

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM UMA POPULAÇÃO FEMININA ASSISTIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUDOESTE DO PARANÁ

Prevalence of risk factors and protection against chronic diseases in a female population attended in the family health care strategy in the southwest of the state of Parana

Lediania Dalla Costa¹; Luciane Peter Grillo¹; Alessandro Rodrigues Perondi¹; Leo Lynce Valle de Lacerda.¹; Jocilene Demetrio Jurcevic²; Deisi Gross Zanchetta²

1 Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Rua Uruguai, 458, Centro, Itajaí, SC. E-mail: lediana@unipar.br

2 Curso de Nutrição. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC.

Resumo

O conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção auxiliam na prevenção de doenças crônicas nas mulheres. A Estratégia Saúde da Família embasa a promoção de ações que reforçam esse conhecimento. Objetivou-se neste estudo descrever a prevalência dos principais fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis em uma população adulta feminina em Francisco Beltrão, Paraná. Aplicou-se um questionário a uma amostra de 415 mulheres de 20 a 59 anos, que abordou sobre os fatores de risco (tabagismo, obesidade, consumo de bebidas e alimentos gordurosos, diagnóstico médico) e de proteção (alimentação saudável, atividade física, realização de mamografia e de citologia oncológica) para doenças crônicas não transmissíveis. Quanto a fatores de risco as mulheres apresentam prevalência significativa para o consumo de leite com teor integral de gordura (81,60%), de refrigerante ou suco artificial (33,98%) e de bebida alcoólica de forma abusiva (23,73%). Quanto a fatores de proteção, há prevalência inferior significativa para realização de citologia oncológica (78,31%), consumo de feijão (39,76%) e realização de mamografia (34,22%) e superior significativa para atividade física no tempo livre e/ou deslocamento (31,57%). Nota-se a presença de importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da mulher, doença crônica, fatores de risco.

Abstract

The knowledge of risk factors and protective factors helps in the prevention of chronic diseases in women. The Family Healthcare Strategy (*Estratégia Saúde da Família*) is based on the promotion of actions reinforcing this knowledge. This study was aimed to describe the prevalence of the major risk factors and protective factors for non-communicable chronic diseases in an adult female population, in the city of Francisco Beltrão, state of Paraná. A questionnaire was applied to a sample of 415 women aged between 20 and 59 years old, approaching the risk factors (smoking habits, obesity, fatty food and beverages consumption, medical diagnosis) and the protective factors (healthy eating, physical activity, performance of mammography and cytology) for non-communicable chronic diseases. Regarding the risk factors, women have a significant prevalence for ingestion of whole milk (81.60%), soda or industrialized juices (33.98%), and for the abusive consumption of alcohol (23.73%). Considering the protective factors, there was a significant lower prevalence for oncotic cytology (78.31%), beans consumption (39.76%), performance of mammography (34.22%), and significant higher prevalence for physical activity in leisure time and/or travel time (31.57%). The presence of significant risk factors for the development of non-communicable chronic diseases was observed.

KEYWORDS: women's health, chronic diseases, risk factors.

Introdução

Ao longo dos anos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública no cenário de saúde do Brasil e do mundo, tanto nos países ricos, quanto nos de média e baixa renda¹. As DCNTs caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais². São responsáveis por quase 60% das mortes em todo o mundo, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde³, além de resultarem na necessidade de tratamentos contínuos que, conseqüentemente, sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos para controle⁴.

Em 2007, 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNTs, que incluíram doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras. A rápida transição nutricional causada pelo crescimento da renda, pela industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral,

incluindo os processados e pela globalização de hábitos não saudáveis expuseram a população ao risco dessas doenças⁵.

Os fatores de risco indicados para monitoramento são aqueles que mais repercutem na morbidade e mortalidade para doenças crônicas, que podem ser modificados mediante intervenção no âmbito da atenção à saúde, e que são relativamente simples de serem medidos, tais como: consumo de tabaco e álcool, excesso de peso, inatividade física e alimentação não saudável⁶.

Integrante da atenção básica à saúde, a Saúde da Família é uma estratégia de mudança do SUS de um modelo meramente assistencial e hospitalocêntrico para um baseado na atenção básica como sua porta de entrada. Mais abrangente do que o modelo tradicional, a Saúde da Família engloba ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos agravos mais prevalentes, recuperação e reabilitação. Por essas características, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um grande potencial de se integrar à rede de vigilância em saúde voltada para as doenças crônicas⁷.

