do estilo de vida, para prevenir doenças cardiovasculares em indivíduos sem doença prévia.

A organização de campanhas educacionais e a busca ativa de grupos populacionais mais sujeitos a desenvolver doença aterosclerótica pode se traduzir em importante trabalho de prevenção não só de coronariopatias como também de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e da doença isquêmica periférica.

## 2) Prevenção Secundária

Consiste na identificação e no tratamento de pessoas com doença aterosclerótica estabelecida e daquelas que apresentam alto risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e, ainda, no tratamento e na reabilitação de pacientes que tiveram evento isquêmico, como angina instável, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, com o objetivo de prevenir segundo evento. Devem ser incluídos também neste grupo, os pacientes submetidos a tratamento intervencionista, como angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio. Com um rígido controle dos fatores de risco, é possível reduzir bastante a morbimortalidade neste grupo de pacientes<sup>2</sup>.

Desta forma, procedimentos preventivos de baixo custo, como mudanças na dieta, redução do peso corporal, não fumar, ter um estilo de vida ativo, controlar a hipertensão e o stress, podem ser altamente eficazes. Os exercícios físicos regulares, principalmente os aeróbicos, têm um papel marcante na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares degenerativas, tendo um efeito direto e independente, e ajudando no controle do colesterol, da pressão arterial (fatores primários), além de contribuir significativamente em casos de obesidade e outros fatores de risco secundários<sup>10</sup>.

Um tema em alta na atualidade é a promoção da saúde, que visa divulgar e facilitar o acesso a práticas saudáveis, muito mais do que o conceito antigo de prevenção de doenças. Em relação às doenças cardiovasculares, trata-se, entre outras medidas, de mudar padrões de comportamentos relacionados à saúde como a redução do tabagismo e do sedentarismo, o que depende não só de decisões individuais, mas também de ambientes que favoreçam essas mudanças<sup>11</sup>.

Baseado nestes preceitos, o Centro de Saúde Córrego Grande, privilegiado pelo fato

de ter à disposição um campo de futebol contíguo, organizou, em outubro de 2002, um grupo de atividades físicas. O grupo se reúne às segundas, quartas e sextas-feiras, e realiza uma sessão de alongamento, seguida de uma caminhada de aproximadamente 45 minutos em volta do campo. A partir do ano de 2003, o Centro de Saúde iniciou o Programa Pró-Ativo, do qual, além do grupo de atividades físicas já descrito, também constam o grupo de capoeira – que oferece aulas gratuitas para crianças de 9 a 15 anos e do qual participam atualmente 50 crianças –, o grupo da terceira idade, oficinas de música, educação ambiental e o grupo de promoção à saúde (que inclui os antigos grupos de hipertensos e de diabéticos).

Mas, afinal, o que leva as pessoas a participarem destes grupos? Têm, mais especificamente, as pessoas que praticam a caminhada no centro de saúde, conhecimento sobre fatores de risco cardiovascular? É isso que as motiva à prática da atividade física? Ou, então, que outros motivos as levam à prática desportiva? O presente estudo busca elucidar parte destas questões e sugerir novos caminhos para que estas perguntas possam ser completamente respondidas no futuro, direcionando programas e campanhas de prevenção às doenças cardiovasculares, ou, mais amplamente ainda, programas de promoção à saúde.

## 2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos:

### **Geral:**

Verificar o grau de conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular entre os participantes do grupo de caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande, assim como reconhecer os motivos que levaram estas pessoas a ingressar no grupo.

### **Específicos:**

Determinar, na população estudada:

- 1) A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* (DM);
- 2) A prevalência do tabagismo e do hábito de ingestão de bebidas alcoólicas;
- 3) O índice de massa corporal (IMC);
- 4) A prática anterior de algum tipo de atividade física;
- 5) A presença de hipercolesterolemia e o comportamento quanto à dieta;
- 6) O conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular;
- 7) Os objetivos individuais com a prática da atividade física;
- 8) O motivo que levou o indivíduo a procurar o exercício no Centro de Saúde;

### 3. MÉTODO

O estudo aqui documentado é do tipo transversal, descritivo, que incluiu os participantes do grupo de caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande no período de outubro de 2002 a maio de 2003. Os dados foram obtidos através de visitas domiciliares ou no próprio Centro de Saúde após o término das sessões de caminhada, através de entrevista interpessoal, com a aplicação de um questionário, o qual foi lido pelo autor deste trabalho a cada entrevistado com o objetivo de que não houvessem erros de interpretação.

As sessões de caminhada foram instituídas no Centro de Saúde do Córrego Grande em outubro de 2002 com o objetivo de promover a prática de exercícios físicos entre a comunidade. Constitui-se num espaço aberto a todos, mas que visa, principalmente, divulgar os benefícios da caminhada entre os indivíduos com maior risco de doenças cardiovasculares, os quais são identificados com as consultas médicas no Centro de Saúde e são prontamente orientados sobre o grupo de caminhada e sobre a importância do exercício físico. As sessões de caminhada ocorrem três dias por semana (segundas, quartas e sextas-feiras), tendo duração média de 45 minutos.

Foram incluídos no estudo, um total de 30 indivíduos, sendo que estes compareceram a pelo menos 05 sessões de caminhada.