Visando ressaltar o potencial da ESF na implementação de ações de vigilância das doenças crônicas e a ampliar o conhecimento sobre o tema, o presente estudo buscou identificar a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em uma população feminina adulta residente no município de Francisco Beltrão, Paraná. Como objetivo secundário, confrontaram-se os dados encontrados com os dados identificados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em nível nacional e na capital do presente Estado, bem como produzir informações que orientem as políticas de promoção da saúde e redução das DCNTs no município.

Métodos

Foi conduzido um estudo transversal, de base populacional, desenvolvido nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Francisco Beltrão, localizado na Região Sudoeste do Paraná. A população do município é de 79.850 habitantes, sendo 86% destes residentes na zona urbana e 51,5% pertencentes ao sexo feminino⁸.

A população-alvo da pesquisa foi constituída por mulheres cadastradas nas ESF em 2011, com idades entre 20 e 59 anos, residentes nas áreas cobertas pelas oito Equipes de Estratégia Saúde da Família⁸.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi realizada uma estratificação proporcional por unidade de saúde e faixa etária com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, resultando em 415 mulheres.

Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário estruturado fechado de múltipla escolha, composto por indicadores monitorados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel⁹, aplicado por meio de visita domiciliar. Um estudo piloto foi realizado para testar o instrumento.

Os indicadores demográficos avaliados foram: faixa etária, escolaridade e estado civil. Entre os fatores de risco, as seguintes variáveis foram avaliadas: hábito de fumar, presença de excesso de peso e obesidade, hábito de consumo de refrigerantes ou sucos artificiais, de carnes e leite com excesso de gordura, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes. Os fatores de proteção avaliados foram: hábito de consumo regular de frutas, hortaliças e feijão, atividade física no tempo livre e/ou deslocamento, realização da mamografia e do exame de citologia oncótica.

Foram identificadas como tabagistas as participantes que mantêm o hábito de fumar cigarros, independentemente da quantidade. Excesso de peso e obesidade incluíram indivíduos com índice de massa corporal entre 25 e 30 kg/m² e ≥ 30 kg/m², respectivamente³, ambos autorreferidos. Para consumo alimentar regular saudável de frutas, hortaliças e feijão, foi considerada a sua ingestão em cinco ou mais dias por semana. Também se analisaram os hábitos não saudáveis de consumir carnes com gordura visível e leite com teor de gordura integral. Em relação ao consumo de refrigerante ou suco artificial com açúcar, foi avaliado o consumo em cinco ou mais dias por semana. Quanto à atividade física no tempo livre e/ou deslocamento, considerou-se praticar pelo menos 30 minutos diários de atividade física em cinco ou mais dias da semana, ou uma hora em três ou mais dias na semana. Frequência de consumo de bebidas alcoólicas foi considerada quando foi citada a ingestão de quatro ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias. Avaliou-se também a referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes mellitus autorreferida e realização do exame de mamografia e citologia oncótica para a prevenção do câncer¹⁰.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí sob Protocolo n.267/11.

As análises foram realizadas no aplicativo STATA, versão 12. Foram calculadas as proporções,

razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança dos fatores de risco e de proteção para doenças crônicas não transmissíveis na amostra geral. Para comparação de proporções utilizou-se o teste χ^2 e tendência linear, adotando-se um nível de significância de 5%. Para as comparações dos valores amostrais com aqueles relacionados para Curitiba (capital do estado do Paraná) e Brasil¹¹ foram utilizadas estimativas Z para a proporção.

Resultados

Em relação às características demográficas das usuárias das Estratégias Saúde da Família de Francisco Beltrão (ESF-FB) avaliadas, observou-se predominância da faixa etária de 20 a 39 anos (58,80%), de mulheres casadas (50,84%), com nível de escolaridade de até oito anos (30,60%) e de cor branca (68,92) (Tabela 1).

Tabela 1. Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão dos percentuais das microrregiões para as causas de óbito do semiárido por sexo, 2010.

Variável	N	Prevalência % (IC95%)
IDADE (ANOS) (n=415)		
20-39	244	58,80 (54,05-63,55)
40-49	101	24,34 (20,20-28,48)
50-59	70	16,87 (13,25-20,48)
ESTADO CIVIL (n=415)		
Solteiro	84	20,24 (16,36-24,12)
Casado legalmente	211	50,84 (46,02-55,67)
Em união estável há + de seis meses	79	19,04 (15,25-22,82)
Viúvo	24	5,78 (3,53-8,03)
Separado ou divorciado	17	4,09 (2,21-6,56)
ESCOLARIDADE (n=415)		
1º grau incompleto	127	30,60 (26,16-35,05)
1º grau completo	62	14,94 (11,50-18,38)
2º grau incompleto	60	14,46 (11,06-17,85)
2º grau completo	110	26,50 (22,25-30,76)
3º grau incompleto	27	6,51 (4,13-8,86)
3º grau completo	18	4,34 (2,37-6,30)
Pós-graduação incompleta	2	0,48 (-0,18-1,15)
Pós-graduação completa	9	2,17 (0,76-3,57)
COR DA PELE (n=415)		
Branca	286	68,92 (64,45-73,38)
Negra	10	2,41 (0,93-7,24)
Parda ou morena	116	27,95 (23,62-32,28)
Amarela/vermelha	3	0,72 (-0,09-1,54)

Quanto às prevalências dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na amostra estudada verificaram-se valores elevados

para o consumo de leite integral (81,60%), excesso de peso (46,25%) e consumo regular de refrigerante (33,98%) (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalências dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, das usuárias das Estratégias Saúde da Família do município de Francisco Beltrão, Paraná, 2011-2012.

Fatores de risco	Prevalência % (IC95%)
Tabagismo	15,66 (12,15-19,17)
Consumo regular de refrigerante	33,98 (29,40-38,55)
Consumo de leite integral	81,60 (77,85-85,35)
Consumo de carnes com gordura	19,61 (15,78-23,45)
Excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m ²)	46,25 (41,42-51,07)
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	14,77 (11,34-18,20)
Consumo de bebida alcoólica	23,73 (19,61-27,84)
Hipertensão autorreferida	23,73 (19,61-27,84)
Diabetes autorreferida	8,72 (5,99-11,44)

Em relação aos fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis observaram-se valores mais elevados nas variáveis realização

de citologia oncótica (78,31%), consumo regular de feijão (39,76%) e de frutas e hortaliças (36,15%). (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalências dos fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis, das usuárias das Estratégias Saúde da Família do município de Francisco Beltrão, Paraná, 2011-2012.

Fatores de proteção	Prevalência % (IC95%)
Consumo regular de frutas e hortaliças	36,15 (31,51-40,78)
Consumo regular de feijão	39,76 (35,04-44,50)
Atividade física no tempo livre e/ou deslocamento	31,57 (27,12-36,28)
Realização de mamografia	34,22 (29,63-38,80)
Realização de citologia oncótica	78,31(74,33-82,30)

Em relação aos fatores de risco, quando se compara a ESF-FB com os dados nacionais, verificou-se prevalências superiores significativas para as variáveis consumo de bebida alcoólica de forma abusiva ($p < 0,001$), consumo de leite integral ($p < 0,001$) e consumo de líquidos artificiais

($p = 0,021$). Ao comparar estas mulheres com os dados da capital do estado, observou-se valores superiores para as variáveis consumo de bebida alcoólica de forma abusiva ($p < 0,001$) e consumo de leite com teor integral de gordura ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição e intervalo de confiança (IC) dos fatores de risco: dados Brasil, Curitiba e Francisco Beltrão, 2011-2012.