Foi utilizado para este estudo, um questionário desenvolvido pelo autor, com auxílio do orientador deste trabalho, contendo questões abertas e questões objetivas. Os dados referentes à altura, peso e níveis de colesterol foram baseados exclusivamente na declaração dos entrevistados. Os indivíduos foram classificados como hipertensos, diabéticos, etilistas e/ou fumantes, conforme autodeclaração. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado através da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros) e classificado segundo os parâmetros da OMS. As questões de conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular foram abertas, com o objetivo de verificar se alguma doença cardiovascular era citada quando perguntado sobre os efeitos nocivos de determinado fator de risco. Dentre as respostas colhidas, foram consideradas apenas as que continham algum destes termos:

- Doenças do coração

- Problemas do coração
- Infarto agudo do miocárdio (IAM)
- Infarto
- Enfarte
- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Derrame
- Doenças da circulação

Após esta etapa, foi perguntado ao entrevistado se ele sabia o que predispõe uma pessoa a ter doença do coração, sendo, após sua resposta, orientado sobre quais são os fatores de risco cardiovascular.

Por fim, os participantes foram questionados sobre seus objetivos com a prática esportiva e os motivos que levaram a seu ingresso no grupo. O questionário aplicado encontra-se disponível no apêndice deste trabalho.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Ao final deste estudo, observamos que, do total de trinta entrevistados, 04 (13,3%) eram do sexo masculino e 26 (86,7%) eram do sexo feminino. A idade variou de 41 a 78 anos, com uma média de 54,5 anos.

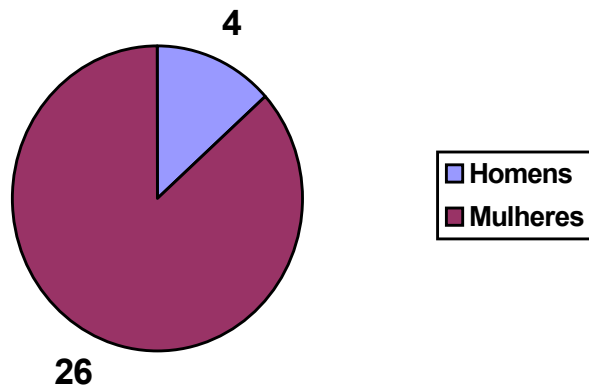


Figura 1: Distribuição quanto ao sexo

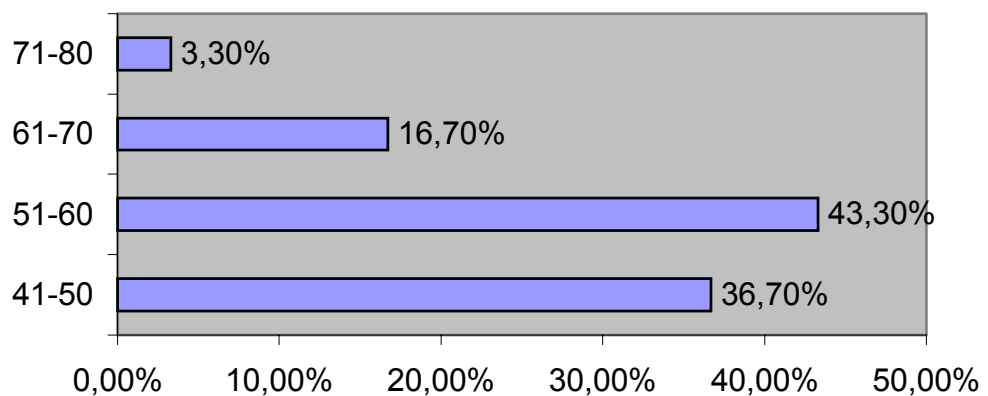
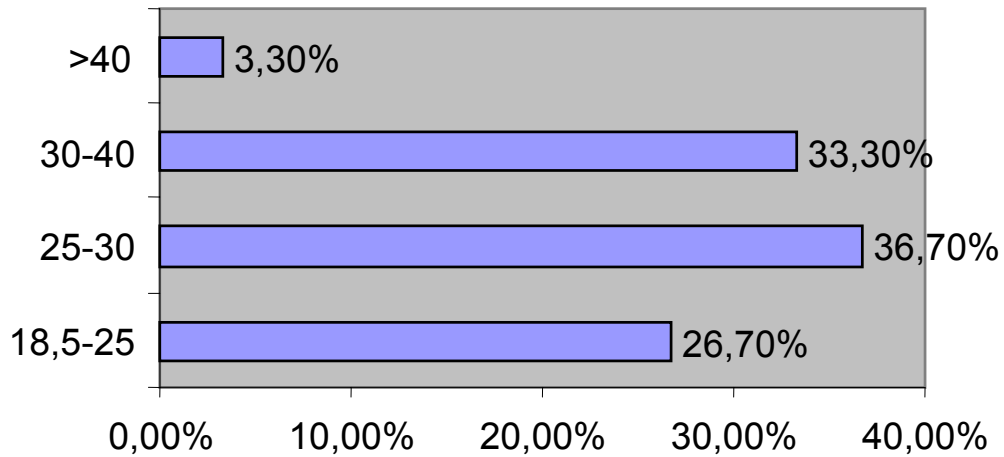