Fator de Risco	Brasil	Curitiba	Amostra	pBrasil ^a	pCuritiba ^b
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)		
Excesso de peso	44,7 (43,2-46,2)	43,9 (39,8-48,1)	46,25 (41,42-51,07)	ns	ns
Obesidade	16,0 (14,9-17,0)	16,3 (13,0-19,7)	14,77 (11,34-18,20)	ns	ns
Tabagismo	12,0 (10,8-13,1)	16,5 (12,2-20,8)	15,66 (12,15-19,17)	ns	ns
Consumo de bebida alcoólica	9,1 (8,4-9,8)	6,5 (4,2-8,7)	23,73 (19,61-27,84)	<0,001	<0,001
Consumo de carne com gordura	24,9 (23,5-26,2)	25,1 (21,4-28,9)	19,61 (15,78-23,45)	ns	ns
Consumo de leite integral	55,2 (53,8-56,6)	63,7 (59,7-67,6)	81,60 (77,85-85,35)	<0,001	<0,001
Consumo de líquidos artificiais	25,9 (24,5-27,3)	29,5 (25,0-34,1)	33,98 (29,40-38,55)	0,021	ns
Hipertensão autorreferida	25,4 (24,2-26,5)	24,2 (20,8-27,5)	23,73 (19,61-27,84)	ns	ns
Diabetes autorreferido	6,0 (5,5-6,5)	6,0 (4,7-7,3)	8,72 (5,99-11,44)	ns	ns

^aProporção Brasil (p < 0,05); ^bProporção Curitiba (p < 0,05).

^aProportion Brazil (p < 0,05); ^bProportion Curitiba (p < 0,05).

Quando comparada a ESF-FB com os dados do Brasil em relação aos fatores de proteção, as mulheres do presente estudo apresentaram prevalências superiores significativas para as variáveis consumo regular de frutas e hortaliças (p=<0,001), atividade física no tempo livre e/ou deslocamento (p=<0,001) e prevalências inferiores significativas para o consumo de feijão (p=<0,001)

e realização de mamografia (p=<0,001). A amostra estudada, em relação aos dados da capital do estado, mostraram prevalência superior significativa para a variável atividade física no tempo livre e/ou deslocamento (p<0,001) e prevalências inferiores significativas para consumo de feijão (p=<0,001), realização de mamografia (p=<0,001) e realização do exame de citologia oncológica (p=<0,001). (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição e intervalo de confiança (IC) dos fatores de proteção, Brasil, Curitiba e Francisco Beltrão, 2011-2012.

Fator de Proteção	Brasil	Curitiba	Amostra	pBrasil ^a	pCuritiba ^b
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)		
Consumo regular de frutas e hortaliças	35,4 (34,1-36,7)	42,8 (38,6-47,0)	36,15 (31,51-40,78)	0,045	ns
Consumo regular de feijão	63,8 (62,5-65,0)	59,0 (54,6-63,5)	39,76 (35,04-44,50)	<0,001	<0,001
Atividade física no tempo livre e/ou deslocamento	19,7 (18,5-20,9)	20,75 (17,45-24,05)	31,57 (27,12-36,28)	<0,001	<0,001

Fator de Proteção	Brasil % (IC 95%)	Curitiba % (IC 95%)	Amostra % (IC 95%)	pBrasil ^a	pCuritiba ^b
Realização de mamografia	73,3 (71,4-5,30)	81,7 (77,3-86,2)	34,22 (29,64-38,80)	<0,001	<0,001
Realização de citologia oncótica	80,5 (79,3-81,7)	90,0 (87,3-92,7)	78,31 (74,33-82,29)	ns	<0,001

^aProporção Brasil (p < 0,05); ^bProporção Curitiba (p < 0,05).

^aProportion Brazil (p < 0.05); ^bProportion Curitiba (p < 0.05).

A amostra de 415 mulheres foi caracterizada a partir do somatório de fatores de risco e proteção e da razão destes. A Tabela 6 apresenta a distribuição das frequências de mulheres de acordo com estas três

Tabela 6. Distribuição e razão de fatores de risco e proteção entre mulheres adultas de Francisco Beltrão, Paraná, 2011-2012.

Número de Fatores de Risco	Frequência	Número de Fatores de Proteção	Frequência	Razão Risco/ Proteção	Frequência
0-1	79	1	7	0-1	261
2-3	211	2	51	1-2	124
4-5	97	3	125	2-3	23
6-7	25	4	140	3-4	3
8-9	3	5	80	4-5	2
		6	12	6-7	2

variáveis.

Na tabela 6 a amostra foi caracterizada por um valor mediano entre dois e três fatores de risco e três e quatro fatores de proteção. Devido a isto, a razão entre o número de fatores de risco e proteção apresentou prevalência de razão abaixo de um, ou seja, na maior parte da amostra os fatores de proteção foram iguais ou superiores aos fatores de risco. O número de mulheres que apresentou razão em dobro ou mais de fatores de risco em relação aos de proteção foi 30, o que representou 7,2% da amostra. Este resultado mostra que apesar da prevalência de fatores de risco como excesso de peso (46,25%), tabagismo (15,66%), diabetes autorreferida (8,72%), consumo de bebida alcoólica de forma abusiva (23,73%), de leite com teor integral de gordura (81,60%) e de líquidos artificiais (33,98%), estes não apareceram em conjunto na maior parte das mulheres. Além disso, em mais

de 90% das mulheres estes fatores estiveram associados a três ou mais fatores de proteção, notadamente a citologia oncótica, consumo de feijão, frutas e hortaliças.

Discussão

A amostra feminina do presente estudo apresenta características relevantes para o desenvolvimento de DCNT, justificadas pelas frequências superiores de fatores de risco quando comparadas às da capital do estado do Paraná e do Brasil.

Os dados do Vigitel apontaram aumento no excesso de peso entre as mulheres de 38,8%, em 2006, para 44,7%, em 2011. Esse aumento também foi observado na obesidade, que passou de 11,5% em 2006 para 16% em 2011. O aumento médio foi de 1,5 pontos percentuais ao ano para excesso de peso e de 1,0 ponto percentual ao ano

para obesidade¹¹. O sobrepeso e a obesidade são fatores importantes para várias doenças crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer, levando a um aumento da mortalidade geral. A proporção de adultos com excesso de peso e obesidade tem aumentado de forma progressiva em todos os inquéritos realizados⁵.

No presente estudo, observou-se que a prevalência de excesso de peso nas mulheres foi superior (46,25%) à observada na população geral de mulheres brasileiras (44,7%) e na capital do estado do Paraná (43,9%). Fato este não observado para a obesidade (14,7%) quando comparadas com as mulheres da capital do estado (16,3%) e do país (16%). A obesidade é uma doença e um fator etiológico que provoca ou acelera o desenvolvimento de muitas outras doenças e a morte precoce. A projeção dessa magnitude aponta que em 2025 mais de 50% da população mundial será obesa, e por isso será considerada como a epidemia global do século XXI¹².

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre causas de mortes evitáveis¹³. Em pesquisa nacional representativa constatou-se que a frequência de mulheres fumantes no Brasil é de 12,0%, prevalência superior é encontrada na capital do estado do Paraná (16,5%) e na amostra estudada (14,77%). Em estudo realizado com 2.022 indivíduos de ambos os sexos na cidade de Lages (SC)¹⁴, verificou-se entre as 1.243 mulheres que 28,89% são tabagistas. Em pesquisa nacional realizada em 50.000 domicílios observou-se redução no hábito de fumar na proporção de 17,2%, destes, 13,1% se referem ao sexo feminino⁵.

No presente estudo, o consumo de bebidas alcoólicas de forma abusiva (23,73%) foi significativamente superior às médias nacional e da capital do estado (9,1%; 6,5%, respectivamente).

O crescente consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres pode estar associado ao aumento da independência feminina, maior participação no mercado de trabalho e consequente ampliação da renda própria. A condição de independência moral e financeira tende a induzir o desenvolvimento de hábitos antes predominante entre os homens, como frequentar bares com amigas para o consumo de bebidas alcoólicas¹⁵. O consumo de álcool é responsável por 1,8 milhão de mortes por ano, 3,2% da mortalidade total e 4% dos anos potenciais de vida perdidos¹⁵.

A prevalência de hipertensão arterial na população estudada (23,73%) foi inferior à encontrada em Curitiba (24,2%) e à média das demais capitais brasileiras (25,4%). Esse valor foi semelhante ao encontrado num estudo em Botucatu (SP) (23,1%)¹⁷ e inferior ao observado em Lages¹⁴, em que 31,5% de sua amostra feminina apresentou níveis pressóricos elevados. Entre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é considerada o mais importante para a morbimortalidade por DCNTs, especialmente no que diz respeito às doenças isquêmicas e ao acidente vascular cerebral¹⁸.

Em estudo nacional representativo aponta que 6,0% da população feminina relatam serem portadores de diabetes, este dado é semelhante ao encontrado na capital do estado, Curitiba (6,0%)¹¹, e inferior ao da amostra estudada (8,72%), porém condizendo com dados de Santa Catarina¹⁴ em que 8,08% da população feminina possuía diagnóstico médico de diabetes. Um aumento no número de casos de diabetes vem sendo observado em vários países em desenvolvimento e tem como determinantes as transições demográficas e nutricionais em curso¹⁸.