Figura 2: Distribuição quanto à idade

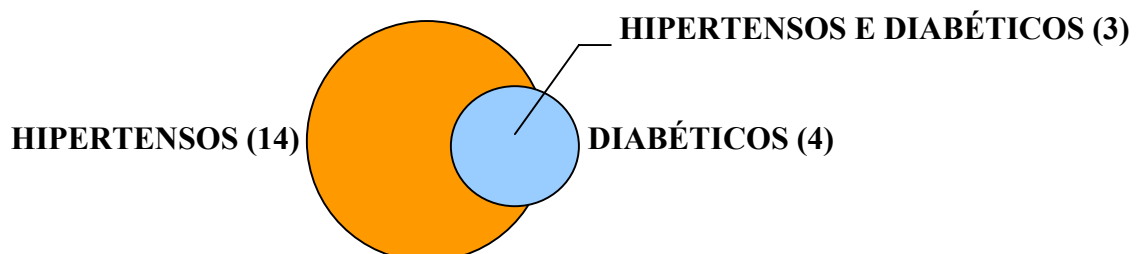
Observamos, também, que 90% dos indivíduos eram casados e que a maioria deles (66,6%) possuía o primeiro grau incompleto.

Quanto à prevalência dos fatores de risco cardiovascular, constatamos que os valores do índice de massa corporal (IMC) variaram de 21,48 a 45,70, com média de 28,9. Classificando-se estes indivíduos nas categorias de IMC, observamos que a maioria deles (36,7%) encontrava-se com sobrepeso e apenas 26,7% encontravam-se na categoria considerada normal.



**Figura 3:** Distribuição quanto ao IMC

Constatamos também, que 14 (46,7%) eram hipertensos, 04 (13,3%) eram diabéticos e que 03 (10%) eram hipertensos e diabéticos. Dos indivíduos hipertensos, a maioria tinha o seu diagnóstico há cerca de 15 anos, enquanto os diabéticos, há cerca de 10 anos.

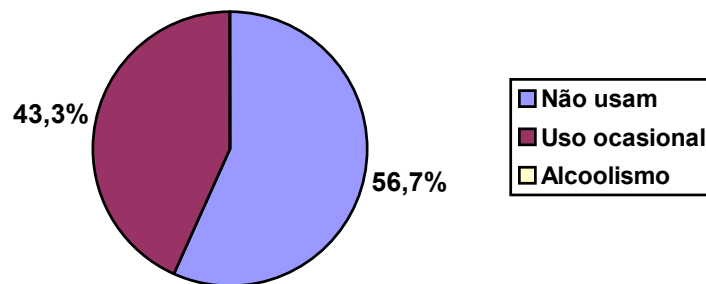


**Figura 4:** Distribuição hipertensos/diabéticos



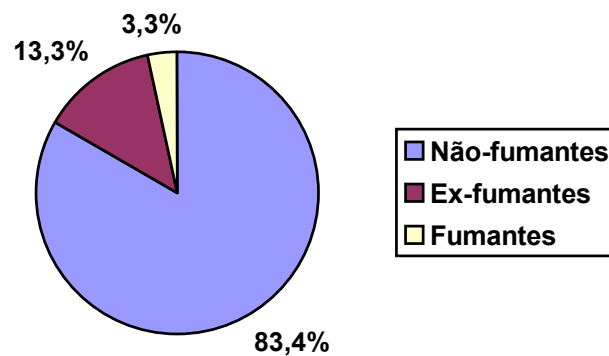
Quando questionados sobre a prática de atividades físicas anteriormente ao seu ingresso no grupo, 09 referiram que praticavam de forma regular, 09 de forma irregular e 12 não praticavam. Dos 09 participantes que realizavam atividade física regular, 02 faziam hidroginástica e 07 praticavam a caminhada. Dos 09 que realizavam irregularmente, todos faziam caminhadas.

Quanto ao hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, 56,7% declararam não tê-lo, 43,3% disseram fazer uso ocasional (socialmente) e nenhum se declarou alcoolista.



**Figura 5:** Prevalência do uso de bebidas alcoólicas

Em relação ao tabagismo, observamos a predominância dos não-fumantes (83,4%), seguidos pelos ex-fumantes (13,3%) e a presença de apenas um fumante (3,3%). Os ex-fumantes pararam há 19 anos, em média. Os ex-fumantes e o fumante consumiam, em média, 25 cigarros por dia.



**Figura 6:** Prevalência do tabagismo

Dos indivíduos entrevistados, 20 afirmaram que seu nível de colesterol estava dentro dos padrões considerados normais na última vez em que foi medido; 09 (30%) afirmaram que encontrava-se elevado e 01 pessoa não recordava.

Os entrevistados foram questionados também quanto a sua dieta alimentar, sendo que a maioria (66,6%) afirmou controlar parcialmente a ingestão de gordura, sal ou carboidratos, 30% afirmaram não se preocupar com a dieta e apenas 01 (3,3%) afirmou manter uma dieta rígida.

Com relação à história familiar, 80% afirmaram ter HAS e/ou DM entre seus familiares de primeiro e/ou segundo grau, e 40% afirmaram que ocorreram complicações destas doenças com seus familiares (IAM, AVC, cegueira, insuficiência renal ou amputações).

Dos 30 indivíduos entrevistados, 08 (26,7%) afirmaram ter algum problema cardíaco e 23 (76,7%) afirmaram ir ao médico com frequência igual ou superior a uma vez no ano para controle de saúde (na ausência de doença aguda).

#### **4.2. CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCO E MOTIVAÇÃO**

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular, foram obtidas as seguintes respostas:

- Quando questionados sobre os efeitos nocivos da hipertensão arterial sistêmica, 76,7% citaram alguma doença cardiovascular como possível complicação;
- Da mesma forma, 10% responderam alguma doença cardiovascular quando perguntados sobre os efeitos maléficos do diabetes;
- 20% quando questionados sobre o tabagismo;
- 6,7% sobre os efeitos nocivos do etilismo;
- 26,7% em relação ao sedentarismo, e
- 66,7% responderam alguma doença cardiovascular quando questionados sobre os efeitos nocivos do colesterol alto.

**TABELA 1 – Pessoas que citaram doença cardiovascular quando perguntado por determinado fator de risco**

	NÚMERO	PERCENTAGEM
HAS*	23	76,7%
DM**	3	10%
FUMO	6	20%
ALCOOL	2	6,7%
SEDENTARISMO	8	26,7%
COLESTEROL	20	66,7%

\* hipertensão arterial sistêmica

\*\* *diabetes mellitus*

Fonte: Questionário sobre fatores de risco cardiovascular para o grupo de atividade física do Centro de Saúde Córrego Grande, aplicado entre outubro de 2002 e maio de 2003.

Quando perguntados, por outro lado, se sabiam quais são os fatores que aumentam a chance de uma pessoa vir a ter uma doença do coração, 46,7% responderam HAS, 3,3% DM, 56,7% colesterol, 76,7% sedentarismo, 6,7% álcool, 23,3% tabagismo e nenhum citou obesidade ou excesso de peso.

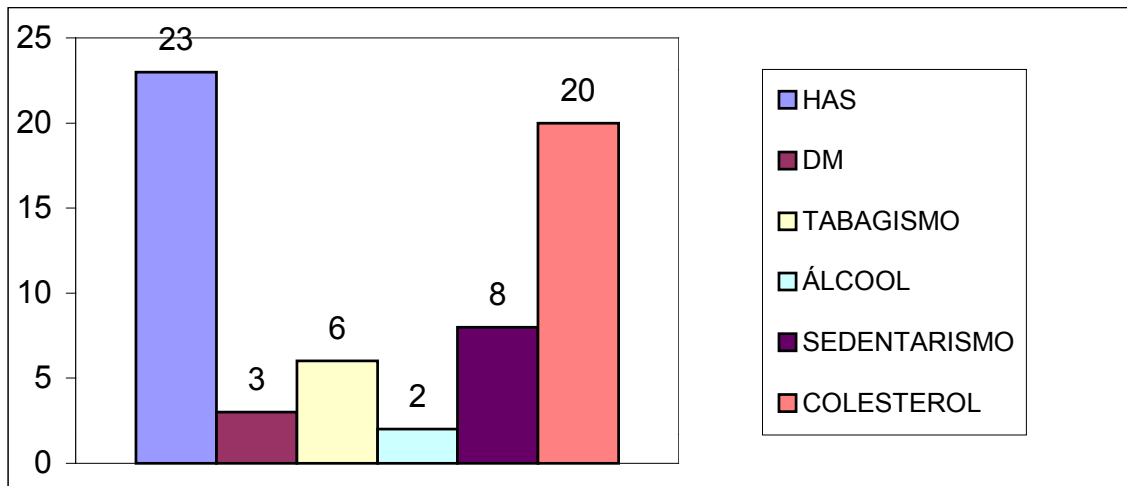
**TABELA 2 – Fatores de risco citados quando perguntado por fatores que predisõem a doenças do coração**

	NÚMERO	PERCENTAGEM
HAS*	14	46,7%
DM**	1	3,3%
TABAGISMO	7	23,3%
COLESTEROL	17	56,7%
OBESIDADE	-	-
DIETA	1	3,3%
ÁLCOOL	2	6,7%
SEDENTARISMO	8	26,7%

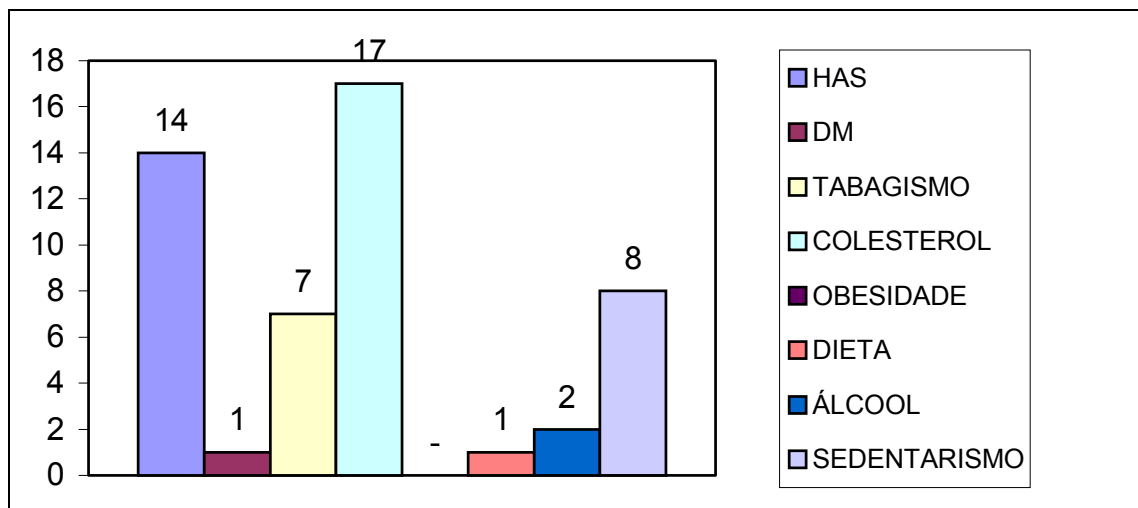
\* hipertensão arterial sistêmica

\*\* *diabetes mellitus*

Fonte: Questionário sobre fatores de risco cardiovascular para o grupo de atividade física do Centro de Saúde Córrego Grande, aplicado entre outubro de 2002 e maio de 2003.



**Figura 7:** Pessoas que citaram doença cardiovascular quando perguntado por determinado fator de risco



**Figura 8:** Fatores de risco citados quando perguntado por fatores que predisõem a doenças do coração

Quando avaliados quanto aos motivos que levaram cada um destes indivíduos à prática desportiva, 23,3% responderam que queriam perder peso, 13,3% queriam prevenir ou controlar HAS e/ou DM, 23,3% afirmaram querer prevenir um IAM ou AVC, 20% queriam reduzir o seu colesterol e 20% afirmaram praticar pelo bem-estar que o exercício lhes proporciona.

Quando questionados sobre o porquê de optarem pelo exercício no Centro de Saúde, 10% afirmaram que ali o realizavam por ser próximo de sua residência, 50% que era devido à companhia dos amigos, 33,3% devido à supervisão médica e 3,3% pela segurança do local.

## 5. DISCUSSÃO

A prevalência dos fatores de risco cardiovascular e o conhecimento da população sobre eles têm sido objetivo de muitas pesquisas desde a década de 80. Nesta época surgiram muitas campanhas de conscientização nos países de primeiro mundo, e alguns trabalhos também se destinaram a acompanhar a evolução do conhecimento como fruto destas campanhas.

As mulheres demonstraram, em várias pesquisas, ter um conhecimento pouco superior ao dos homens sobre os fatores de risco cardiovascular<sup>12, 13, 14, 15</sup> – fato que não foi observado no presente estudo – e também têm mostrado ter maior participação em grupos de promoção à saúde<sup>17</sup>.

Várias pesquisas já compararam o conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular com o status sócio-econômico dos entrevistados, demonstrando haver clara relação entre eles, especialmente quando considerado o fator escolaridade<sup>12, 13, 15, 17, 18, 19</sup>. O status sócio-econômico já chegou, inclusive, a ser apontado como possível fator de risco, mas quando analisado independentemente dos outros fatores, ele demonstra não ter relação com a prevalência da doença cardiovascular. Neste estudo isto também foi observado, havendo uma proporção direta entre a escolaridade e o grau de conhecimento.

A proporção de reconhecimento encontrado para cada fator de risco varia muito na literatura, mas a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes foram sempre pouco citados. Em nosso estudo, o diabetes também foi pouco lembrado, mas a hipertensão foi citada como causa de doença do coração por 46,7% dos entrevistados (os valores encontrados nos demais estudos variavam de 5,84 a 22%)<sup>12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21</sup>. Este elevado número pode ser justificado pelo fato de que quase metade do grupo (14 pessoas) é constituída por hipertensos. Vários autores já apontaram a tendência que os indivíduos têm em reconhecer mais facilmente o seu próprio problema dentre os fatores de risco<sup>13, 14, 21</sup>. Além disso, não existe nenhum estudo nacional de grande porte sobre este assunto, sendo a comparação feita basicamente com estudos realizados em outros países ou estudos nacionais com pequena casuística e em

grupos determinados. Outra explicação possível é que este maior conhecimento seja devido ao Dia e à Campanha Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. A obesidade não foi lembrada por nenhum participante como fator de risco para doenças do coração. Este ponto chama a atenção dentro de um grupo em que 23,3% das pessoas têm como objetivo perder peso, indicando uma provável preocupação estética motivando a procura do exercício.

Foi observado uma diferença no reconhecimento da hipertensão como fator de risco quando das diferentes formas abordadas pelo questionário. Isto deveu-se ao fato de que alguns integrantes do grupo citaram acidente vascular cerebral ou derrame quando perguntado o que a hipertensão poderia causar ao organismo, mas não citaram hipertensão quando perguntado por fatores que predispõem à doença do coração. Isto significa que parte dos entrevistados – e, por extensão, da população – considera a hipertensão como fator de risco para acidente vascular cerebral, mas não para doenças do coração, demonstrando um claro desconhecimento quanto à etiologia destas doenças. Da mesma forma, o diabetes foi mais associado com doenças da circulação do que com doenças do coração.

O nível de conhecimento, de um modo geral, pode ser considerado como médio-baixo quando comparado a outros estudos. Porém, a forma de avaliação empregada, baseada em perguntas abertas, tende a subestimar o conhecimento, indicando que este pode ser maior do que o aqui relatado. Da mesma forma, perguntas de múltipla escolha e perguntas diretas – como, por exemplo, “Fumar é um fator de risco?” – tendem a superestimar o grau de conhecimento<sup>12, 13</sup>. Este último tipo de avaliação foi utilizado por Forte em estudo realizado nesta mesma cidade, encontrando um grau de conhecimento significativamente maior<sup>22</sup>.

Avis questiona se o conhecimento sobre os fatores de risco seria suficiente para influenciar o comportamento das pessoas, concluindo que o conhecimento é importante, porém insuficiente para sozinho modificar o comportamento de uma pessoa<sup>21</sup>. Tamragouri considera o conhecimento como um pré-requisito para que a pessoa deseje mudar seu estilo de vida<sup>17</sup>. Dioguardi, ao demonstrar a alta prevalência de sedentarismo entre os médicos do Estado de São Paulo, uma categoria que é automaticamente considerada como tendo um altíssimo grau de conhecimento sobre fatores de risco cardiovascular, demonstra que há outros pontos a serem considerados na motivação das pessoas à prática desportiva<sup>23</sup>.

Em vista disso, Chor aponta a necessidade de integrar os vários determinantes do comportamento humano, cada vez mais importantes para estratégias de promoção da saúde e

prevenção de doenças<sup>24</sup>. Deve-se observar quais os motivos levam as pessoas à prática desportiva, pois é nesse ponto que as campanhas governamentais devem investir<sup>18</sup>.

Dalmaso divide as estratégias de promoção à saúde em dois campos que são complementares, as ações intersetoriais e o suporte social. Este último pode ser subdividido em 3 tipos: a informação, o apoio emocional e o apoio instrumental. O apoio instrumental significa o fornecimento de recursos técnicos e/ou materiais para ajudar a pessoa a se proteger e se cuidar melhor – um bom exemplo disto é a disponibilização de uma área para a prática da caminhada. A informação – ensinar as pessoas a se proteger e se defender melhor, saber onde procurar ajuda para um problema e aprender a se cuidar – e o apoio emocional – fazer companhia, conversar, aconselhar, encorajar, mostrar que se está do lado da pessoa ou do grupo nas suas decisões – podem ser realizadas por diferentes tipos de pessoas: os membros da equipe de saúde da família, parentes, amigos, voluntários<sup>25</sup>.

A promoção da saúde foi então, associada à ação de educadores de saúde que priorizavam a responsabilidade e motivação individuais na mudança de comportamentos, como o hábito de fumar, o consumo de álcool, o sedentarismo e a dieta<sup>11</sup>.

Um fato observado quando das visitas domiciliares, que não fazia parte do objetivo deste trabalho, foi que as residências dos indivíduos que participavam do grupo de caminhada concentravam-se nas microáreas das quais os agentes de saúde também participavam do grupo, talvez fruto de um maior empenho por parte destes em mobilizar a população.

Norcross e Prochaska descrevem cinco estágios na evolução do comportamento, do sedentarismo até a prática da atividade física<sup>26</sup>:

1. *Pré-contemplação*: estágio no qual o indivíduo não tem intenção de mudar um comportamento num futuro próximo. Nesse estágio, não se percebe ou recusa-se o conhecimento do risco, ou ainda, por alguma outra razão, decide-se não adotar um comportamento mais saudável.
2. *Contemplação*: neste estágio, o indivíduo começa a considerar a necessidade de mudar o comportamento num futuro próximo. As pessoas geralmente permanecem por um longo período de tempo nesse estágio, avaliando continuamente os custos e benefícios da mudança de comportamento. Aqui, a percepção de barreiras e facilitadores, assim como o apoio de familiares e amigos, é fundamental.

3. *Preparação*: a pessoa toma a decisão de mudar o seu comportamento, planejando e pensando em estratégias para mudar seu comportamento para os próximos meses.
4. *Ação*: nesta fase o indivíduo põe em prática seu plano de mudança de comportamento e começa a agir de maneira consistente na direção do novo comportamento.
5. *Manutenção*: este é o estágio final de mudança comportamental, com o novo comportamento já incorporado à rotina pessoal.

A ação destes agentes de saúde pode ter sido um ponto essencial na evolução dos indivíduos que se encontravam nos estágios 2 e 3 de Prochaska para o estágio 4. Observamos também neste estudo, que 50% das pessoas optaram pela prática da atividade física no Centro de Saúde devido à companhia dos amigos, demonstrando que a formação do grupo pode ser um ponto chave, transformando a sessão de caminhada em um evento social. Alguns dos entrevistados, inclusive, manifestaram espontaneamente que a companhia dos amigos chegava a ser mais importante do que o conhecimento sobre os fatores de risco na frequência às sessões de caminhada.

Potvin divide os fatores de risco em comportamentais (tabagismo, dieta rica em gordura, sedentarismo) e constitucionais (HAS, DM, hipercolesterolemia)<sup>12</sup>. Outro dado que pode revelar um maior interesse destes indivíduos em interagir com os seus fatores de risco é que a prevalência dos fatores de risco comportamentais (modificáveis) é muito inferior à dos constitucionais, demonstrando uma clara tendência nestes indivíduos de uma abordagem múltipla de suas doenças, realizando tanto o tratamento medicamentoso quanto alterando hábitos não-saudáveis ligados à doença cardiovascular.



## 6. CONCLUSÕES

Com base neste estudo, foram determinados a prevalência e o grau de conhecimento em relação aos fatores de risco cardiovascular entre os participantes do grupo de caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande:

1. O grupo é constituído por um número de mulheres muito superior ao de homens.
2. A prevalência de HAS e de DM é alta (46,7% e 13,3%, respectivamente).
3. O tabagismo e o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas são infreqüentes, com 86,4% de não-fumantes e 56,4% de pessoas que não fazem uso de bebidas alcoólicas.
4. Em relação ao IMC, apenas 26,7% encontram-se na categoria considerada normal. A maioria encontra-se na faixa de sobrepeso.
5. Dos indivíduos entrevistados, 70% afirmaram não realizar nenhuma prática esportiva ou praticá-la de forma irregular antes de ingressar no grupo.
6. Em relação ao nível de colesterol sanguíneo, 66,6% dos entrevistados afirmaram tê-lo normal na última vez em que foi medido, assim como 66,6% afirmaram controlar parcialmente sua dieta.

Desta forma, observamos que a prevalência dos fatores de risco constitucionais (HAS, DM) é maior do que a dos fatores comportamentais (tabagismo, dieta rica em gordura, ingestão de álcool).

Em relação ao grau de conhecimento, concluímos que:

7. O grau de conhecimento sobre os fatores de risco cardiovascular pode ser considerado como médio-baixo. Os fatores de risco mais reconhecidos foram a hipertensão arterial sistêmica, apontada por 46,7% ou 76,7% dos entrevistados, dependendo da forma de abordagem, e o colesterol, apontado por 66,7% ou 56,7%.
8. Quando questionados sobre seus objetivos com a prática da atividade física, 23,3% queriam perder peso e outros 23,3% queriam prevenir um IAM ou um AVC.
9. O principal motivo destes indivíduos terem procurado o exercício no Centro de Saúde foi a companhia dos amigos, resposta observada em 50% dos entrevistados.

Assim, observamos que o conhecimento sobre os fatores de risco pode ser considerado como um pré-requisito para mobilizar os indivíduos para a atividade física, mas ele sozinho é incapaz de determinar esta mudança. Outros elementos determinantes do comportamento humano devem ser melhor investigados, a fim de que programas e campanhas de combate às doenças cardiovasculares, ou, antes ainda, programas de promoção à saúde, possam ser mais efetivos no futuro.

## **7. NORMAS ADOTADAS**

O presente estudo foi redigido segundo as normas da resolução nº 001/2001 do Colegiado de Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, de 05 de julho de 2001.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lotufo PA. Fundamentos da Prevenção das Doenças Cardiovasculares. In: Porto CC, editors. Doenças do Coração, Prevenção e Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 71.
2. Stefanini E, Barbosa LA. Prevenção Primária e Secundária de Eventos Cardiovasculares. In: Atualização Terapêutica 2001. 20ª edição. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2001. p.43-4.
3. Ministério da Saúde. Disponível no site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) (acessado em 24/04/2003).
4. Friedewald WT. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares. In: Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Porto CC, Porto AL. Cardiopatia Isquêmica. In: Porto CC, editors. Doenças do Coração, Prevenção e Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 563-7.
6. Vale AL, Martinez TLR. Fatores de risco coronário: Quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária? In: Timerman A, César LAM, editors. Manual de Cardiologia Socesp. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 99-14.
7. Gordon T, Kannel WB, Castelli WP, Dawber TR. Lipoproteins, cardiovascular disease, and death: The Framingham study. Arch Intern Med 1981, Aug, 141(9): p. 1128-31.
8. Porto CC. Fatores de risco, estilo de vida e doenças cardiovasculares. In Porto CC, editors. Doenças do coração, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 100-7.
9. Fuster V, Pearson TA. 27<sup>th</sup> Bethesda Conference Report: Matching the Intensity of Risk Factor Management With the Hazard for Coronary Disease Events. J. Am. Coll. Cardiol. 1996, 27: p. 959-1047.
10. Nahas MV. Aptidão Cardiorrespiratória: Disposição para a Vida. In: Nahas MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. Londrina: Midiograf; 2001. p. 40.
11. Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. Cad. Saúde Pública 2000, Jan-Mar, 16(1): p. 241-4.

12. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *CMAJ* 2000, 162 (9 Suppl): S 5-11.
13. Gans KM, Assmann SF, Sallar A, Lasater T. Knowledge of cardiovascular disease prevention: an analysis from two New England communities. *Prev Med* 1999 Oct, 29 (4): p. 229-37.
14. Bowlin SJ, Morrill BD, Nafziger NA, Lewis C, Pearson TA. Reliability and changes in validity of self-reported cardiovascular disease risk factors using dual response: the behavioral risk factor survey. *J Clin Epidemiol* 1996 May, 49(5): p. 511-7.
15. Osler M; Lous J; Rasmussen NK. Knowledge, attitudes and cardiovascular risk factors in danish adults. *Scand J Soc Med* 1992, 20 (3): p. 151-7.
16. Vieira RC. Análise de fatores de risco nos grupos de hipertensos e diabéticos do Centro de Saúde II Costeira (trabalho de conclusão de curso). Florianópolis: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: 2002.
17. Tamragouri RN, Martin RW, Cleavenger RL; Sieber WK. Cardiovascular risk factors and health knowledge among freshman college students with a family history of cardiovascular disease. *J Am Coll Health* 1986, 34(6): p. 267-70.
18. Davis SK, Winkleby MA, Farquhar JW. Increasing disparity in knowledge of cardiovascular disease risk factors and risk-reduction strategies by socioeconomic status: implications for policymakers. *Am J Prev Med* 1995, 11(5): p. 318-23.
19. Choinière R, Lafontaine P, Edwards AC. Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *CMAJ* 2000, 162(9 Suppl): S13-24.
20. Botrel TEA, Costa RD. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Rev. bras. clin. ter.* 2000, 26(3): p. 87-90.
21. Avis NE, Mckinlay JB, Smith KW. Is Cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior? *Am J Prev Med*, 1990, 6(3): p. 137-144.
22. Forte RY. Análise de fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes atendidos no CSI Fazenda do Rio Tavares (trabalho de conclusão de curso). Florianópolis, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina: 2002.
23. Dioguardi GS, Ghorayeb N. Atividade física em médicos. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo* 1996, 6(1): p. 117-20.

24. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cad. Saúde Pública 1999 Apr-Jun, 15(2): p. 423-5.
25. Dalmaso ASW, Nemes Filho A. Promoção à Saúde. In: Manual de Condutas Médicas. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 7-9.
26. Norcross JC, Prochaska JO. Using the stages of change. Harv Ment Health Lett 2002 May, 18(11): p. 5-7.

## 9. APÊNDICE

### QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR PARA O GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA DO CENTRO DE SAÚDE CÓRREGO GRANDE

1) Nome:

2) Idade:

3) Sexo:

4) Estado civil:

5) Profissão que exerce ou exerceu por mais tempo:

6) Escolaridade:

7) Altura:

Peso:

IMC:

8) Você tem pressão alta? Há quantos anos? Faz tratamento?

---

---

---

9) Você é diabético(a)? Há quantos anos? Faz tratamento?

---

---

---

10) Você fuma? Quantos cigarros por dia? Há quanto tempo?

---

---

---

11) Você ingere bebidas alcoólicas? Quanto? Há quanto tempo?

---

---

---

12) Você praticava atividade física antes de entrar para o grupo de caminhada? Pratica, atualmente, alguma atividade extra?

---

---

13) Você lembra como estava o seu colesterol na última vez que foi medido? Quando foi isso?

---

---

14) Você controla a sua dieta? Como?

---

---

15) Você tem algum problema do coração? Qual? Há quantos anos? Faz acompanhamento?

---

---

16) Você sabe o que a pressão alta pode causar ao seu organismo?

---

---

17) Você sabe o que o diabetes pode causar ao seu organismo?

---

---

18) Você sabe o que o fumo pode causar ao seu organismo?

---

---

19) Você sabe o que o álcool pode causar ao seu organismo?

---

---

20) Você sabe o que o sedentarismo (falta de atividade física) pode causar ao seu organismo?

---

---

21) Você sabe o que o colesterol alto pode causar ao seu organismo?

---

---

22) Você sabe o que predispõe uma pessoa a ter doença do coração?

---

---



23) Com que frequência você vai ao médico **para controle de saúde**?

---

---

24) Tem história na família de pressão alta ou diabetes? E de complicações destas doenças (infarto, derrame, cegueira, insuficiência renal, amputações)?

---

---

25) O que você procura com o exercício?

- Perder peso
- Controlar HAS
- Controlar DM
- Diminuir risco de IAM ou AVC
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

26) O que o levou a procurar o exercício no Centro de Saúde?

- Perto de casa
- Companhia dos amigos(as)
- Supervisão médica
- Segurança
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

---

PARA LEITURA DO ENTREVISTADO:

PERMITO QUE OS DADOS CONTIDOS NESTE QUESTIONÁRIO, COM EXCEÇÃO DO MEU NOME, SEJAM UTILIZADOS NO ESTUDO REALIZADO PELO ACADÊMICO JORGE RAFAEL TEIXEIRA (MATRÍCULA 9815431-1 DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA) SOBRE O PERFIL DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE ATIVIDADES FÍSICAS DO CENTRO DE SAÚDE DO CÓRREGO GRANDE, SOB ORIENTAÇÃO DO Dr. IBERÊ DO NASCIMENTO.

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.



---

Teixeira, Jorge Rafael.

Grau de conhecimento sobre fatores de risco cardiovascular e motivação à prática esportiva entre os participantes do grupo de caminhada do Centro de Saúde Córrego Grande – Florianópolis/SC – 2003 / Jorge Rafael Teixeira. – Florianópolis, 2003.

27p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Doenças cardiovasculares 2. Fatores de risco 3. Conhecimento  
4. Caminhada 5. Motivação