A hipertensão e o diabetes se constituem em dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo que quando diagnosticadas precocemente são bastante sensíveis prevenindo complicações⁹. Estima-se que no Brasil as doenças do aparelho circulatório e o diabetes acarretarão

perdas na economia brasileira da ordem de mais de 4,18 bilhões de dólares nos próximos anos¹⁹.

No presente estudo, o consumo de refrigerantes e sucos artificiais foi relatado por 33,98% das mulheres entrevistadas. Ao confrontar estes valores com dados nacionais e estaduais observa-se prevalência superior no consumo destes produtos pela amostra avaliada (25,9% e 29,5%, respectivamente)¹¹. Observa-se também prevalência superior significativa no consumo de leite integral nas mulheres estudadas (81,60%) em relação à capital do estado (63,7%) e as demais capitais brasileiras (55,2%)¹¹. Dados semelhantes foram encontrados no sul do país onde 81,37% da amostra consumiam leite com teor integral de gordura¹⁴. Em pesquisa realizada no interior do Paraná, com 300 indivíduos de ambos os sexos, constatou-se que aproximadamente metade dos entrevistados (48,17%) demonstrou ter preferência pelo leite integral, seguido do leite desnatado (26,20%) e do leite semidesnatado (10,70%)²⁰.

A pesquisa apontou prevalência de 19,61% no consumo de carnes com gordura visível. Resultados superiores foram encontrados em nível nacional (24,9%) e estadual (25,1%) e pelo estudo catarinense realizado em Lages¹⁴ (38,32%). O padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida.

Os fatores de proteção avaliados no presente estudo foram: consumo regular de frutas e hortaliças (36,15%) e de feijão (39,76%), atividade física no tempo livre e/ou deslocamento (31,57%), realização de exame de mamografia (34,22%) e de citologia oncológica (78,31%).

Os dados do presente estudo mostraram que o consumo regular de frutas e hortaliças (36,15%), foi estatisticamente semelhante ao nacional (35,4%) e inferior aos dados encontrados em Curitiba (42,8%). Para a variável consumo regular de feijão (39,76%) foi observada prevalência inferior significativa quando comparada aos dados nacionais e estaduais (63,8% e 59%, respectivamente)¹¹. A ingestão alimentar da

população é um importante fator de proteção como condicionante da morbidade por doenças crônicas ao longo de todos os períodos da vida. A educação alimentar para dietas ricas em frutas e hortaliças e com baixo teor de gorduras diminui o risco para DCNT, colabora para a redução do peso, além de atuar objetivamente na redução da pressão arterial e promove a prevenção do câncer²².

A amostra estudada apresentou prevalência significativa para a atividade física no tempo livre e/ou deslocamento (31,57%). Estes dados são superiores aos encontrados em nível nacional e estadual (19,7% e 20,75%, respectivamente)¹¹. Esses dados possivelmente justificam-se pela ausência de um serviço de transporte coletivo acessível, eficiente e de qualidade que garanta a acessibilidade da população para todo o espaço urbano e também pela favorável geografia do município de Francisco Beltrão. Em estudo realizado em Pelotas (RS)²³, com 3.136 indivíduos, observou-se que 40% deles realizavam alguma atividade física em seu tempo livre. Calcula-se que 3,2 milhões de pessoas morrem por ano por causa da inatividade física²⁴. Pessoas que são insuficientemente ativas têm de 20 a 30% de aumento do risco de desenvolver causas de mortalidade²⁵.

O percentual de mulheres da ESF-FB que realizam o exame de mamografia (34,22%) e citologia oncológica (78,31%) foi significativamente inferior aos resultados encontrados na população nacional (73,3% e 80,5%, respectivamente) e estadual (80,7% e 90%, respectivamente). Esses dados demonstram que em relação às práticas preventivas do câncer de mama, o município de Francisco Beltrão encontra as mesmas dificuldades observadas em outros municípios brasileiros, o elevado custo do exame e as extensas filas de agendamento para a realização da mamografia pelo SUS. Dados semelhantes foram observados em Belo Horizonte²⁶ para a citologia oncológica (74,4%) e superior para a mamografia (65,7%). Pesquisa de base populacional realizada em Maringá (PR) com 439 mulheres de 40 a 69 anos diagnosticou uma prevalência de 79% de realização de mamografia²⁷.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e mais comum entre as mulheres, e sua incidência vem aumentando ao longo do tempo concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização. Destaca-se a importância da estratégia saúde da família no monitoramento dos fatores de risco e proteção desta população considerando a alta frequência desse grupo populacional para o desenvolvimento de DCNT. As visitas domiciliares e a integração dos agentes comunitários de saúde às comunidades (pilares centrais da estratégia saúde da família) são ações que passam a ter papel fundamental na detecção de situações de risco e implementação de propostas especificamente voltadas às mulheres.

Analisando os dados sobre o número de mulheres expostas ao dobro de fatores de risco relativamente aos de proteção, deve ser observada a individualidade de tais fatores, ou seja, não estão todos presentes em conjunto na alimentação das participantes. A World Health Organization³⁰ destaca que uma doença crônica não transmissível pode demorar décadas para estar completamente instalada na vida de uma pessoa e que a sua origem se encontra em idades jovens, e sofre influência direta das condições de vida ao longo do tempo. Evidentemente, a comunicação e a informação atualizadas aos pacientes como iniciativas dos profissionais da linha de frente da saúde pública pode ser um diferencial para inibir a adoção de hábitos de risco para DCNT.

Conclusão

A amostra do presente estudo apresentou características relevantes para o desenvolvimento de DCNT, que inclui excesso de peso (46,25%), tabagismo (15,66%), diabetes autorreferida (8,72%), consumo de bebida alcoólica de forma abusiva (23,73%), de leite com teor integral de gordura (81,60%) e de líquidos artificiais (33,98%).

Os modelos de atenção à saúde que efetivamente podem dar conta do aumento das DCNT devem ter em foco algumas características,

como a ênfase na atenção primária à saúde, não só como porta de entrada do sistema, mas como instância reguladora do acesso; a capacitação dos pacientes para o autocuidado, seja com o empoderamento, autonomia ou participação nos processos decisórios clínicos¹⁹.

Desta forma, estudos como o presente poderão servir de base para o desenvolvimento de políticas públicas específicas para a população adulta feminina deste e outros municípios com realidades semelhantes, de forma a orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde, buscando redução na incidência e no impacto das doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

1. Moura EC, Silva AS, Malta DC, Neto OLM. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico - Vigitel, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 486-496.
2. Yokota RTC, Vasconcelos TF, Ito MK, Dutra ES, Baiocchi KC, Hamann EM, Lopes EB, Barbosa RB. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. *Com Ciências Saúde* 2007; 18 (4): 289-296.
3. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília Secretaria de Atenção à Saúde/Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; 2005.
4. Silva JDT, Muller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estud psicol (Campinas)* 2007; 24 (2): 247-256.
5. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GAS, Monteiro AM, Monteiro CA, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 37:1949-1961.

6. Gaziano TA, Galea G, Redy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370: 1939-1946.
7. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. World Health Organization - WHO. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2007.
13. World Health Organization - WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
14. Longo GZ, Neves J, Castro TG, Pedrosa MRO, Matos IB. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14 (4): 698-708.
15. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo Júnior JP, Braga Júnior ACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 (8):1473-1486.
16. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Carvalho CG, Monteiro RA, Moraes Neto OL. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Cien Saúde Colet* 2011; 14 (5):1789-1796.
17. Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11: 14-23.
18. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Est Pop*. 2012; 29 (1):133-145.
19. Goulart AA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Molina G, Pelissari FM, Feihmann AC. Perfil do consumo de leite e derivados na cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci Tech* 2010; 32 (3): 327-334.
21. World Health Organization – WHO. Diet, nutrition and the prevention chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003.

22. Santos, FM; César, FO; Malta, DC. Fatores de risco e fatores de proteção referentes a doenças crônicas não transmissíveis na população de Goiânia em 2009. *Brasília Med* 2010; 47 (4): 439-444.
23. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12 (4): 646-658.
24. World Health Organization - WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
25. World Health Organization - WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
26. Duarte BM. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população de Belo Horizonte. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
27. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 (5): 888-898.
28. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008 – Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.
29. Eyken EBDV, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre