

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



**PREVALÊNCIA DO USO DE ÁCIDO  
ACETILSALICÍLICO (AAS) COMO  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA CIDADE DE  
PELOTAS, RS**

CAROLINA AVILA VIANNA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. ALICIA MATIJASEVICH MANITTO  
**CO-ORIENTADOR:** DAVID GONZÁLEZ

PELOTAS, 28 OUTUBRO DE 2010

V617p Vianna, Carolina Avila

Prevalência do uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) como prevenção de doenças cardiovasculares na cidade de Pelotas, RS. / Carolina Avila Vianna; orientadora Alicia Matijasevich Manito. – Pelotas : UFPel, 2010.

99 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2010.

1. Epidemiologia 2. Doenças cardiovasculares I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS PARA  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Banca examinadora:

---

Prof. Dra. Alicia Matijasevich Manitto (orientadora)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Prof. Dra. Andréa Homsí Dâmaso  
Universidade Federal de Pelotas

---

Prof. Dr. Marcelo Fernandes Capilheira  
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 28 de outubro de 2010.

## Agradecimentos

A minha orientadora, Alicia Matijasevich, por sempre me estimular e apoiar, com respeito e amizade, durante todo o período do mestrado. Meu reconhecimento e gratidão pela sua sabedoria e pela grande contribuição à minha formação profissional.

Ao meu co-orientador, David González, pela inesgotável paciência em ensinar, apoiar, corrigir sempre que necessário. Minha profunda gratidão por todas as horas de orientação, reuniões virtuais pelo “skype”, além de centenas de emails trocados ao longo destes dois anos.

A todos os meus colegas de mestrado, pelo excelente trabalho em grupo realizado.

Ao meu grupo de estudo, Dudu, Lud, Daniel e Inácio, pelas longas horas de estudo, que sempre acabavam com lanches e “terapia em grupo”. Obrigada por toda a amizade e apoio recebido.

Aos monitores, Alan, Maria Clara, Bia, Gian, Jeovanny, João e Suele, pelo tempo dedicado em ensinar e tirar dúvidas (que nunca foram poucas!) sempre que precisei.

A todos os professores do mestrado, por sua competência, seriedade e dedicação em ensinar e capacitar todos os alunos que por lá passam.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, por estarem sempre dispostos a ajudar.

Aos amigos Gustavo, Noal, Elisa, Alethea e Lú que me incentivaram a fazer o mestrado e seguir em frente apesar das dificuldades.

Aos colegas e amigos da UTI do HUSFP, Pedro, Cláudio, Márcio, Luciano, Paulo Orlando, Sandro, Louise e Marina que sempre me compreenderam e ajudaram nas infinitas trocas de plantão devido às provas, trabalhos e aulas do mestrado.

As amigas, Fiorella, Jordana e Lílian por agüentarem minhas crises de ansiedade, minha ausência e por sempre me apoiarem e me proporcionarem momentos de diversão e descontração.

Ao meu namorado, Antonio, por estar sempre ao meu lado, me apoiando e estimulando, em todos os momentos.

Aos meus pais, meu irmão e meu tio, Antonio, Vilma, Henrique e João Carlos, pelo amor e compreensão incondicionais, sem os quais nada disso teria sido possível.

## Sumário

<b>1. Projeto de Pesquisa.....</b>	<b>08</b>
<b>2. Relatório do trabalho de campo.....</b>	<b>47</b>
<b>3. Artigo.....</b>	<b>59</b>
<b>4. Comunicado à imprensa.....</b>	<b>82</b>
<b>5. Anexos.....</b>	<b>84</b>

## **Apresentação**

A presente dissertação de mestrado, exigência para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, é composta pelos seguintes itens:

1. Projeto de Pesquisa, apresentado e defendido em outubro de 2009 com incorporação das sugestões da revisora, Professora Andréa Homsí Dâmaso
2. Relatório do trabalho de campo
3. Artigo: *Prevalência do uso de Ácido Acetilsalicílico(AAS) na prevenção das doenças cardiovasculares* a ser submetido na “Revista de Saúde Pública”
4. Comunicado à imprensa local
5. Anexos

# **1. Projeto de Pesquisa**

Dissertação de Mestrado Carolina Avila Vianna



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



**PREVALÊNCIA DO USO DE ÁCIDO  
ACETILSALICÍLICO (AAS) COMO  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES NA CIDADE DE  
PELOTAS, RS**

MESTRANDA CAROLINA AVILA VIANNA

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. ALICIA MATIJASEVICH MANITTO  
**CO-ORIENTADOR:** DAVID GONZÁLEZ

**REVISOR:** Prof<sup>ª</sup>. Andréa Homsí Dâmaso

Processo n<sup>º</sup>: 4.0602.106

PELOTAS, 27 OUTUBRO DE 2009

## **1. Introdução**

### **1.1 Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares**

No século XIX as doenças infecciosas e a desnutrição eram as causas mais comuns de morte e estas foram gradualmente suplantadas pelas doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares (DCV) e o câncer. Essa transição epidemiológica está intimamente relacionada com a transição econômica, social e demográfica. (1, 2)

Em 1990, a população mundial era de 5,3 bilhões e as DCV eram responsáveis por mais de 14,3 milhões de mortes ou 28,4% de todas as mortes no mundo. Estima-se que em 2020 a população mundial chegará a 7,8 bilhões e que as DCV serão responsáveis por 25 milhões das mortes. (1-3)

No Brasil, no ano de 2008 as internações por doenças cardiovasculares ficaram em segundo lugar entre os homens, depois das doenças respiratórias e em terceiro entre as mulheres, depois das hospitalizações decorrentes das complicações do parto e da gravidez e das doenças respiratórias. Na avaliação do custo total de internações as doenças cardiovasculares assumem a principal posição em ambos os sexos, sendo responsáveis por cerca de 20% de todo o gasto do Sistema Único de Saúde (SUS).(4)

Segundo dados do IBGE, só no ano de 2007 no Rio Grande do Sul houve 7370 mortes por DCV, 22% do total de mortes no estado. Em Pelotas no mesmo ano houve 173 mortes (17%), só perdendo para as doenças respiratórias, responsáveis por 270 mortes (25%). (5)

## 1.2 Prevenção das Doenças Cardiovasculares

Atualmente, muito tem se falado sobre o controle dos principais fatores de risco para DCV. Campanhas de saúde pública tem incentivado a modificação do estilo de vida, como a cessação do tabagismo e a prática de atividade física, bem como o controle da diabetes, hipertensão e dislipidemias. (6)

Em 1961, o Framingham Heart Study (FHS) descreveu detalhadamente a história natural e a epidemiologia da aterosclerose e da doença coronariana, bem como seus fatores de risco. Esses fatores de risco podem ser divididos em quatro categorias básicas: fatores predisponentes, comportamentais, metabólicos e marcadores de doença. Entre os fatores predisponentes estão a idade, sexo e antecedentes familiares. Os fatores de risco comportamentais são: o tabagismo, sedentarismo e o consumo de álcool. A dislipidemia, a hipertensão, a obesidade, a diabetes e a síndrome metabólica estão entre os fatores de risco metabólicos. A história de angina ou infarto, a hipertrofia do ventrículo esquerdo, o índice de cálcio coronariano, os resultados de testes ergométricos e do cateterismo cardíaco são os principais marcadores de doença. Os investigadores do FHS desenvolveram uma ferramenta útil para avaliação de risco de eventos cardiovasculares baseado em alguns dos fatores de risco acima citados.(7)

A prevenção das DCV tem indiscutível importância para a saúde pública. A redução de risco nos pacientes com doença cardiovascular já estabelecida é conhecida como prevenção secundária, enquanto a prevenção primária é realizada em pacientes com fatores de risco, mas sem doença manifesta. (6)

### **1.3 A História do Ácido Acetilsalicílico**

O ácido acetilsalicílico (AAS), ou aspirina ®, é o medicamento mais conhecido e consumido do mundo e em 2009 completou 110 anos da sua descoberta. É do grupo dos AINES (anti-inflamatórios não-esteroidais) e apresenta propriedades analgésicas, anti-inflamamtórias, anti-térmicas e anti-agregante plaquetária. (8,9)

No século V AC, Hipócrates, escreveu que o pó ácido do salgueiro (que contém salicilatos, mas é potencialmente tóxico) aliviava dores e diminuía a febre. Em 1763, o reverendo Edmundo Stone, do Reino Unido, redescobriu as propriedades antipiréticas da casca do salgueiro e as descreveu cientificamente. O princípio ativo da casca, o ácido salicílico, foi isolado na sua forma cristalina em 1828 pelo farmacêutico francês Henri Leroux e o químico italiano Raffaele Piria.(8)

Somente em 1899, a indústria farmacêutica alemã, Bayer, conjugou quimicamente o ácido salicílico em acetato, criando o ácido acetilsalicílico, conhecido mundialmente como aspirina ®. John Vane, em Londres em 1971, demonstrou pela primeira vez o mecanismo de ação do ácido acetilsalicílico e recebeu o prêmio Nobel por esta descoberta em 1982. (9)

### **1.4 O uso de AAS na Prevenção de Doenças Cardiovasculares no mundo**

O uso disseminado de AAS tem contribuído para a diminuição do risco de morte por eventos coronarianos agudos ou secundários. Muitos estudos demonstraram o benefício da utilização do AAS em baixas doses (75 a 325 mg/d) tanto na prevenção primária quanto secundária de eventos cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e morte, com uma redução de risco entre 15 a 40%.(10)

As indicações para o uso de AAS são bem definidos na prevenção secundária (pós IAM, pós AVC), já na prevenção primária há controvérsias, uma vez que o AAS aumenta o risco de sangramentos gastrointestinais em cerca de duas vezes ou 0,12% ao ano.(11, 14)

Em um estudo americano publicado em 2005 foi avaliado o uso de AAS em prevenção primária em dois períodos, 1997-1998 e 2002-2003 e foi observado um crescimento de 17 para 23%, mas ainda com menor prevalência de uso entre negros do que entre os brancos (13% e 20% respectivamente).(15)

Desde 1997, a Associação Americana de Cardiologia (ACC/AHA) e Associação Americana de Diabetes (ADA) indicaram o uso de AAS na prevenção secundária, nos pacientes diabéticos com doença coronariana (13). Em 2002, a ACC/AHA e a ADA publicaram uma atualização e passaram a recomendar o uso de AAS também como prevenção primária, nas doses de 75 a 162 mg, para todos os diabéticos com mais de 40 anos ou com múltiplos fatores de risco cardiovascular e que não apresentem contra-indicações para o seu uso (11). A ADA reforçou esta indicação de uso de AAS na prevenção primária em outra publicação, em 2007. (12)

Uma meta-análise publicada pela revista JAMA em 2006, sobre as diferenças em homens e mulheres no uso de AAS na prevenção primária de eventos cardiovasculares, demonstrou uma redução de risco cardiovascular, devido a redução de risco de AVC isquêmico de 24% nas mulheres (OR=0,76 IC 95% 0,63-0,93 p=0,008) e redução de IAM de 32% nos homens (OR=0,68 IC 95% 0,54-0,86 p=0,001) . O AAS levou a um aumento de risco de sangramento semelhante em ambos os sexos. (16)

As recomendações americanas do U.S. Preventive Services Task Force (Março 2009) indicam o uso de AAS para homens de 45 a 79 anos e mulheres de 55 a 79 anos com risco cardiovascular moderado-alto, baixo risco de sangramento gastrointestinal e sem contra-indicações para o seu uso (17). O escore de Framingham tem sido usado para estimar risco de eventos coronarianos em 10 anos. Considera-se risco moderado quando este escore é acima de 10%.

A despeito de todas as evidências favoráveis ao uso de AAS na prevenção cardiovascular, muitos estudos demonstram uma subutilização deste (18-20).

A estimativa de uso de AAS é muito difícil por ser uma medicação barata, de fácil acesso, que não necessita receita médica assim como devido à falta de estudos populacionais sobre a prevalência de uso. Estudos com populações selecionadas, hospitais e ambulatórios privados dos EUA demonstram uma prevalência de uso de aspirina muito ampla, variando de 33 até 97%. (18-20)

Em 2004 foram publicados os resultados do British Women's Heart and Health Study sobre prevenção secundária, demonstrando que apenas 40% das mulheres com indicação estavam de fato usando AAS, enquanto cerca de 70% dos homens usava. (21)

Um artigo americano de 1999 sobre uso de AAS, mostrou que apenas 8% das pessoas usavam para prevenção primária e 43% para prevenção secundária. Em 2002 um estudo na Islândia mostrou uso de AAS na prevenção secundária em 71% dos pacientes. (20,22)

O maior uso de AAS está relacionado com idade entre 55-75 anos, sexo masculino, diagnóstico de dislipidemia, tabagismo, plano de saúde, revascularização miocárdica ou angioplastia coronariana e uso de outras medicações. (16)

## 1.5 O uso de AAS na Prevenção de Doenças Cardiovasculares no Brasil

As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito nos países desenvolvidos, bem como no Brasil, apesar disso, no nosso país praticamente não existem dados sobre a prevalência do uso de AAS na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares.

Em 2005 foi realizado um estudo no ambulatório de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre, RS, que avaliou a adequação do uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares e demonstrou que cerca de 30% dos pacientes com indicação não estavam usando AAS. (23)

Um estudo realizado em São Paulo no ano 2009 avaliou os fatores de risco cardiovascular e uso de AAS em pacientes com doença arterial periférica evidenciando que apenas 34% dos pacientes estavam usando AAS e que a mortalidade em dois anos estava associada a idade e ao não uso desta medicação.(24)

Dados não publicados de Paniz *et al* (25) mostram uma prevalência de uso contínuo de AAS em Pelotas de cerca 28%, embora esses dados não sejam representativos da cidade de Pelotas.

## **2. Revisão Bibliográfica:**

Foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados MEDLINE e LILACS com o objetivo de identificar o que a literatura traz a respeito da prevalência do uso de AAS como prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares.

Os descritores usados foram: prevalence, cardiovascular disease, aspirin use, primary prevention e secondary prevention. Inicialmente foram recuperados, 5369 artigos.

Após a exclusão das publicações não relevantes ao tema, a revisão ficou restrita 139 resumos, sendo 32 artigos lidos integralmente. Os principais artigos apresentam-se no Anexo 1 (Quadro da Revisão Bibliográfica).

### **2.1 Prevalência do uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares.**

Há muitos anos o AAS tem sido prescrito para a prevenção de doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo.

Na década de 80, o Physician's Health Study, um estudo clínico randomizado, duplo-cego, placebo controlado, analisou mais de 22.000 pacientes acima de 40 anos, recebendo AAS na dose de 325 mg ao dia, para prevenção primária de eventos cardiovasculares. Este foi o primeiro estudo sobre o uso de AAS na prevenção primária e teve que ser interrompido precocemente em virtude da grande redução de risco do primeiro infarto agudo do miocárdio (44%) nos pacientes que estavam recebendo AAS. (26)

No British Doctor's Trial, publicado em 1988, foram avaliados 5.139 homens saudáveis acima de 50 anos randomizados para receberem 500 mg/dia de AAS ou placebo. No entanto, neste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa na diminuição de infarto. (27)



Outro estudo importante foi o HOT Trial (Hypertension Optimal Treatment Study) que avaliou 18.790 pacientes acima de 50 anos, que foram randomizados para receberem aspirina® 75 mg/d ou felodipina 5mg/dia, ambas medicações ou placebo. Houve uma redução de risco de infarto de 36% e 15% de redução de risco de qualquer evento vascular nos pacientes que usaram AAS.(28)

Stafford, publicou em 2000, um estudo sobre a tendência do aumento do uso de AAS na prevenção secundária, entre os anos de 1980 a 1996 e observou um aumento de 5% para 26,2%, mas ainda muito abaixo do que o preconizado pelos *guidelines* da Associação Americana de Cardiologia (ACC/AHA).(19)

Em 2001, o Primary Prevention Project (PPP), estudou 4.495 pessoas acima de 50 anos randomizadas para receberem AAS 100 mg ao dia e vitamina E ou placebo. O estudo foi interrompido devido a uma redução de 23% no risco de eventos cardiovasculares e 44% de redução de morte de origem cardiovascular no grupo que usou AAS.(29)

Em 2002, o American College of Cardiology (AHA/ACC) publicou um *update* das recomendações sobre o uso de AAS na prevenção primária de doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (AVC), sugerindo uma abordagem individualizada de acordo com os fatores de risco dos pacientes.(11)

Em 2008, o JAMA publicou um estudo sobre o uso de AAS na prevenção primária versus placebo em pacientes diabéticos no Japão. Foram randomizados 2539 pacientes, 1262 receberam AAS e 1277 placebo, acompanhados por 4,37 anos em média. Os desfechos combinados foram: morte súbita, morte por causa coronariana, aórtica e cerebrovascular, infarto não-fatal, angina instável, doença arterial periférica, AVC isquêmico ou hemorrágico não-fatal. O desfecho secundário foi uma associação das causas primárias e morte por

qualquer causa. Neste estudo não houve evidência de redução de eventos cardiovasculares (5,4% no grupo que usou AAS x 6,7% no grupo placebo, OR 0,80 IC 95% 0,58-1,10 p=0,16). A justificativa para esses achados pode ser a baixa taxa de eventos cardiovasculares (17 para 1000 pacientes), que foi um terço da taxa de eventos calculada na amostra, com base em dados de estudos da década de 90, o que diminuiu o poder do estudo. Considerando que houve grande avanço no controle de risco coronariano, essa pode ter sido a causa da baixa taxa de eventos cardiovasculares nessa população.(30)

Em maio deste ano, o Lancet publicou uma meta-análise do ATT (Antithrombotic Trialists' Collaboration) que reuniu seis estudos em prevenção primária (95.000 indivíduos) e 16 estudos em prevenção secundária (17.000 pessoas) que avaliaram o uso de AAS versus placebo e suas complicações. Na prevenção primária o AAS foi responsável por uma diminuição proporcional de 12% em eventos vasculares graves (0,51% AAS x 0,57% placebo por ano p=0,0001), devido a uma redução de 1/5 no infarto agudo do miocárdio (IAM) não-fatal (0,18% x 0,23% por ano p<0,0001). O efeito na redução de risco de acidente vascular cerebral (AVC) não foi estatisticamente significativo (0,20% x 0,21% por ano p=0,4). O AAS aumentou o risco de sangramentos gastrointestinais e extra-craniais (0,10% x 0,07% por ano p<0,0001) e os fatores de risco mais importantes para doença coronariana foram os mesmos para o aumento de risco de sangramentos. Na prevenção secundária, o AAS foi responsável por uma grande redução de eventos cardiovasculares graves (6,7% x 8,2% por ano p<0,0001), com um aumento não significativo no AVC hemorrágico e redução de 1/5 no risco de AVC total (2,08% x 2,54% ano p=0,002) e no risco de IAM (4,3% x 5,3% por ano p<0,0001). Esses achados foram similares para homens e mulheres.(10)

## 2.2 Fatores associados com uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares

Alguns estudos têm demonstrado que a prevalência de uso de AAS é menor em mulheres e negros. Em 2005, Brown *et al* publicaram um artigo sobre as diferenças raciais no uso de AAS na prevenção secundária de doenças cardiovasculares. Esse estudo demonstrou que os afro-americanos e hispânicos usam cerca de 30-40% menos AAS que os brancos (OR=0,6 IC 95% 0,5-0,7 afro-americanos; OR=0,7 IC 95% 0,5-1,0 hispânicos).(31)

Opatowsky *et al*, publicaram em 2007 um artigo sobre as diferenças de gêneros no uso de AAS na prevenção secundária. As mulheres tem cerca de 14% menos chance de receberem AAS que os homens (62,4% x 75,6%,  $p<0,001$ , OR=0,62 IC 95% 0,48-0,79).(32)

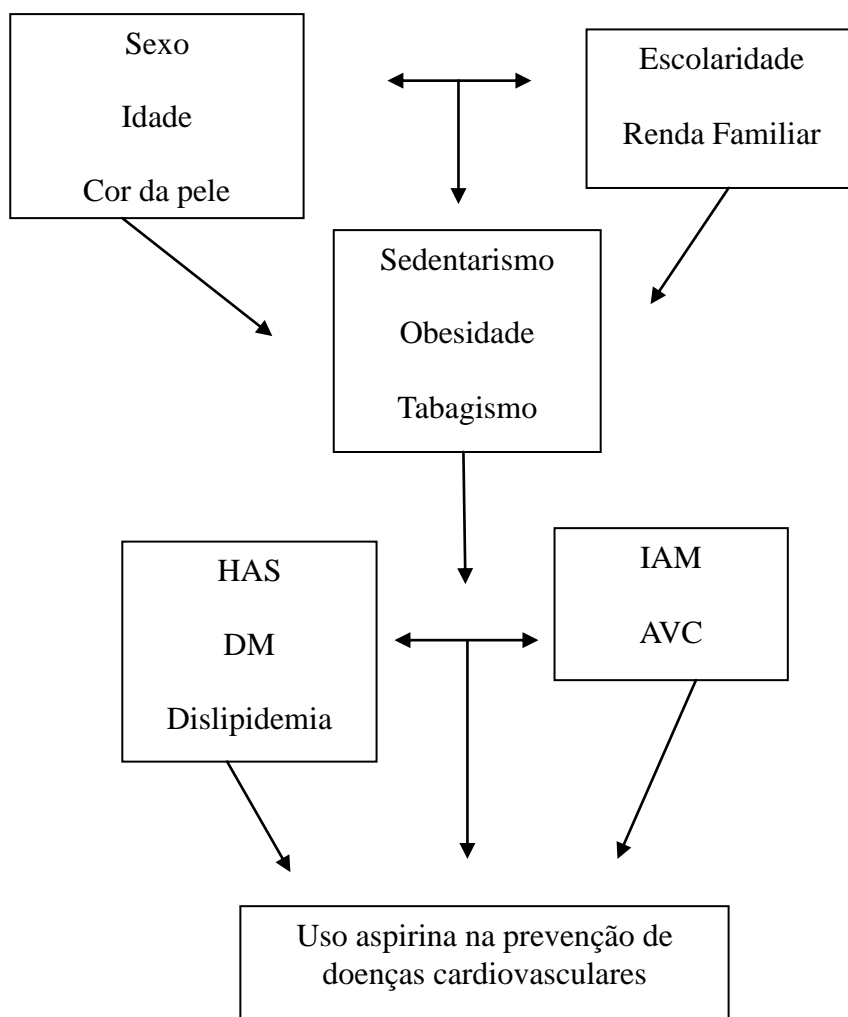
Em 2008, Cho *et al*, avaliaram dados de 2462 pacientes da clínica de Cardiologia Preventiva de Cleveland e confirmaram dados de estudos prévios que as mulheres recebem menos terapia antiplaquetária com AAS que os homens (76,6% x 85%  $p<0,001$ ). (33)

Também em 2008, Glasser *et al* publicaram um estudo sobre as diferenças raciais no uso profilático da AAS, observando um maior uso em brancos (34,7%) do que em negros (27,2%  $p<0,001$ ). (34)

### 3. Modelo Teórico Conceitual

O desfecho a ser estudado (uso de AAS como prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares) é um aspecto determinado pela saúde individual, características pessoais e fatores socioeconômicos.

As características demográficas (sexo, idade, cor da pele) e socioeconômicas (escolaridade e renda familiar) são consideradas os determinantes distais, que influenciam todas as outras exposições. Em um nível intermediário encontram-se as características físicas como obesidade e as associadas a comportamento e hábitos de vida, como sedentarismo e tabagismo. Em um nível mais proximal, estão os outros fatores de risco cardiovascular como: a Hipertensão Arterial Sistêmica, a Diabetes Mellitus e a Dislipidemia que por si só já levam as doenças cardiovasculares (IAM, AVC) e a necessidade do uso de AAS.



#### **4. Justificativa**

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Muitos esforços tem sido feitos visando a prevenção dessas doenças e o uso do ácido acetilsalicílico (AAS) é uma dessas medidas.

Apesar das evidências apresentadas e do aumento da prevalência das DCV, alguns estudos demonstraram uma subutilização do AAS na prevenção primária e secundária destas doenças, devido principalmente a falta de prescrição médica deste medicamento.

Além disso, como visto na revisão de literatura, estudos sobre uso de AAS como prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, de base populacional, não foram realizados no nosso país até o momento.

O presente trabalho pretende, através de um estudo epidemiológico de base populacional na população urbana de Pelotas, RS, estimar a prevalência do uso de AAS na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, identificar o perfil dessa população e avaliar se a medicação está sendo usada de acordo com as recomendações atuais.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Gerais:**

Estudar a prevalência de uso de AAS como prevenção de doenças cardiovasculares na população adulta da cidade de Pelotas.

### **5.2. Específicos:**

- Estimar a prevalência de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia, Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doença Cerebrovascular (AVC isquêmico) nos adultos da cidade de Pelotas.
- Estimar a prevalência do uso de AAS como prevenção primária das Doenças Cardiovasculares.
- Estimar a prevalência do uso de AAS como prevenção secundária das Doenças Cardiovasculares.
- Descrever o uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares conforme algumas características da população (idade, sexo, cor, presença de fatores de risco).
- Identificar se houve indicação médica para uso de AAS na prevenção das doenças cardiovasculares.

## 6. Hipóteses

- As prevalências das doenças crônicas auto-referidas serão respectivamente de : HAS 35%, DM 12%, DAC 15%, AVC 6% e dislipidemia 35%.
- O uso de AAS na prevenção primária das doenças cardiovasculares é baixo, cerca de 20%.
- O uso de AAS na prevenção secundária das doenças cardiovasculares varia de 60-80%.
- O uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares será maior nos homens, de cor branca, com idade superior a 50 anos, tabagistas e com história de dislipidemia e DAC prévia.
- Os médicos ainda prescrevem pouco o AAS na prevenção das doenças cardiovasculares.

## **7. Metodologia**

### **7.1 Justificativa do uso do delineamento transversal com base populacional**

O delineamento transversal foi escolhido dentre os estudos observacionais por ser o que mais se adapta aos objetivos do estudo que se planeja realizar. O delineamento transversal tem inúmeras vantagens como baixo custo e rapidez, quando comparado aos demais. Este delineamento é o mais adequado para se estudar prevalência de um desfecho e seus fatores associados.

Um delineamento com base populacional apresenta vantagens sobre um estudo transversal realizado em populações específicas, já que as informações são representativas da população em estudo e passíveis de serem extrapoladas para outras populações com características semelhantes. Nunca foi realizado em nosso país um estudo transversal de base populacional com objetivo de avaliar a prevalência de uso de AAS na população.

Embora a metodologia longitudinal tenha sido utilizada pelos grandes *trials* para avaliação do uso de AAS na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares, não é objetivo de nosso estudo avaliar fatores prognósticos ao longo prazo vinculados ao uso deste medicamento.

### **7.2 População Alvo**

Indivíduos com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas-RS.



### 7.3 Definição operacional das variáveis

#### 7.3.1 Definição do desfecho

Será considerado “uso de aspirina® para prevenção de doenças cardiovasculares” quando a pessoa usar AAS todos os dias ou na maioria dos dias no último mês, nas doses de 75 a 325mg.

#### 7.3.2 Definição das variáveis de exposição

**Sexo:** variável qualitativa dicotômica, medida pela observação da entrevistadora e categorizada em masculino ou feminino.

**Idade:** variável numérica discreta, relatada pelo entrevistado como anos completos ao momento da entrevista. Será estudada em forma contínua e em categorias: 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos e mais de 80 anos.

**Cor da Pele:** variável qualitativa categórica, observada pela entrevistadora e categorizada em branca, negra, parda e amarela.

**Escolaridade:** variável numérica discreta ordinal, definida como anos de estudo completos ao momento da entrevista. Será avaliada em forma contínua e nas seguintes categorias: 1-4, 5-8, 9-11 e mais de 12 anos de estudo.

**Nível Socioeconômico:** Para a avaliação do nível socioeconômico do entrevistado se utilizará o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) (33) que atribui pontos de acordo

com a posse de determinados eletrodomésticos (televisão a cores, rádio, freezer, máquina de lavar roupas, aspirador, videocassete, geladeira), presença de banheiro na moradia, empregada doméstica e carro, além do grau de instrução de quem tiver a maior renda mensal na família. Será categorizada em cinco categorias: A (mais rica; 25-34 pontos), B (17-24 pontos), C (11-16 pontos), D (6-10 pontos) e E (mais pobre; 0-5 pontos).

**Situação conjugal:** variável relatada pelo (a) entrevistado(a) como solteiro(a), casado(a) ou com companheiro(a) conjugal, separado(a), divorciado(a) e viúvo(a), sendo categorizada da mesma forma.

**Estado nutricional:** Será avaliado mediante o índice de massa corporal (IMC), construído com o peso do entrevistado em kg e a estatura em metros ( $\text{peso/estatura}^2$ ). Serão considerados obesos os indivíduos com  $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$  (34).

**Tabagismo:** variável categórica, classificada em nunca fumou, ex-fumante e fumante atual (pelo menos um cigarro por dia).

**Nível de atividade física:** variável categórica binária, avaliada pelo Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) e classificada em atividade física suficiente (150 minutos ou mais de atividade física moderada ou vigorosa por semana) e baixa atividade física (abaixo de 150 minutos por semana). (Craig *et al* 2003)

#### **7.4 Critérios de Inclusão**

Indivíduos com 20 anos de idade ou mais, residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS e que aceitem participar da pesquisa.

#### **7.5 Critérios de Exclusão:**

- Incapacidade mental
- Pacientes institucionalizados (hospitais, casas geriátricas, prisões)
- Gestantes

#### **7.6 Cálculo do tamanho da amostra:**

Utilizou-se o programa Epi-Info versão 6 para o cálculo do tamanho da amostra. Os parâmetros utilizados foram: intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5% e um poder de 80%.

Para o cálculo do tamanho amostral da prevalência do desfecho foi usada a população de adultos acima de 20 anos da cidade de Pelotas baseada no censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (210.437 mil indivíduos).

Estima-se que 5,3% da população geral tem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e cerca de 15,4% da população é portadora de HAS e dislipidemia.

Foi realizado um cálculo baseado na prevalência de HAS e DCV (IAM, angina e AVC) na população de cerca de 8,8%. O cálculo do tamanho amostral para prevenção primária e secundária foi feito considerando-se que 100% dessas pessoas têm indicação de uso de AAS.

Considerando-se um erro aceitável de 2,5 pontos percentuais e as prevalências mencionadas anteriormente, a maior amostra necessária para estudar o uso de AAS na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares seria de 1830 pessoas.

**Tabela1.** Cálculo do N necessário para estimar a prevalência de uso de AAS entre pessoas com indicação para a sua utilização

<b>Doenças*</b>	<b>Prev. doença na pop.</b>	<b>Pop. Alvo</b>	<b>Margem de erro</b>	<b>N necessário doentes</b>	<b>10% perdas</b>	<b>DEF 1,5x</b>	<b>N doentes final</b>	<b>N necessário. Pop. Geral **</b>
<b>HAS+DM</b>	5,30%	11153	2,5 pp	61	6	30	97	<b>1830</b>
<b>HAS+DCV</b>	8,80%	18518	2,5 pp	61	6	30	97	<b>1213</b>
<b>HAS+dislip</b>	15,40%	47807	2,5 pp	61	6	30	97	<b>630</b>

\* Todas doenças com 100% de indicação de uso de AAS. HAS – Hipertensão arterial Sistêmica, DM – Diabetes Mellitus, DCV – doença cardiovascular (infarto, angina e isquemia cerebral), Dislip. - Dislipidemia. Fonte: Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Diabetes.

\*\* Pessoas a serem entrevistadas na população geral para encontrar o número de doentes necessários, considerando a prevalência das doenças.

Para estudo de associações:

O estudo possuirá um poder menor de 80% para avaliar as associações entre o desfecho “uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares” e os fatores de exposição estudados. Para associação com sexo será necessário 2695 indivíduos.

## 7.7 Plano de Análise

Inicialmente, será realizado um estudo descritivo das principais características da amostra. Essa análise envolverá a descrição de frequências para as variáveis categóricas através de tabelas e gráficos. A descrição de variáveis contínuas envolverá o cálculo de médias, medianas e desvios-padrão.

Será calculada a prevalência de uso de AAS na população geral e a prevalência de uso deste medicamento na prevenção de doenças cardiovasculares. Serão calculados intervalos de confiança 95% para estas prevalências.

Posteriormente serão realizadas análises bivariadas para estudar a associação entre cada um dos desfechos (dicotômicos) e as variáveis de exposição (contínuas ou categóricas). Cada um dos desfechos será relacionado com as variáveis de exposição categóricas usando tabelas de contingência, estimando-se as razões de chance (odds ratio) e/ou razões de prevalência com respectivos intervalos de confiança. Os testes estatísticos serão baseados no teste de qui-quadrado. Quando possível serão calculados testes de tendência linear. Para todos os testes será adotado um nível de significância de 5%.

Na análise multivariável serão usados modelos de regressão logística para investigar a associação existente entre cada um dos desfechos e uma série de variáveis explanatórias categóricas ou contínuas. Se o desfecho tivera uma frequência acima de 10% será utilizada a regressão de Poisson de forma a possibilitar a estimativa direta de razões de prevalências, ao invés das razões de chance. (Barros & Hirakata 2003). Serão elaborados modelos conceituais

de análise (Victora CG, 1997) para o estudo de cada desfecho de interesse, de forma a avaliar adequadamente seus determinantes.

Pelo fato do processo de amostragem ser realizado por conglomerados, as análises serão realizadas levando-se em consideração o efeito de delineamento amostral. As análises serão realizadas com o software Stata 11.

## **7.8 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e somente após sua liberação será iniciado o processo de coleta de dados.

A todos os indivíduos elegíveis será solicitado consentimento por escrito para participar no estudo. Será assegurado o direito de não resposta de parte ou da totalidade do questionário. Cópia do termo de consentimento livre e esclarecido ficará em poder do entrevistado. Não serão realizados procedimentos invasivos, que acrescentem risco a saúde individual. O investigador garantirá sigilo sobre a individualidade dos dados coletados.

## **7.9 Divulgação dos Resultados**

Os resultados do presente estudo serão divulgados em forma de Dissertação de conclusão de curso de Mestrado em Epidemiologia, nota de divulgação à imprensa e artigo para publicação científica, a ser submetido a periódico científico indexado no Medline.



## 9. Referências Bibliográficas:

1. World health Organization. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva 2002.
2. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health; 1996.
3. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *Milbank Q.* 2005;83(4):731-57.
4. Ministério da Saúde - DATASUS. [cited 2009 Setembro 15]; Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados de Morbidade Hospitalar 2007. [cited 2009 Setembro 15]; Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
6. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol 88, supl I, Abril 2007; 1-18.
7. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie N, Stokes J, 3rd. Factors of risk in the development of coronary heart disease--six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1961 Jul;55:33-50.
8. Ácido acetilsalicílico. Available from: [http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%81cido\\_acetilsalic%C3%ADlico](http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%81cido_acetilsalic%C3%ADlico).
9. Bayer - Health Care. Aspirina - Ácido Acetilsalicílico. Available from: <http://www.aspirina.com.br/>.
10. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the



primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1849-60.

11. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 2002 Jul 16;106(3):388-91.

12. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, Fonseca V et al. American Heart Association, American Diabetes Association. Primary Prevention of cardiovascular disease in people with diabetes: a scientific statement from American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2007;30:162-172.

13. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Guide to primary prevention of cardiovascular diseases: a statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 1997;95:2329-2333

14. Laine L. Review article: gastrointestinal bleeding with low-dose aspirin - what's the risk? *Aliment Pharmacol Ther*. 2006 Sep 15;24(6):897-908.

15. Rodondi N, Vittinghoff E, Cornuz J, Butler J, Ding J, Satterfield S, et al. Aspirin use for the primary prevention of coronary heart disease in older adults. *Am J Med*. 2005 Nov;118(11):1288.

16. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2006 Jan 18;295(3):306-13.

17. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009 Mar 17;150(6):396-404.

18. Stafford RS, Monti V, Ma J. Underutilization of aspirin persists in US ambulatory care

for the secondary and primary prevention of cardiovascular disease. *PLoS Med.* 2005 Dec;2(12):e353.

19. Stafford RS. Aspirin use is low among United States outpatients with coronary artery disease. *Circulation.* 2000 Mar 14;101(10):1097-101.

20. Cook NR, Chae C, Mueller FB, Landis S, Saks AM, Hennekens CH. Mis-medication and Under-utilization of Aspirin in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *MedGenMed.* 1999 Nov 22:E1.

21. Lawlor DA, Whincup P, Emberson JR, Rees K, Walker M, Ebrahim S. The challenge of secondary prevention for coronary heart disease in older patients: findings from the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study. *Fam Pract.* 2004 Oct;21(5):582-6.

22. Sigurdsson EL, Jonsson JS, Thorgeirsson G. Medical treatment and secondary prevention of coronary heart disease in general practice in Iceland. *Scand J Prim Health Care.* 2002 Mar;20(1):10-5.

23. Vieira SBB, Filho VHJ, Costa MAPD, Tavares MRG. Avaliação do uso do AAS como prevenção de eventos coronarianos em pacientes inscritos no programa de hipertensão na unidade de saúde Nossa Senhora Aparecida do GHC. *Mom. & Perspec. Saúde (Porto Alegre)* 2005;18(2):9-15.

24. Zanati SG, Mouraria GG, Matsubara LS, Giannini M, Matsubara BB. Profile of cardiovascular risk factors and mortality in patients with symptomatic peripheral arterial disease. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(4):323-6.

25. Paniz V. Prevalência de uso contínuo de AAS em Pelotas, RS. 2009.

26. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. *N Engl J Med.* 1989 Jul 20;321(3):129-35.

27. Peto R, Gray R, Collins R, Wheatley K, Hennekens C, Jamrozik K, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988 Jan 30;296(6618):313-6.
28. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet*. 1998 Jun 13;351(9118):1755-62.
29. de Gaetano G. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. *Lancet*. 2001 Jan 13;357(9250):89-95.
30. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, Uemura S, Kanauchi M, Doi N, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Nov 12;300(18):2134-41.
31. Brown DW, Shepard D, Giles WH, Greenlund KJ, Croft JB. Racial differences in the use of aspirin: an important tool for preventing heart disease and stroke. *Ethn Dis*. 2005 Autumn;15(4):620-6.
32. Opatowsky AR, McWilliams JM, Cannon CP. Gender differences in aspirin use among adults with coronary heart disease in the United States. *J Gen Intern Med*. 2007 Jan;22(1):55-61.
33. Cho L, Hoogwerf B, Huang J, Brennan DM, Hazen SL. Gender differences in utilization of effective cardiovascular secondary prevention: a Cleveland clinic prevention database study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 May;17(4):515-21.
34. Glasser SP, Cushman M, Prineas R, Kleindorfer D, Prince V, You Z, et al. Does differential prophylactic aspirin use contribute to racial and geographic disparities in stroke and coronary heart disease (CHD)? *Prev Med*. 2008 Aug;47(2):161-6.
35. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica

Brasil (CCEB). . 2002; Available from: <http://www.abep.org/?usaritem=txtpage&iditem=1>.

36. World Health Organization. WHO Physical Status: The use and interpretation of anthropometry.

. Geneva1995.

## Anexo I. Quadro de Referências Bibliográficas

Ref. N°	Ano de publicação País	Nome do 1° autor	Revista	Delineamento	N	Faixa etária	Prevalência uso AAS	Observações
(9)	2009 Inglaterra	Baigent, C	Lancet	Meta-análise	112.000	adultos		Meta-análise que avaliou a eficácia da aspirina na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares
(10)	2002 Estados Unidos	Pearson, TA	Circulation	Revisão		adultos		Atualização das recomendações sobre prevenção primária de doenças cardiovasculares.
(11)	2006 Estados Unidos	Laine, L	Aliment Pharl Ther	Revisão		adultos		Artigo de revisão sobre o risco de sangramento gastrointestinal com uso de baixa dose de AAS, RR 2,07 e 0,12% ao ano.
(12)	2005 Estados Unidos	Rodondi, N	Am J Med	coorte	2163	+ 60	17 a 32%	Uso de aspirina na prevenção primária de pacientes idosos (1997-1998 17% e 2002-2003 23%) A prevalência de uso em negros menor que em brancos (13% x20%).

N°	Ano de publicação País	Nome do 1° autor	Revista	Delineamento	N	Faixa etária	Prevalência uso AAS	Observações
(13)	2006 Estados Unidos	Berger, JS	JAMA	Meta-análise	95456	adultos		Avaliou trials na prevenção primária. Redução de risco de AVC isquêmico de 24% nas mulheres (OR=0,76 IC 95% 0,63-0,93 p=0,008) e redução de IAM de 32% nos homens (OR=0,68 IC 95% 0,54-0,86 p=0,001)
(14)	2009 Estados Unidos	Calonge, N	Annals of Int Med	Revisão				Atualização das recomendações da U.S. Preventive Services Task Force do uso aspirina na prevenção doenças cardiovasculares.
(18)	2004 Inglaterra	Lawlor, DA	Family Practice	coorte	1314	60-79	46,1% mulheres 71,4% homens	Avaliados pacientes em uso de aspirina para prevenção secundária e diferenças entre os sexos.
(15)	2005 Estados Unidos	Stafford, RS	Plos Med	coorte	1,2 bilhões de visitas	+ 40	32,8%	Dados de visitas ambulatoriais nos anos de 1993 e 2003 para avaliar o aumento no uso de aspirina na prevenção primária e secundária. Houve um aumento de 21,7% para 32,8% nos pacientes de alto risco – prevenção secundária, 3,5% para 11,7% nos pacientes com diabetes e 3,6% para 16,3% na prevenção primária de pacientes com múltiplos fatores de risco.

Nº	Ano de publicação País	Nome do 1º autor	Revista	Delineamento	N	Faixa etária	Prevalência uso AAS	Observações
(17)	1999 Estados Unidos	Cook, NR	Med Gen Med	coorte	23.158	+40	8% prev. Prim 43% prev.secun.	Avaliou o uso de aspirina na prevenção primária e secundária
(19)	2002 Islândia	Sigurdsson, EL	Scand J Prim Health Care	transversal	402	+50	71%	Avaliar implementação da prevenção secundária na Islândia.
(20)	2009 Brasil	Zanati SG	Clinics USP - São Paulo	coorte	75	+ 60	34%	Estudo avaliou o perfil de risco cardiovascular e a mortalidade em 24 meses nos pacientes com doença arterial periférica sintomática e uso de aspirina como prevenção secundária.
(21)	2003 Brasil	Rozenfeld, S	Cad. Saúde Pública	revisão				Revisão sobre o mal uso de medicações entre os idosos.A aspirina e o diazepam foram os medicamentos mais frequentemente usados em excesso
(23)	2005 Brasil	Ribeiro, AQ	Rev. Bras. Epidemiol	transversal	533	+17	59,5%	Avaliar a prevalência do uso de AINES e aspirina em pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta.
(24)	1989 Estados Unidos	Grupo de estudos	Engl J Med	ECR	22071	+40		Avaliação do uso de aspirina na prevenção primária com redução do risco de IAM de 44%

Nº	Ano de publicação País	Nome do 1º autor	Revista	Delineamento	N	Faixa etária	Prevalência uso AAS	Observações
(25)	1988 Inglaterra	Peto R	BMJ	ECR	5139	+50		Avaliou o uso de aspirina na dose de 500 mg versus placebo na prevenção primária de eventos cardiovasculares. Nesse estudo não houve diferença entre os grupos.
(26)	1998 Multicêntrico (26 países)	Hansson, L	Lancet	ERC	18790	+50		Avaliado a prevenção primária em pacientes hipertensos, com redução de 15% em eventos cardiovasculares e 365 redução IAM.
(16)	2000 Estados Unidos	Stafford, RS	Circulation	Coorte	10942		5% a 26,2%	Avaliado a tendência de aumento do uso de aspirina do ano 1980 até 1996.
(27)	2001 Itália	Roncaglioni, MC	Lancet	ECR	4495	+50		Avaliado o uso de aspirina em baixa dose (100 mg/d) e vitamina E na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares. A aspirina diminuiu o risco de morte cardiovascular (RR 0,56) e o total de eventos cardiovasculares (RR 0,77). Enquanto a vitamina E não mostrou benefício.
(28)	2008 Japão	Ogawa H	JAMA	Ensaio Clínico randomizado	2539	+30		Avaliar a eficácia as aspirina na prevenção primária de pacientes diabéticos no Japão. Neste estudo a aspirina não reduziu o risco de eventos cardiovasculares.



N°	Ano de publicação País	Nome do 1° autor	Revista	Delineamento	N	Faixa etária	Prevalência uso AAS	Observações
(29)	2005 Estados Unidos	Brown, DW	<u>Ethn Dis</u>	transversal	31417	+18		Avaliada a diferença de uso de aspirina entre as raças. Na prevenção primária 28,6% negros, 28,7% hispânicos e 37,1% dos brancos estavam usando aspirina. Na prevenção secundária esses valores foram 73,6%, 73,6% e 82,7% respectivamente.
(30)	2007 Estados Unidos	Opotowsky ET al	Gen Int Med	coorte	1869	+40	62,4% mulheres 75,6% homens	Avaliar o uso de aspirina e as diferenças raciais na prevenção secundária. As mulheres usam menos aspirina que os homens (62,4% x 75,6%)
(31)	2008 Estados Unidos	Cho, L	Journal of Women's Health	transversal	2462	+60	76,6% mulheres 85% homens	Avaliar o perfil dos pacientes em acompanhamento de prevenção secundária e as diferenças entre os sexos na utilização de aspirina.
(32)	2008 Estados Unidos	Glasser, SP	Prev Med	Transversal	16908	+45	31,5% total de partic.	Avaliados pacientes em uso de aspirina na prevenção primária e diferenças raciais. 34,7% brancos e 27,2% negros estavam usando aspirina.



- (4) *Outro*
- (5) *Própria pessoa*
- (9) *IGN*

*TDIA*\_\_

**9. Foi indicado o uso da medicação todos os dias?**

- (0) Não→ pula pro próximo bloco
- (1) Sim, mas não usei todos os dias
- (2) Sim, usei todos os dias→ pula pro próximo bloco
- (9) *IGN*

*NDIA*\_\_

**10. Por que não usou todos os dias?**

- (1) *Não precisava/não tinha indicação de uso diário*
- (2) *Intolerância gástrica/gastrite/azia/úlcera gástrica*
- (3) *Alergia*
- (4) *Esqueceu de tomar*
- (5) *Não tinha no posto*
- (6) *Não conseguiu comprar*
- (7) *Outros motivos, quais? \_\_\_\_\_*
- (9) *IGN*

## Manual de Instruções

1 a 5. Perguntar para o entrevistado (a) se algum médico disse que ele (a) tem ou teve: hipertensão arterial sistêmica ou pressão alta, diabetes mellitus ou açúcar alto no sangue, colesterol alto no sangue, infarto do coração ou isquemia/derrame cerebral. Marcar “sim”, “não” ou “ignorado” (não sabe informar).

6. Pergunta filtro. Perguntar para o entrevistado (a) se ele (a) usou aspirina ou AAS no último mês (dia da entrevista do mês anterior até o momento) todos os dias ou na maioria dos dias. Mostrar as fotos e solicitar ao entrevistado (a) que indique qual remédio tomou. Pedir para ver a embalagem ou receita. Se entrevistado (a) não usou aspirina e nenhuma outra medicação das fotos, encerrar esse bloco.

Anotar no quadro o nome da medicação que o entrevistado (a) relatou ter usado no último mês. Se ele (a) tiver a embalagem/receita/bula, espere que traga e então anote. O nome deve ser anotado em letra legível e de FÔRMA e não deve ser usada acentuação nem cedilha. Escreva o nome comercial ou princípio ativo (no caso dos genéricos), dosagem (em miligramas) e número de comprimidos ingeridos por dia.

7. Perguntar ao entrevistado (a) para que finalidade usou a medicação. **Não** ler as opções. Caso o entrevistado (a) responda mais de um motivo, marcar a opção 8 “outros motivos” e anotar por extenso a resposta.

8. Perguntar quem indicou o uso da medicação. **Não** ler as opções. Deixar o entrevistado (a) responder livremente e marcar resposta mais adequada. O familiar ou amigo também pode ser médico, neste caso deve-se marcar “médico”

9. Perguntar se foi indicado o uso da medicação todos os dias. **Ler** as opções.

10. Perguntar o motivo pelo qual o entrevistado (a) não usou a medicação todos os dias no último mês. **Não** ler as opções. Se a resposta do entrevistado (a) não encaixar em nenhuma das opções, marcar a opção “7” e escrever por extenso a resposta.

## Fotografia dos medicamentos

Como foi explicado na pergunta 6, a entrevistadora deverá mostrar a fotografia dos medicamentos ao entrevistado (a).







**ASPIRINA<sup>®</sup> PREVENT 100**  
 ácido acetilsalicílico *Enteric coated*  
 Uso adulto Uso oral 100 mg  
 BAYER  
 Bayer Schering Pharma  
 Contém 30 comprimidos

30 comprimidos revestidos  
**BUFFERIN<sup>®</sup> CARDIO**  
 ácido acetilsalicílico  
 81 mg/comprimido Uso adulto  
 NOVARTIS  
 VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

**AAS Protect**  
 ácido acetilsalicílico 100mg  
 contêm 10 comprimidos de liberação entérica  
**Amostra Grátis**  
 sanofi aventis  
 USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

**Melhoral Infantil**  
 ácido acetilsalicílico 85 mg  
 ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO  
**Melhoral Infantil**  
 ácido acetilsalicílico 85 mg  
 ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO  
**Melhoral**

**Ácido acetilsalicílico**  
 Cada comprimido contém:  
 ácido acetilsalicílico 500 mg  
 excipientes q.s.p.  
**Medicamento Genérico**

**ácido acetilsalicílico**  
 100 mg  
**Medicamento Genérico**

**AAS 100 mg**  
 ácido acetilsalicílico  
 ALÍVIO DA FEBRE E DOR  
 sanofi aventis

**AAS adulto**  
 ácido acetilsalicílico 500mg  
 Alívio da Dor e Febre  
 sanofi aventis  
 L807072 F10-2008 V09-2010

## **2. Relatório do Trabalho de Campo**

Dissertação de mestrado Carolina Avila Vianna

## **1. Introdução**

Foi conduzido um estudo transversal de base populacional pelos 14 mestrados da turma de 2009/10 do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Este estudo foi realizado no sistema de consórcio, já adotado pelo programa de pós-graduação em anos anteriores. Os alunos criaram um questionário único com questões gerais, questões específicas da área de interesse de cada mestrando, questionário confidencial destinado aos homens adultos e um questionário destinado a avaliação da atividade física em crianças. Além disso, as pessoas entrevistadas foram pesadas, medidas e tiveram sua circunferência abdominal aferida.

As atividades de planejamento e organização do trabalho de campo foram realizadas pelos mestrados, com divisão de tarefas e supervisão das professoras Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Ana Paula Nunes e Dra. Mariângela Freitas da Silveira.

## **2. Questionário**

O questionário final foi composto por 185 perguntas, com duração média de 40 minutos e dividido em 3 blocos, além do questionário confidencial.

O bloco A ou individual era composto por 148 questões, respondido por todos os moradores do domicílio, com 20 anos ou mais.

O bloco B ou domiciliar era respondido pela dona de casa ou pelo chefe da família e continha 26 questões.

O bloco C sobre atividade física das crianças de 04 a 10 anos, era aplicado a mãe ou responsável e composto por 09 questões.

Questionário confidencial, auto-aplicável, composto por 09 questões, era preenchido pelos homens adultos com 20 anos ou mais.

O questionário inicialmente confeccionado em papel, foi modificado e transferido para um programa compatível com o PDA (personal digital assistant ou computador de bolso), com exceção do questionário confidencial.



### **3. PDA (Personal Digital Assitant)**

Diferentemente das turmas anteriores, a coleta de dados foi realizadas com PDA da marca Palm Tx, também conhecidos como computadores de bolso. O programa utilizado foi o Pendragon Forms Manager 2002 e as informações eram descarregadas para um computador, via Bluetooth, duas vezes por semana, na forma de arquivo excel e repassado pelo mestrando Everton por email aos demais mestrandos para verificação de eventuais erros na coleta de dados.

Todos os mestrandos receberam treinamento para uso do PDA antes das entrevistadoras e da coleta dos dados. Cada entrevistadora usava o seu PDA, sendo utilizados 28 dos 35 aparelhos disponibilizados pelo PPGE.

### **4. Medidas Antropométricas**

As medidas antropométricas foram registradas em questionários de papel e digitados posteriormente, criando um banco de dados a parte.

Foram utilizadas balanças digitais da marca Tanita, com capacidade máxima de 150kg e precisão 0,1kg. Somente os indivíduos impossibilitados de ficar em pé ou gestantes não foram pesados.

Para aferição da altura, foram usados estadiômetros de alumínio, feitos sob encomenda, com capacidade máxima de 2 metros e precisão de 1 mm. Não foram medidos os indivíduos com incapacidade de ficar em pé ou em posição totalmente ereta.

A circunferência abdominal foi aferida com fitas inextensíveis, com precisão de 0,1 cm. As mulheres grávidas ou que tiveram filhos 6 meses antes da entrevista e as pessoas impossibilitadas de ficarem em posição ereta não foram medidas.

### **5. Manual de instruções**

Para organizar e facilitar o trabalho das entrevistadoras, foi confeccionado um manual de instruções. Este manual continha informações gerais de como proceder à entrevista, escala de plantão dos mestrandos supervisores e contato telefônicos destes. Além disso, apresentava todas as questões do questionário em PDA, com as explicações sobre cada uma delas e alguns

exemplos de resposta. As entrevistadoras eram orientadas a levar o manual consigo em todas as entrevistas para esclarecimento de eventuais dúvidas.

## **6. Processo de amostragem**

A amostra por conglomerados foi o processo utilizado pelo consórcio, baseado no último censo realizado pelo IBGE em 2000.

Todos os mestrandos fizeram cálculos de tamanho amostral de acordo com os objetivos de seus trabalhos e estimativas de prevalência e associação. Após os cálculos iniciais, foi realizado um acréscimo de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, identificando-se que seria necessário um total de 1300 domicílios para atender os objetivos de todos os alunos.

Foram listados os 404 setores censitários da zona urbana de Pelotas (excluindo-se 4 setores não domiciliares) conforme a ordem crescente de renda do chefe da família e calculado o número total de domicílios.

Para atingir o tamanho amostral que contemplasse os objetivos de todos os mestrandos, identificou-se que seria necessário visitar 130 setores censitários e 10 domicílios em cada um. Sendo assim, o número total de domicílios (92407) foi dividido por 130, para obter-se o valor do pulo (711) para a seleção sistemática. Foi sorteado um número inicial, entre 1 e 711, para identificar o primeiro setor a ser incluído na amostra (61). O segundo setor foi identificado acrescentando o número 711 ao primeiro número sorteado (61), sendo o setor que abrangia o domicílio de número 772 e assim por diante até que o número obtido superasse o número total de domicílios.

A amostragem de domicílios por setor foi realizada de forma semelhante. Foi elaborada uma lista com todos os domicílios de cada setor conforme o registro do IBGE de 2000, e o número total foi dividido por 10 para obter-se o pulo. Para identificar-se o primeiro domicílio de cada setor, foi sorteado um número entre um e o pulo, de forma aleatória e os demais domicílios foram selecionados adicionando o pulo ao número desse primeiro domicílio e assim por diante.

## **7. Reconhecimento dos setores censitários**

Após o processo de amostragem e o sorteio de 130 setores censitários, cada mestrando ficou responsável por 9 ou 10 setores e foi feita a identificação dos domicílios. Esse processo chamado “bateção” foi realizado por 43 pessoas, após breve treinamento, no período de 17 de

novembro a 04 de dezembro de 2009. O objetivo era identificar possíveis alterações no número de domicílios em comparação ao último censo realizado pelo IBGE em 2000 e identificar quais desses domicílios eram residenciais, comerciais ou desocupados. Foram identificados 1513 domicílios.

Os mestrandos fizeram um controle de qualidade, refazendo a contagem em 10% de cada setor de forma aleatória. Após esse processo, foi feito o sorteio dos domicílios e a entrega das cartas de apresentação do estudo. Neste primeiro contato, os mestrandos identificaram os adultos e as crianças elegíveis para o estudo. Além disso, foi explicado o objetivo geral do trabalho e confeccionada uma planilha com os nomes dos moradores, endereço, telefone e melhor horário para receberem a entrevistadora.

## **8. Seleção das entrevistadoras**

Baseado em dados de anos anteriores, estipulou-se que seriam necessárias no mínimo 30 entrevistadoras para realizarem o trabalho de campo. As entrevistadoras deveriam ser do sexo feminino, maiores de 18 anos, com no mínimo ensino médio completo e com disponibilidade de tempo integral (40 horas semanais, incluindo finais de semana).

A divulgação do processo de seleção foi realizado através de cartazes afixados nas faculdades de Nutrição, Educação Física e Letras da UFPel e nos Campus 1 e 2 da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e também nos prédios do restaurante universitário da UFPel, no prédio do SENAC e no Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Além disso, foi realizado contato telefônico com as entrevistadoras já cadastradas no CPE, que haviam participado de pesquisas anteriores.

## **9. Treinamento entrevistadoras**

Foram selecionadas 51 entrevistadoras, que foram submetidas a um treinamento de 40 horas, realizado no período de 11 a 15 de janeiro de 2010.

No primeiro dia as professoras coordenadoras do consórcio, Maria Cecília e Ana Paula, apresentaram uma breve explicação sobre o Centro de Pesquisas Epidemiológicas e o sistema de consórcio. No mesmo dia, os doutorandos Maria Clara e Eduardo explicaram detalhadamente como manusear o PDA e o programa do questionário. Nos dias seguintes, cada mestrando apresentou suas questões específicas, com explicações sobre as perguntas e exemplos. A quinta-feira foi destinada ao manuseio do PDA pelas entrevistadoras e a tarde foi

livre para estudo do manual. Na sexta-feira pela manhã foi realizada uma prova teórica, com questões que simulavam situações reais na realização do questionário. À tarde foi realizado o estudo piloto, que serviu como prova prática. As candidatas realizam entrevistas com o PDA, sob a supervisão de um mestrando. Cada entrevistadora realizou uma entrevista individual, uma domiciliar e outra com a criança, além de dar as orientações aos homens adultos de como responder ao questionário confidencial. Este estudo piloto também serviu para testagem do questionário no PDA e últimos ajustes. O local escolhido para o estudo piloto foi o residencial Cohabduque, que não havia sido sorteado na amostra do consórcio. Abaixo o cronograma do treinamento.

### Cronograma de treinamento das entrevistadoras

	<b>Segunda-feira (11/01)</b>	<b>Terça-feira (12/01)</b>	<b>Quarta-feira (13/01)</b>	<b>Quinta-feira (14/01)</b>	<b>Sexta-feira (15/01)</b>
<b>8h 30m</b>	Maria Cecília/ Ana Paula <b>(Apresentação consórcio)</b>	Inácio <b>(A59-A84)</b> Ludmila <b>(A85-A95)</b>	Rodrigo <b>(A189-A204)</b> Everton <b>(A205-A215)</b>	Renata <b>(bloco C)</b> Daniel <b>(confidencial)</b>	Prova
<b>9h 45m</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>
<b>10h</b>	Eduardo Dickie /Maria Clara <b>(Apresentação PDA)</b> Manipulação PDA	Roberta <b>(A96-A113)</b> Bruna <b>(A114-A139)</b> Manipulação PDA	Nadia <b>(A216-A227)</b> Eduardo <b>(A228-A241/quest. Mariângela)</b> Manipulação PDA	Dramatização PDA	PDA e correção das provas
<b>12h</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>
<b>14h</b>	Ludmila <b>(A1-A21/questões iniciais bloco individual)</b>	Carol <b>(A140-A157)</b> Eduardo <b>(A158-A174)</b>	Rogério <b>(B1-B44/bloco domiciliar + quest. Aluísio)</b>	Livre para estudo	Piloto
<b>15h 45m</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Intervalo</b>
<b>16h</b>	Rodrigo <b>(A22-A32)</b> Josiane <b>(A33-A58)</b>	Giovanny <b>(A175-A188)</b> Manipulação PDA	Rogério <b>(B1-B44/bloco domiciliar + quest. Aluísio)</b> Manipulação PDA	Livre para estudo	Piloto

## 10. Seleção e treinamento das antropometristas

Após decisão do grupo de mestrandos, optou-se por trabalhar com uma segunda equipe de entrevistadoras, em menor número, que só realizariam as medidas antropométricas.

Foram selecionadas 6 candidatas, em sua maioria nutricionistas, e com alguma experiência em medidas antropométricas, que iniciaram o trabalho de campo cerca de um mês após o início das entrevistas. As candidatas foram treinadas e padronizadas por duas mestrandas, Ludmila e Bruna, ambas nutricionistas. Os demais mestrandos serviram como “modelos” durante a padronização das antropometristas.

Devido à necessidade de se agilizar as medidas e após algumas desistências, foram realizados mais 4 treinamentos e algumas entrevistadoras foram convidadas a participarem. Sendo assim, a equipe finalizou com 15 antropometristas, sendo nove delas também entrevistadoras, o que facilitou o trabalho, já que assim a família recebia apenas uma visita.

## 11. Coleta de dados

O trabalho de campo iniciou dia 25 de janeiro de 2010 e encerrou dia 25 de maio do mesmo ano e foi coordenado pelos 14 mestrandos. Foi elaborado uma escala de plantão, em que dois mestrandos ficavam na sala do consórcio no Centro de Pesquisas Epidemiológicas para esclarecer as dúvidas das entrevistadoras, bem como descarregar as informações do PDA nos dias de semana e nos finais de semana e feriados, o plantão era telefônico.

Os mestrandos foram divididos em comissões afim de organizar as diferentes tarefas do trabalho de campo. Essas comissões foram:

- **Projeto:** Elaboração de um projeto geral, com os objetivos de todos os mestrandos, para ser enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPel.
- **Questionários:** responsável por elaborar o questionário final e ajustes
- **Manual de instruções:** responsável pela finalização do manual de instruções
- **Impressão dos mapas dos setores censitários selecionados;**
- **Seleção das antropometristas e entrevistadoras;**

- Treinamento das antropometristas e entrevistadoras;
- Preparação do banco de dados para a análise;
- Elaboração do orçamento da pesquisa;
- Administração financeira

A pesquisa foi divulgada nos principais jornais e rádios da cidade. Os mestrandos se dividiram para dar as entrevistas, explicando à população os objetivos da pesquisa.

Após o primeiro contato do mestrando no domicílio, a entrevistadora apresentava-se aos moradores identificada com crachá, camiseta e uma carta de apresentação. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Cada mestrando ficou responsável, inicialmente, por 2 entrevistadoras e eram realizadas reuniões semanais, para resolução de dúvidas e acompanhamento do trabalho de campo. Além disso, todas as entrevistadoras possuíam os telefones de contato dos mestrandos para resolução de eventuais dúvidas durante as entrevistas.

As entrevistadoras compareciam ao CPE, na sala do consórcio, duas vezes por semana para descarregar as informações do PDA no computador que armazenava os dados e para pegar vale-transportes e outros materiais. As antropometristas se reuniam uma vez por semana, com o mestrando responsável, para controle do andamento das medidas.

Cerca de uma vez por semana, todos os mestrandos tinham reunião com as professoras coordenadoras do trabalho de campo, fazendo um controle do andamento das entrevistas e medidas e para discussão de eventuais problemas no campo.

As entrevistadoras receberam R\$ 9,00 por entrevista realizada, sendo este valor dobrado no final do trabalho de campo, como incentivo para reversão de perdas e recusas. As antropometristas recebiam R\$ 4,00 por cada indivíduo medido e posteriormente este valor foi aumentado para R\$ 8,00.

## **12. Relatório financeiro**

O consórcio de pesquisa 2010 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas foi financiado por duas fontes: recursos provenientes do PPGE, cuja fonte é a CAPES, num valor de R\$70.000,00 e recursos dos mestrandos, num

total de R\$11.200,00. Este valor foi obtido através de três contribuições: R\$250,00, R\$300,00 e R\$ 250,00 respectivamente, para cada um dos 14 mestrados, num total de R\$800,00 por aluno. No total, foram disponibilizados para este consórcio R\$81.200,00. Abaixo as tabelas com a descrição detalhada dos gastos.

Tabela 1. Gastos com os recursos do orçamento do PPGE, Consórcio 2010.

ITEM	VALOR INDIVIDUAL	CUSTO
Vales-transporte	R\$2,00/R\$2,20*	R\$ 21.100,00
Material de escritório	-	R\$ 112,00
Pagamento das Batedoras	R\$ 40,00	R\$ 5.320,00
Pagamento da Secretária	R\$ 800,00	R\$ 4.800,00
	R\$9,00**	
	R\$18,00***	
Pagamento de entrevistadoras/antropometristas	R\$ 6,00#	R\$ 35.090,00
	R\$ 4,00##	
	R\$ 8,00###	
Camisetas/serigrafia	R\$ 7,50	R\$ 648,00
	R\$ 1,50	
Cópias: questionários/mapas/cartas/manuais	-	R\$ 3.730,00
<b>Es torno referente à sobra de vales transporte</b>		<b>R\$ 880,00</b>
<b>Total</b>		<b>R\$ 69.920,76</b>

\* A tarifa de ônibus urbano foi reajustada para R\$2,20 em janeiro de 2010;

\*\* Valor inicial pago por entrevista realizada;

\*\*\* Valor final pago por entrevista realizada;

# Valor inicial pago para antropometristas por domicílio;

## Valor final pago por pessoa medida na antropometria em mutirões;

### Valor final reajustado por pessoa medida na antropometria;

Tabela 2. Gastos com os recursos do orçamento dos mestrados.

ITEM	VALOR INDIVIDUAL	CUSTO
Cartão telefônico	R\$ 4,86	R\$ 910,21
Cópias	-	R\$ 16,00
Coffee Break (treinamento das entrevistadoras)	-	R\$ 303,47
Material de escritório	-	R\$ 133,57
Seguro entrevistadoras/antropometristas	-	R\$ 977,13
	R\$ 18,00*	
Pagamento Final entrevistas/antropometrias	R\$ 4,00**	R\$ 3.666,00
	R\$ 8,00***	
Pagamento Final Secretária	-	R\$ 1.200,00
Lavanderia	-	R\$ 30,00
<b>Total</b>	-	<b>R\$ 7.236,38</b>

\* Valor final reajustado pago por entrevista;

\*\* Valor final pago por medida antropométrica em mutirão;

\*\*\* Valor final pago por medida antropométrica fora do mutirão;

### 13. Perdas e recusas

As perdas e recusas representaram 10,7% do total da amostra. Abaixo a tabela com as principais características.

#### Características das perdas e recusas no consorcio de pesquisa do mestrado em Epidemiologia, 2010. (10,7%)

Variáveis	Perdas (n=118)		Recusas (n=209)	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	64	54,2	116	55,5
Feminino	54	45,8	93	45,5
<b>Cor da Pele*</b>				
Branco	68	86,1	155	92,3
Não branco	11	13,9	13	7,7
<b>Idade**</b>				
20-29 anos	37	33,6	42	22,6
30-39 anos	25	22,7	30	16,1
40-49 anos	14	12,7	37	19,9
50-59 anos	13	11,8	35	18,8
≥60 anos	21	19,2	42	22,6

\* 80 valores desconhecidos, correspondendo a 24,5% da amostra.

\*\* 31 valores desconhecidos, correspondendo a 9,5% da amostra.

### 14. Projeto individual

O meu estudo, intitulado “Prevalência do uso de ácido acetilsalicílico (AAS) como prevenção de doenças cardiovasculares na cidade de Pelotas, RS”, foi um dos 14 projetos realizados pelo consórcio de pesquisa do PPGE-UFPel nos anos de 2009/2010.

O projeto tinha como objetivo principal identificar as principais doenças com indicação de uso de AAS na sua prevenção, bem como a prevalência de uso de AAS.

Inicialmente fiquei responsável por 2 entrevistadoras, Zenilda e Luciani, que realizaram entrevistas em 5 dos 9 setores alocados para mim. Dentre as perguntas do questionário, estavam as questões sobre o uso de AAS no último mês. Todas as entrevistadoras carregavam também uma figura plastificada com as fotos das principais apresentações do ácido



acetilsalicílico para que os entrevistados pudessem apontar e identificar qual estavam usando. Era solicitado ao entrevistado que mostrasse a receita e/ou a embalagem da medicação, para que as entrevistadoras confirmassem o nome e dose da droga. Foi orientado, que em caso de dúvida da entrevistadora, ela anotasse no PDA o nome da medicação, que era posteriormente confirmado por mim se realmente se tratava de ácido acetilsalicílico.

As medicações que continham outras drogas na sua fórmula, além do AAS, como antigripais, relaxantes musculares e analgésicos foram excluídas do estudo, após a coleta, pois não faziam parte do objetivo geral do trabalho.

Após cerca de 2 meses de trabalho, por problemas pessoais, as duas entrevistadoras desistiram do trabalho, e outras três, Ana Carla, Adriana e Flávia, que já estavam trabalhando com outros mestrados, terminaram os últimos 4 setores faltantes. As reuniões com as entrevistadoras foram semanais, além de contato telefônico para a resolução de eventuais dúvidas.

Como os demais mestrados, realizei plantões presenciais no “QG” do consórcio, de 10 em 10 dias aproximadamente, onde descarregávamos as informações do PDA e resolvíamos dúvidas das entrevistadoras. Cada mestrado verificava no banco de dados as informações referentes às suas questões, à procura de erros e falhas na coleta de dados.

Em meu questionário, a principal dificuldade foi determinar qual a medicação que a pessoa estava usando bem como a dose, pois alguns entrevistados não tinham certeza se estavam ou não usando AAS. Por isso, foi importante o cartão com as fotos das medicações, além da confirmação da entrevistadora através da embalagem ou receita que a pessoa tinha em casa.

Algumas pessoas também tiveram dificuldade para relatar o motivo de uso da medicação, neste caso as entrevistadoras poderiam ler as opções para os entrevistados e marcavam a que mais se adequava à resposta. Respostas classificadas como “9- ignorado”, eram posteriormente verificadas por mim, através de ligação telefônica, na tentativa de se conseguir uma resposta mais clara e objetiva.

## **15. Modificações no Projeto de Pesquisa**

Após a defesa do projeto, para uma melhor análise dos dados, optou-se por dividir o desfecho em “uso de AAS na prevenção primária das doenças cardiovasculares” e “uso de AAS na prevenção secundária das doenças cardiovasculares”. Diante disso, o tamanho amostral foi recalculado e está apresentado nas tabelas abaixo.

## Cálculo tamanho amostral para prevalência

<b>Doenças</b>	<b>Prevalência da doença</b>	<b>N</b>	<b>Diferença esp. pp</b>	<b>10% perdas</b>	<b>DEF</b>	<b>N final</b>
<b>DM+HAS/HAS+dislipidemia</b>	4,2%	685	2,5	754	1,5	1131
<b>DM+dislipidemia</b>	12,3%	661	2,5	727	1,5	1091
<b>AVC+IAM</b>	21%	1015	2,5	1117	1,5	<b>1676</b>

## Cálculo tamanho amostral para associação

<b>Variável</b>	<b>Prevalência EXP:NEXP</b>	<b>Prevalência doença</b>	<b>PDNE</b>	<b>RR</b>	<b>Perdas/recusas/ Fat. de confusão</b>	<b>DEF</b>	<b>N final</b>
<b>Sexo</b>	Masc:Fem 50:50	AVC+IAM 21%	12%	2,5	25%	1,5	338
		DM+HAS/HAS +dislip 4,2%	2,4%	2,5	25%	1,5	2025
		DM+dislip 12,3%	7,0%	2,5	25%	1,5	638
<b>Cor pele</b>	Ñ Branco:Branco 18:82	AVC+IAM 21%	16,5%	2,5	25%	1,5	344
		DM+HAS/HAS +dislip 4,2%	3,3%	2,5	25%	1,5	<b>2189</b>
		DM+dislip 12,3%	9,7%	2,5	25%	1,5	668
<b>Situação conjugal</b>	s/comp:c/comp 38:62	AVC+IAM 21%	13,4%	2,5	25%	1,5	302
		DM+HAS/HAS +dislip 4,2%	2,7%	2,5	25%	1,5	1830
		DM+dislip 12,3%	7,8%	2,5	25%	1,5	686

### **3. Artigo**

Dissertação de mestrado Carolina Avila Vianna

**Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional**

**Aspirin use in cardiovascular disease prevention: a population-based study**

Título resumido: Utilização de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares

Carolina Avila Vianna<sup>1</sup>, David Alejandro González<sup>2</sup>, Alicia Matijasevich<sup>1</sup>

Artigo baseado na dissertação de Mestrado de Vianna CA, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em 28 de Outubro de 2010

1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

Correspondência:

Alicia Matijasevich

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas.

Rua Marechal Deodoro, 1160 – 3º piso

96020-220 Pelotas, RS, Brasil

e-mail: [amatija@yahoo.com](mailto:amatija@yahoo.com)

## Resumo

**Objetivos:** Estimar a prevalência de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (DCV). **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, em indivíduos com idade maior ou igual 20 anos, realizado em Pelotas, RS em 2010. Dois desfechos foram considerados: uso de AAS na prevenção primária das DCV (indivíduos  $\geq 40$  anos com pelo menos dois fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou dislipidemia) e uso de AAS na prevenção secundária (indivíduos com história de angina/infarto agudo de miocárdio (IAM) e/ou acidente vascular encefálico (AVC)). Os desfechos foram analisados de acordo com as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal), socioeconômicas (nível socioeconômico e escolaridade), de estilo de vida (tabagismo, sedentarismo), auto-percepção de saúde e obesidade. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para análise bivariada e a regressão de Poisson para a análise multivariável, com ajuste para efeito de delineamento amostral.

**Resultados:** A prevalência de uso de AAS na prevenção primária foi de 24,8% (IC 95% 21,0-28,9) e 34,3% (IC 95% 29,5-39,4) na prevenção secundária. Na prevenção primária, o uso de AAS foi maior nos indivíduos de cor não-branca, maior faixa etária e com pior auto-percepção de saúde. Para a prevenção secundária, a maior prevalência de uso de AAS foi nos indivíduos com maior faixa etária, maior classe social e ex-fumantes.

**Conclusões:** As prevalências de uso de AAS tanto na prevenção primária quanto secundária foram baixas. Especialmente na prevenção secundária, onde não existe dúvida quanto à indicação de AAS, o uso do medicamento na população estudada foi a metade do encontrado na literatura. Mais estudos são necessários para esclarecer as razões da falta de uso do AAS na prevenção das DCV.

**Descritores:** ácido acetilsalicílico, prevenção primária e secundária, doenças cardiovasculares

**Abstract**

**Objective:** To estimate the prevalence of aspirin use in primary and secondary prevention of cardiovascular disease, and the self-reported prevalence of Hypertension, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, stroke and angina/myocardial infarction.

**Methods:** Population-based cross-sectional study was carried out in Pelotas, Southern Brazil, between Jan-May/2010, with people aged  $\geq 20$  years old. This study had two outcomes: aspirin use in primary prevention (people  $\geq 40$  years old, with at least two risk factors: Hypertension, Diabetes Mellitus and/or hyperlipidemia) and aspirin use in secondary prevention (previous history of stroke and/or angina/myocardial infarction). The outcomes were analyzed based in demographic (gender, skin color, age and marital status), socioeconomic (schooling and socioeconomic position) and lifestyle variables (smoking, physical inactivity, obesity and self-perception of health status). Chi squared test was used for bivariate analyses and Poisson regression for multivariate analyses, with design effect adjustment.

**Results:** Prevalence of aspirin use in primary prevention was 24,8%(CI 95% 21,0-28,9) and 34,3% (CI 95% 29,5-39,4) for secondary prevention. In primary prevention, aspirin use was higher in non-whites and older people and among those with worst self-perceived health. For secondary prevention, the highest aspirin use was reported by the oldest, wealthiest and formerly smoking people.

**Conclusion:** Aspirin use prevalence was low in both primary and secondary prevention of cardiovascular diseases. Especially in secondary prevention, where there is no doubt about the indication of aspirin, the use of medication in this population was half of that found in the literature. Further studies are necessary to identify the causes for this low aspirin use for prevention of cardiovascular diseases.

**Key words:** aspirin, primary and secondary prevention, cardiovascular disease.

## Introdução

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares (DCV), como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), são a principal causa de morte e incapacidade prematura em muitos países, incluindo o Brasil.<sup>a</sup> Em 2004 as DCNT foram responsáveis por mais de 62% dos óbitos no país, sendo esta percentagem maior nas regiões sul e sudeste.<sup>b</sup> A tendência crescente observada nos últimos anos deve-se manter nos próximos anos, e as estimativas sugerem que em 2020, as DCV serão responsáveis por 25 milhões de mortes em todo o mundo.<sup>a</sup>

Além da elevada mortalidade das DCV, estas também são responsáveis por um grande número de internações hospitalares. No Brasil, só no ano de 2008, as DCV foram responsáveis por cerca de 20% do gasto total do Sistema Único de Saúde com hospitalizações, sendo estas doenças as principais causas de internações hospitalares em ambos os sexos.<sup>c</sup>

Devido a esses dados, muitos esforços têm sido feitos para reduzir a morbi-mortalidade das DCV, como a modificação do estilo de vida, com incentivo a prática de atividade física, dieta saudável e a cessação do tabagismo, além do controle das principais doenças que atuam como fatores de risco, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemia.<sup>18</sup> Além disso, estudos demonstraram que o uso de ácido acetilsalicílico (AAS), tanto na prevenção primária (pessoas com idade  $\geq$  40 anos com pelo menos dois fatores de risco: HAS, DM e/ou dislipidemia)<sup>5</sup> quanto na prevenção secundária (pacientes com história de AVC isquêmico, IAM e/ou com angina pectoris),<sup>1,2</sup> pode levar à uma importante redução de eventos cardiovasculares, que pode ser de até 40%.<sup>19</sup>

<sup>a</sup> World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva 2002

<sup>b</sup> Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2008. Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência.

<sup>c</sup> Ministério da Saúde – DATASUS disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php>

Embora o AAS seja uma medicação barata, segura, de fácil acesso e usada amplamente para tratamento de inúmeras enfermidades, como febre, dores musculares e doenças inflamatórias, alguns estudos mostraram uma subutilização deste na prevenção de doenças cardiovasculares no mundo.<sup>7,17,19</sup>

No Brasil, existem poucos estudos para avaliar o uso de AAS, e os mesmos têm sido realizados em nível hospitalar ou ambulatorial, com freqüências de uso de AAS de 17,7% no caso da prevenção primária e até 98% na prevenção secundária.<sup>12,16,20,22,24</sup> No entanto, não foram localizados estudos brasileiros de base populacional que tenham avaliado o uso de AAS para a prevenção primária ou secundária das DCV e nem os fatores que poderiam estar associados ao seu uso.

Considerando a escassez de estudos no Brasil sobre este tema, o presente artigo objetivou estimar a prevalência de uso de AAS tanto na prevenção primária como na prevenção secundária de DCV numa população no sul do Brasil, bem como identificar os fatores relacionados ao uso deste medicamento.

## **Métodos**

Foi conduzido um estudo transversal de base populacional no período de janeiro a maio de 2010, na cidade de Pelotas, RS, Brasil. A cidade de Pelotas localiza-se no sul do país, onde moram mais de 345.000 habitantes, predominantemente na zona urbana.<sup>d</sup> Este projeto foi desenvolvido como parte do consórcio de pesquisa do mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, em que 14 alunos de mestrado investigaram diversas doenças, uso de medicamentos e hábitos de vida da população.

<sup>d</sup>Censo demográfico 2000 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>



Os cálculos de tamanho de amostra foram realizados definindo em um primeiro momento as populações que precisariam de AAS para prevenção primária ( $\geq 40$  anos com pelo menos dois fatores de risco: DM, HAS e/ou dislipidemia) ou secundária (com antecedente de AVC isquêmico e/ou IAM/angina) das doenças cardiovasculares.

Assim, para os cálculos foi usada inicialmente as prevalências esperadas das doenças auto-referidas na população adulta ( $\geq 20$  anos): 35% para HAS, 12% para DM, 35% para dislipidemia, 15% para angina/IAM e 6% para AVC, conforme os dados do Ministério da Saúde<sup>e</sup> e Sociedade Brasileira de Cardiologia.<sup>1</sup> Desta forma, a prevalência esperada de pessoas que necessitariam de prevenção primária estaria entre 4,2% (DM+HAS ou DM+dislipidemia) e 12,3% (HAS+dislipidemia), e para prevenção secundária 21% (AVC e/ou IAM/angina). Baseado nas prevalências destas doenças combinadas e considerando que 100% destas pessoas deveriam estar usando AAS, além do acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas, a maior amostra necessária seria de 1676 pessoas. Foram usadas uma margem de erro de 2,5 pontos percentuais, alfa de 5%, poder de 80% e um efeito de delineamento de 1,5.

Para o estudo de associações, com base nas prevalências esperadas das diversas exposições a serem avaliadas foram realizadas várias estimativas, considerando os mesmos parâmetros do cálculo para prevalência. Acrescentando 10% para possíveis perdas e 15% para fatores de confusão, o maior tamanho de amostra necessário foi para avaliar a associação com a cor da pele, sendo necessário um total de 2189 pessoas.

<sup>e</sup>Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis 2003. Disponível em <http://www.inca.gov.br>

A amostragem foi realizada por conglomerados, em múltiplos estágios. Primeiramente, foram listados os setores censitários da cidade de Pelotas em ordem crescente de renda do chefe de família, conforme os dados do IBGE de 2000. Posteriormente, foram sorteados sistematicamente e com probabilidade proporcional ao tamanho 130 setores censitários dentre os 404 da cidade. Em cada setor foram listados os domicílios residenciais permanentes, selecionados por amostragem sistemática e com probabilidade proporcional ao tamanho (média de 10 domicílios por setor) resultando num total de 1513 domicílios. Todos os moradores com 20 anos ou mais e capazes de responder ao questionário foram considerados elegíveis.

As pessoas com problemas mentais, os indivíduos institucionalizados e as gestantes foram excluídos da amostra.

Os desfechos deste estudo foram o uso de AAS na prevenção primária (pessoas com idade  $\geq 40$  anos que referiram ter pelo menos dois fatores de risco: HAS, DM e/ou dislipidemia) e na prevenção secundária (pessoas com história de AVC isquêmico e/ou angina/IAM prévio). As doenças auto-referidas foram coletadas de forma dicotomizada (sim/não) com as seguintes questões: *“Algum médico já lhe disse que o Sr.(a) tem ou teve Hipertensão Arterial sistêmica (pressão alta)?”*; *“...Diabetes Mellitus (açúcar no sangue)?”*; *“...colesterol ou triglicerídeos alto?”*; *“...angina/dor no peito ou infarto do coração?”*; *“...acidente vascular cerebral (isquemia ou derrame cerebral)?”*.

Para a informação de “uso de AAS” foi apresentado aos entrevistados um cartão plastificado com as principais apresentações do AAS disponíveis no mercado e solicitado que a pessoa indicasse no cartão a medicação que estava tomando ou trouxesse a embalagem e/ou a receita para a entrevistadora conferir. A dose de 80 a 325 mg/dia de AAS foi a dose considerada para prevenção das DCV. Não foram consideradas os medicamentos que continham outros fármacos na sua formulação além do AAS, como antigripais ou relaxantes musculares. A pergunta *“Desde o mês passado o Sr.(a) usou Aspirina ou alguma das seguintes medicações*

*todos os dias ou na maioria dos dias?*” tinha três opções de resposta: não; sim, usou todos os dias e sim, usou na maioria dos dias. Foi considerado “maioria dos dias” quando a pessoa usou a medicação por pelo menos 20 dias no último mês.

As variáveis independentes foram: sexo observado pela entrevistadora, idade contínua, posteriormente categorizada em décadas (40-49 anos, 50-59 anos e 60 anos ou mais), cor da pele observada pela entrevistadora e classificada em branca, preta, parda, indígena ou amarela (dicotomizada em branca e não branca para as análises), situação conjugal (casado/com companheiro, solteiro/sem companheiro, separado, viúvo), escolaridade coletada em anos completos (categorizada em 0-4, 5-8, 9-11 anos  $\geq$ 12 anos), tabagismo (fumante, não-fumante e ex-fumante), nível socioeconômico de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>f</sup> em 3 categorias (A/B, C, D/E), auto-percepção de saúde (excelente/muito boa, boa, regular e ruim), atividade física no lazer (sim  $\geq$ 150 min/sem e não  $<$ 150min/sem de atividade física no lazer conforme o Questionário Internacional de Atividades Físicas,<sup>8</sup> e obesidade(IMC  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>).<sup>23</sup>

O peso e a altura foram aferidos com balanças digitais da marca Tanita (capacidade máxima de 150 kg e precisão 0,1 kg) e estadiômetros feitos sob encomenda (capacidade máxima de 2 metros e precisão de 1 mm) por antropometristas previamente treinadas e padronizadas.

<sup>f</sup>Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. Disponível em:

[http://www.abep.org/codigosguias/Criterio\\_Brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf)

Os dados foram analisados com o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (StataCorp, Lakeway Drive College Station, Texas, USA). Para a análise bivariada foi utilizado o teste do qui-quadrado, de heterogeneidade ou tendência segundo a natureza das exposições, sendo calculadas as prevalências de uso de AAS e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), conforme as variáveis independentes. Tanto para a análise bruta quanto para a multivariável foi utilizada a regressão de Poisson,<sup>3</sup> com controle para efeito de delineamento amostral (comando svy do Stata). Na análise multivariável, utilizou-se um modelo hierárquico, com as variáveis demográficas e socioeconômicas no primeiro nível, as variáveis de hábitos de vida como tabagismo e atividade física no lazer no segundo nível, obesidade no terceiro nível e auto-percepção de saúde num nível mais proximal ao desfecho.

Os testes de Wald de heterogeneidade ou tendência foram utilizados para avaliar a significância estatística de cada variável no modelo. Foi realizada uma seleção de variáveis por nível, mantendo-se na análise aquelas variáveis com valor  $p < 0,20$ . As variáveis situadas no mesmo nível ou em um nível superior ao da variável em questão foram consideradas como potenciais fatores de confusão. O nível de significância estatística considerado para associação foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes de iniciar a entrevista.

## **Resultados**

Dos 3059 indivíduos elegíveis da amostra, foram entrevistadas 2732 pessoas (10,7% de perdas ou recusas). Vinte e duas gestantes foram excluídas, resultando numa amostra final de 2710 indivíduos.

O perfil das perdas e recusas foi semelhante ao da amostra em relação à faixa etária ( $p=0,256$ ). No entanto, as perdas foram discretamente maiores nos homens que nas mulheres e nas pessoas de cor branca em relação às pessoas não brancas ( $p<0,001$ ).

A mediana de idade foi de 45 anos (intervalo interquartil 32-58), 56,7 % da amostra era do sexo feminino, 81,4% da cor branca e 58,6% referiram estar casadas ou viver com companheiro. Com relação às variáveis socioeconômicas, metade da amostra tinha menos de 9 anos de escolaridade, e entorno de 80% pertenciam às classes C, D ou E. Por sua vez, 21,3% da amostra era fumante e uma proporção similar referiu ser ex-fumante. Quanto à prática de atividade física e estado nutricional, 75,5% dos indivíduos foram classificados como inativos no lazer ( $<150$  minutos/semana), enquanto que 23,4% apresentaram obesidade ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>).

Com relação às doenças auto-referidas, a HAS foi a mais frequente (36,7% IC 95% 33,7-39,7), seguida da dislipidemia (24,8% IC 95% 21,6-28,3), angina e/ou IAM (10,9% IC 95% 7,5-14,9), DM (10,1% IC 95% 6,9-14,5) e AVC (4,4% IC 95% 1,4-9,5).

Dentre todos os indivíduos da amostra, 492 (29,6% IC 95% 25,5-33,7) tinham indicação de receber AAS para prevenção primária das DCV, ou seja, eram pessoas acima de 40 anos, com pelo menos duas das seguintes doenças: HAS, DM ou dislipidemia. Já para a prevenção secundária, 375 pessoas (13,9% IC 95% 10,5-17,8) apresentaram indicação devido à história prévia de AVC ou angina/IAM.

O uso de AAS na prevenção primária de DCV foi de 24,8% (IC 95% 21,0-28,9); e na prevenção secundária esta prevalência foi de 34,3% (IC 95% 29,5-39,4). A Figura 1 mostra que a prevalência de uso de AAS na prevenção primária não foi muito diferente quando apenas duas das três doenças (HAS, DM ou dislipidemia) estiveram presentes (menos de 20% em todos os casos), mas quando as três doenças foram relatadas, o uso de AAS foi referido por um terço dos entrevistados. Por sua vez, das duas doenças que definem a prevenção

secundária, o uso de AAS foi mais freqüente entre aqueles com antecedente de AVC (43,7%; IC95% 34,6-56,1) quando comparados com aqueles com angina/infarto (32,9%; IC95% 27,5-38,6), no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Dos indivíduos que estavam usando AAS para prevenção primária, 91% referiram usar por indicação médica e apenas 9% por conta própria. Estes valores não foram muito diferentes na prevenção secundária (89% e 9,4% respectivamente), mas neste caso 1,6% referiram usar a medicação por indicação de familiares. Por sua vez, dentre os indivíduos que estavam usando AAS na prevenção primária, 14% responderam que desconheciam o motivo para estar usando esta droga, e entre os indivíduos que estavam usando AAS para a prevenção secundária esta prevalência foi de 12%.

A tabela 1 apresenta as prevalências de uso de AAS na prevenção primária, a análise bruta e ajustada conforme variáveis sócio-demográficas, estilo de vida, obesidade e auto-percepção de saúde.

Nos indivíduos com cor da pele não branca o uso de AAS foi 70% mais freqüente que entre os brancos, mesmo após ajuste para potenciais fatores de confusão. Pessoas com 60 anos ou mais de idade usaram AAS com uma freqüência 2,6 vezes maior do que aqueles com 40-49 anos de idade, com tendência significativa mesmo após ajuste. O nível socioeconômico medido pelo ABEP e a escolaridade, o sexo e a situação conjugal não estiveram associados com o uso de AAS. O uso de AAS foi duas vezes mais freqüente entre aqueles que referiram ter uma saúde ruim quando comparados com os que relataram uma saúde excelente ou muito boa, mesmo após ajuste. O tabagismo, a atividade física no lazer e a obesidade não estiveram associados com o uso de AAS na prevenção primária.

A tabela 2 apresenta as prevalências e as análises brutas e ajustadas de uso de AAS na prevenção secundária das DVC. A prevalência de uso de AAS foi cerca de 30% maior nos homens do que nas mulheres, no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa.

As pessoas de 60 anos ou mais usavam quase duas vezes mais AAS que as pessoas na faixa etária dos 40-49 anos. A cor da pele, a situação conjugal e a escolaridade não estiveram associadas com uso de AAS na prevenção secundária. Em relação ao nível socioeconômico, os indivíduos mais pobres (classes sociais D/E) usavam 50% menos AAS do que os indivíduos das classes sociais mais favorecidas (classes A/B). Quanto às variáveis comportamentais, somente o fumo esteve associado ao uso de AAS, sendo que os ex-fumantes usavam AAS com uma frequência 41% maior do que os não fumantes, mesmo após ajuste para sexo, cor da pele, idade e nível socioeconômico. As variáveis auto-percepção de saúde, atividade física no lazer e obesidade não estiveram associadas ao uso de AAS na prevenção secundária das DCV.

## **Discussão**

O presente estudo mostrou que pouco mais de um terço da população apresenta pelo menos um fator de risco para DCV. Um dos possíveis limitantes destes resultados seria a forma em que foram identificadas estas pessoas, dado que o diagnóstico destas doenças foi auto-referido, pois a confirmação clínica de tais diagnósticos seria logisticamente difícil e oneroso. No entanto, com exceção da dislipidemia, as prevalências auto-referidas encontradas no presente estudo foram similares às estimativas do MS para a população adulta: 36,7% para HAS, 10,1% para DM, 10,9% para angina/IAM e 4,4% para AVC. Chrestani e cols. realizaram um estudo de validação diagnóstica de HAS auto-referida na cidade de Pelotas em 2009 encontrando uma prevalência de HAS semelhante ao nosso estudo (34%).<sup>6</sup>

Da mesma forma, o erro recordatório, comum em estudos transversais, provavelmente não afetou de forma importante as informações obtidas sobre o consumo de AAS, visto que esta medicação é de uso contínuo. Além disso, as fotografias usadas para mostrar aos entrevistados as diversas apresentações farmacêuticas de AAS também ajudaram a lembrança

e a identificação do medicamento utilizado.

O presente estudo revelou prevalências muito baixas de uso de AAS, tanto na prevenção primária das DCV quanto na secundária (24,8% e 34,3%, respectivamente). Esta baixa frequência é preocupante, considerando o benefício do AAS na redução de novos eventos, redução de mortalidade, além de sua boa tolerabilidade e segurança.<sup>1,10,14</sup> Estudos realizados entre 1999 e 2004 em países de alta renda (Estados Unidos, Islândia, Inglaterra), sobre o uso de AAS na prevenção de DCV, demonstraram prevalências muito amplas, variando entre 33% na prevenção primária até 97% na prevenção secundária.<sup>7,11,17,19</sup> No Brasil, um estudo realizado em 2005 na cidade de Porto Alegre avaliou 636 pacientes ambulatoriais, diabéticos, maiores de 40 anos com e sem DCV prévia e evidenciou que somente 17,7% dos pacientes estavam usando AAS na prevenção primária e 43% na prevenção secundária.<sup>12</sup> Não foram localizados estudos de base populacional que tenham avaliado a prevalência de uso de AAS na prevenção das DCV no Brasil. É possível que esta a prevalência de uso de AAS esteja relacionada com a falta de prescrição médica, principalmente devido a uma falta de consenso na prevenção primária, sobre quais pacientes realmente se beneficiariam desta prática. Outros fatores que poderiam afetar o uso de AAS seriam a dificuldade de acesso à medicação ou até a falta desta nas Unidades Básicas de Saúde.

No último ano, algumas publicações levantaram dúvidas sobre o uso rotineiro do AAS na prevenção primária das DCV,<sup>2,15</sup> mas o benefício na prevenção secundária já está bem estabelecido há vários anos.<sup>1</sup> Em junho de 2010, a Associação Americana de Diabetes (ADA) se pronunciou diante dos resultados das meta-análises sobre o uso de AAS na prevenção primária de DCV. A ADA recomendou que o AAS seja utilizado nas doses de 75-162 mg/d em pacientes diabéticos com alto risco de DCV (homens acima de 50 e mulheres acima de 60 anos, com múltiplos fatores de risco), com baixo risco de sangramento gastrointestinal e sem contra-indicações ao uso de AAS. Para os demais pacientes a indicação de uso de AAS deve ser individualizada.<sup>15</sup>



Aparentemente o uso de AAS após um evento cardiovascular agudo é alto, conforme revelado por um estudo realizado entre pacientes diagnosticados com IAM recente num hospital de Rio de Janeiro entre 2006 e 2007, tendo sido prescrito este medicamento em até 94,7% dos pacientes.<sup>16</sup> Da mesma forma, o acompanhamento de pacientes com cardiopatia isquêmica por serviços especializados garante uma prevalência de prescrição de AAS em até 98% dos pacientes, conforme revelado por uma pesquisa realizada em Porto Alegre em 2002.<sup>20</sup> Mas, muitos destes pacientes são posteriormente acompanhados apenas por serviços de atenção básica e provavelmente a falta de prescrição de AAS e/ou de orientação no seu uso por parte do médico destas unidades seja responsável pela descontinuidade do tratamento.

Quanto aos fatores associados, o presente estudo encontrou que o uso de AAS na prevenção primária foi maior nos indivíduos de cor não-branca. Desconhecemos os motivos deste achado, principalmente porque outros estudos mostram que o atendimento em saúde tende a ser melhor entre indivíduos brancos.<sup>21</sup> Uma pesquisa americana publicada em 2005 demonstrou prevalência de uso de AAS de 23% na prevenção primária, sendo maior em brancos do que em negros<sup>4</sup>. Em relação à idade, o incremento de doenças crônicas com o passar dos anos ocasionaria uma maior procura de atendimento de saúde e seria responsável pelo maior uso de AAS nestas faixas etárias, tanto na prevenção primária como na secundária. Por sua vez, a severidade das doenças e a pior percepção de saúde estariam também relacionadas com uma maior procura por atendimento médico o que poderia ser responsável pelo maior uso de AAS na prevenção primária entre aqueles com pior percepção de saúde.

Entre os homens a frequência de uso de AAS na prevenção secundária foi 30% maior do que nas mulheres, embora esta associação não tenha sido significativa. Em 2004, um estudo inglês evidenciou que as mulheres usavam cerca de 30% menos AAS do que os homens para prevenção secundária das DCV<sup>11</sup>, o que sugere que o sexo seria sim um fator associado ao uso de AAS.

Nosso estudo identificou também que os indivíduos ex-fumantes tinham uma maior

prevalência de uso de AAS na prevenção secundária do que os fumantes e não fumantes. Isto pode ser explicado pelo fato de que os ex-fumantes poderiam já ter apresentado algum sintoma de DCV e justamente por isso terem abandonado o cigarro.

Mesmo que o AAS seja uma droga de baixo custo, encontramos que o uso desta medicação na prevenção secundária de DCV foi maior nos indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas, provavelmente devido ao mais fácil acesso a serviços especializados, à medicação e/ou uma melhor conscientização da necessidade do seu uso. Paniz, em 2005, estudou o acesso à medicação de uso contínuo nas regiões sul e nordeste do Brasil e também encontrou um maior acesso à medicação de uso crônico quanto maior nível socioeconômico.<sup>13</sup>

A principal contribuição deste estudo é de alertar à classe médica, clínicos e especialistas, sobre o baixo consumo de AAS na prevenção de DCV. Tal achado pode refletir uma falha na prescrição médica ou na orientação e esclarecimento para os pacientes sobre a importância do uso desta medicação, o que também pode contribuir para a não adesão ao tratamento. Mesmo havendo controvérsias sobre o uso de AAS na prevenção primária das DCV, os benefícios na redução de eventos e mortalidade na prevenção secundária estão bem estabelecidos e não justificam a baixa prevalência de uso encontrada neste estudo. Este estudo não permite chegar a conclusões sobre quais são as causas do não uso do AAS, e, portanto mais estudos são necessários para esclarecer os reais motivos da baixa prevalência do uso de AAS na prevenção das DCV.

**Referências:**

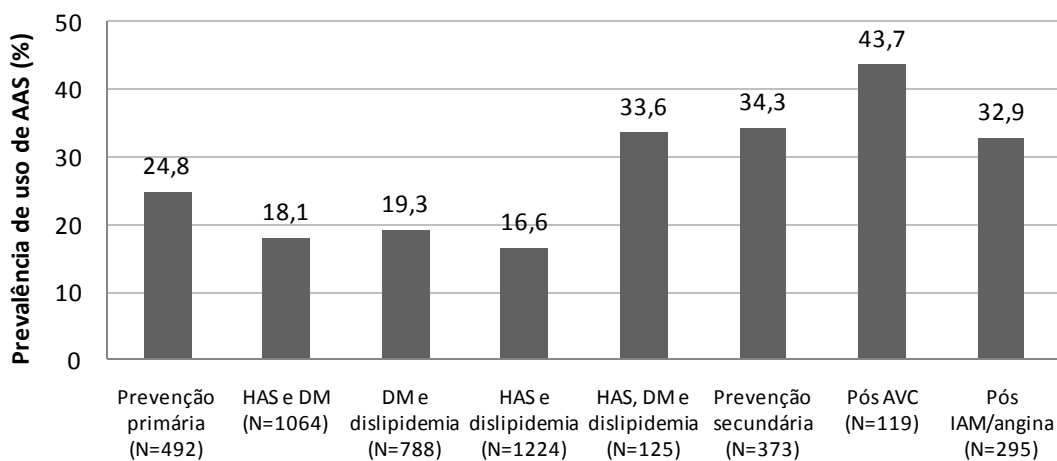
1. Antithrombotic Trialist's Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high-risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.
2. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1849-60
3. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003 3:21 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21> (acessado em 10/08/09)
4. Brown DW, Shepard D, Giles WH, Greenlund KJ, Croft JB. Racial differences in the use of aspirin: an important tool for preventing heart disease and stroke. *Ethn Dis*. 2005 15(4):620-6.
5. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, Fonseca V et al. American Heart Association, American Diabetes Association. Primary Prevention of cardiovascular disease in people with diabetes: a scientific statement from American Heart Association and the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2007;30:162-172.
6. Chrestani MAD, Santos IS, Matijasevich A. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em um estudo de base populacional. 2009 *Cad. Saúde Pública*;25(11):2395-2406
7. Cook NR, Chae C, Mueller FB, Landis S, Saks AM, Hennekens CH. Mis-medication and Under-utilization of Aspirin in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Med Gen Med*. 1999 :E1.

8. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International Physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 35(8):1381-95.
9. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GFM, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G, Nicolucci A. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b4531. DOI: 10.1136/bmj.b4531
10. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Guide to primary prevention of cardiovascular diseases: a statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation* 1997;95:2329-31.
11. Lawlor DA, Whincup P, Emberson JR, Rees K, Walker M, Ebrahim S. The challenge of secondary prevention for coronary heart disease in older patients: findings from the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study. *Fam Pract.* 2004 21(5):582-6.
12. Leitão CB, Krahe AL, Picon PX, Pecis M, Zaslavsky LM, Gross JL, Canani LH. Aspirin therapy is still underutilized among patients with type 2 Diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006;50(6):1014-19.
13. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. 2008 *Cad. Saúde Pública*,24(2):267-28
14. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart

- Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation* 2002 16;106(3):388-91. DOI:10.1161/01.CIR.0000020190.45892.75
15. Pignone M, Albers MJ, Colwell JA, Cushman M, Inzucchi SE, Mukherjee D et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes. 2010 *Diabetes Care*; 33(6): 1395-1402
16. Rocha ASC, Araújo MP, Volscham A, Carvalho LAF, Ribeiro A, Mesquita ET. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010;94(6) DOI: 10.1590/S0066-782X2010005000047 <http://www.arquivosonline.com.br> (acessado em 30/09/10).
17. Sigurdsson EL, Jonsson JS, Thorgeirsson G. Medical treatment and secondary prevention of coronary heart disease in general practice in Iceland. *Scand J Prim Health Care.* 2002 20(1):10-5.
18. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, vol 88, supl I, Abril 2007; 1-18.
19. Stafford RS, Monti V, Ma J. Underutilization of Aspirin persists in US ambulatory care for the secondary and primary prevention of cardiovascular disease. *PLOS Medicine* 2005 2(12):e353 DOI:10.1371/journal.pmed.0020353.
20. Stein R, Alboim C, Campos C, Mello RB, Rosito GA, Polanczyk CA. Variabilidade entre cardiologistas na abordagem aos pacientes em prevenção secundária da cardiopatia isquêmica. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004;83(3):219-222.
21. Vaughan JP, Barros FC, Victora CG. Livro Epidemiologia da Desigualdade. 2006 Editora HUCITEC ISBN-10 8527100606.
22. Vieira SBB, Filho VHJ, Costa MAPD, Tavares MRG. Avaliação do uso do AAS como prevenção de eventos coronarianos em pacientes inscritos no programa de hipertensão

na unidade de saúde Nossa Senhora Aparecida do GHC. *Mom. & Perspec. Saúde* 2005;18(2):9-15

23. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. WHO technical report series 854.
24. Zanati SG, Mouraria GG, Matsubara LS, Giannini M, Matsubara BB. Profile of cardiovascular risk factors and mortality in patients with symptomatic peripheral arterial disease. *Clinics* 2009;64(4):323-6.



AAS – ácido acetilsalicílico; IAM – Infarto agudo do miocárdio; AVC – Acidente vascular cerebral; DM – Diabetes Mellitus  
 Prevenção primária: Presença de dois fatores de risco (DM, HAS e/ou dislipidemia) em maiores de 40 anos  
 Prevenção secundária: Pós AVC e/ou IAM/angina

**Figura 1. Prevalência de uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares. Pelotas, 2010**

**Tabela 1.** Prevalência e análises brutas e ajustadas de uso de AAS na prevenção primária (presença de dois fatores de risco: DM, HAS e/ou dislipidemia em maiores 40 anos) Pelotas, 2010 (N=492)

Variável	N	Prevalência (IC 95%)	Análise Bruta RP (IC 95%)	Valor p	Análise Ajustada RP (IC 95%)	Valor p
<b>Sexo</b>				0,454*		0,566*
Feminino	309	25,9(20,6-31,1)	1,00		1,00	
Masculino	183	23,0(16,1-29,8)	0,89 (0,65 - 1,22)		0,91(0,65 - 1,27)	
<b>Idade</b>				0,002 <sup>#</sup>		0,001 <sup>#</sup>
40-49 anos	85	11,8 (4,3-19,2)	1,00		1,00	
50-59 anos	130	21,5(14,2-28,9)	1,83 (0,96 - 3,49)		1,81 (0,97 - 3,38)	
≥60 anos	277	30,3 (24,1-36,5)	2,58 (1,34 - 4,97)		2,58 (1,37 - 4,87)	
<b>Cor da pele</b>				0,003*		0,002*
Branca	391	21,7(16,8-26,7)	1,00		1,00	
Não branca	101	36,6(26,9-46,4)	1,69 (1,20 - 2,37)		1,70 (1,22 - 2,36)	
<b>Situação conjugal</b>						
Casado/c/comp	303	24,8(18,8-30,7)	1,00	0,867*	1,00	0,297*
Solteiro/s/comp	43	27,9(13,8-42,0)	1,13 (0,63 - 2,01)		1,11 (0,58 - 2,13)	
Separado	53	26,4(14,4-38,4)	1,07 (0,66 - 1,73)		1,03 (0,63 - 1,67)	
Viúvo	93	22,6(14,2-30,9)	0,91(0,60 - 1,40)		0,72 (0,46 - 1,13)	
<b>Escolaridade</b>				0,092 <sup>#</sup>		0,230*
≥12 anos	61	21,3(9,4-33,2)	1,00		1,00	
9-11 anos	82	15,9(8,3-23,4)	0,74 (0,38 - 1,46)		0,70 (0,34 - 1,41)	
5-8 anos	152	25,0(16,9-33,1)	1,17 (0,61 - 2,27)		1,00 (0,49 - 2,06)	
0-4 anos	140	30,0(22,5-37,5)	1,41 (0,78 - 2,53)		1,20 (0,62 - 2,32)	
<b>Nível socioeconômico</b>						
A/B	86	17,4(8,0 -27,0)	1,00	0,489 <sup>#</sup>	1,00	0,729 <sup>#</sup>
C	219	28,3(22,0-34,6)	1,62 (0,92 - 2,85)		1,53 (0,88 - 2,64)	
D/E	187	24,1(17,2-31,0)	1,38 (0,76 - 2,50)		1,26 (0,70 - 2,27)	
<b>Tabagismo</b>				0,565*		0,396*
Sim	80	21,3(12,1-30,4)	1,00		1,00	
Não	238	23,9(18,0-29,9)	0,89 (0,55 - 1,43)		1,04 (0,63 - 1,73)	
Ex-fumante	174	27,9(19,1-35,4)	1,15 (0,81 - 1,64)		1,25 (0,90 - 1,74)	
<b>Auto-percepção de saúde</b>				<0,001 <sup>#</sup>		0,004 <sup>#</sup>
Excelente/Muito boa	32	15,6(3,5-27,8)	1,00		1,00	
Boa	170	16,5(10,3-22,6)	1,05 (0,46 - 2,42)		1,13 (0,51 - 2,51)	
Regular	225	30,0(23,5-36,0)	1,91 (0,87 - 4,16)		1,82 (0,85 - 3,89)	
Ruim	63	34,9(21,3-48,5)	2,23 (1,06 - 4,73)		2,00 (0,94 - 4,28)	
<b>Ativo no lazer (≥150 min/sem)</b>				0,769*		0,603*
Não	368	24,2(19,2-29,2)	1,06 (0,73 - 1,52)		0,91 (0,63 - 1,31)	
Sim	96	22,9(14,5-31,3)	1,00		1,00	
<b>Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2)**</b>				0,680*		0,743*
Não	246	25,6(19,0-32,2)	1,00		1,00	
Sim	203	23,8(17,4-30,1)	0,93 (0,65 - 1,33)		0,97 (0,81 - 1,16)	

\*Teste Wald de heterogeneidade

#Teste Wald de tendência

\*\*Variável com maior número de dados ignorados (10,4%)



**Tabela 2.** Prevalência e análises brutas e ajustadas de uso de AAS na prevenção secundária (pós AVC e/ou IAM/angina). Pelotas, 2010 (N=373)

Variável	N	Prevalência (IC 95%)	Análise bruta RP (IC95%)	Valor P	Análise ajustada RP (IC 95%)	Valor p
<b>Sexo</b>				0,076*		0,092*
Feminino	245	31,0(24,4-37,6)	1,00		1,00	
Masculino	128	40,6(31,2-50,1)	1,31 (0,97 – 1,36)		1,28 (0,96 – 1,71)	
<b>Cor da pele</b>				0,384*		0,104*
Branca	293	33,1(24,4-37,6)	1,00		1,00	
Não branca	80	38,8(31,2-50,1)	1,17 (0,82 – 1,67)		1,31 (0,93 – 1,85)	
<b>Idade</b>				0,032#		0,031#
40-49 anos	49	20,4(10,2 – 34,3)	1,00		1,00	
50-59 anos	84	39,3(28,8 – 50,5)	1,93 (1,06 – 3,47)		1,79 (0,98 – 3,28)	
60 anos ou mais	200	40,5(33,6 – 47,7)	1,98 (1,12 – 3,52)		1,94 (1,07 – 3,50)	
<b>Situação conjugal</b>				0,407*		0,616*
Casado	216	38,0(31,0 – 45,3)	1,00		1,00	
Solteiro	37	24,3(9,7 – 39,0)	0,64 (0,34 – 1,21)		0,78 (0,39 – 1,55)	
Separado	50	28,0(13,8 – 42,2)	0,73 (0,43 – 1,27)		0,69 (0,37 – 1,27)	
Viúvo	70	32,9(22,8 – 44,0)	0,87 (0,61 – 1,23)		0,86 (0,59 – 1,24)	
<b>Escolaridade</b>				0,959#		0,412#
≥ 12 anos	34	44,1(25,8 – 62,5)	1,00		1,00	
9-11 anos	55	21,8(10,8 – 32,8)	0,49 (0,27 – 0,85)		0,65 (0,36 – 1,17)	
5-8 anos	112	36,6(27,3 – 45,9)	0,83 (0,51 – 1,34)		1,14 (0,73 – 1,77)	
0-4 anos	126	36,5(27,4 – 45,7)	0,83 (0,51 – 1,33)		1,13 (0,70 – 1,81)	
<b>Nível socioeconômico</b>				<0,001#		<0,001#
A/B	41	48,8(30,7 – 66,8)	1,00		1,00	
C	154	40,3(31,8 – 48,7)	0,83 (0,56 – 1,28)		0,90 (0,64 – 1,27)	
D/E	178	25,8(18,8 – 32,9)	0,53 (0,34 – 0,83)		0,50 (0,33 – 0,76)	
<b>Tabagismo</b>				0,001*		0,024*
Não	174	31,0(23,7 – 38,4)	1,00		1,00	
Sim	80	22,5(13,1 – 31,9)	0,73 (0,47 – 1,12)		0,81 (0,51 – 1,30)	
Ex-fumante	119	47,1(37,4 – 56,7)	1,52 (1,14 – 2,01)		1,41 (1,03 – 1,93)	
<b>Auto-percepção saúde</b>				0,387#		0,474#
Excelente/muito boa	26	23,1(6,3 – 39,9)	1,00		1,00	
Boa	88	37,5(26,4 – 48,6)	1,62 (0,75 – 3,51)		1,77 (0,90 – 3,47)	
Regular	179	33,0(26,0 – 40,0)	1,43 (0,70 – 2,91)		1,60 (0,83 – 3,10)	
Ruim	77	39,0(26,9 – 51,0)	1,69 (0,78 – 3,64)		1,71 (0,84 – 3,47)	
<b>Ativo no lazer (≥150 min/sem)</b>				0,649*		0,552*
Não	272	32,0(25,4 – 38,6)	0,92(0,65-1,32)		1,12(0,77-1,62)	
Sim	72	34,7(23,6 – 45,9)	1,00		1,00	
<b>Obesidade (IMC ≥ 30kg/m2)**</b>				0,374*		0,392*
Não	206	36,6(29,2 – 44,1)	1,00		1,00	
Sim	126	32,0(24,1 – 39,9)	0,93 (0,79 – 1,09)		0,94 (0,82 – 1,08)	

\*teste de Wald de heterogeneidade

# teste de Wald de tendência

\*\* variável com maior número de dados ignorados (10,4%)

## **4. Comunicado à imprensa**

Dissertação de mestrado Carolina Avila Vianna

### **Uso de AAS na prevenção de doenças cardiovasculares é baixo em Pelotas-RS**

Realizou-se em Pelotas, entre os meses de janeiro a maio de 2010, um estudo sobre uso de ácido acetilsalicílico, mais conhecido como AAS ou aspirina, na prevenção das doenças cardiovasculares, como o infarto e a isquemia.

A pesquisa foi conduzida pela médica cardiologista Carolina Avila Vianna, sob orientação da Profa. Alicia Matijasevich Manitto, através do programa de pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Foram entrevistadas 2732 pessoas, com idade igual ou superior a 20 anos, em seus domicílios nos diferentes bairros da cidade.

De acordo com a literatura médica, é indicado o uso do AAS em pessoas com mais de 40 anos, diabéticas, portadoras de pressão e/ou colesterol altos, na prevenção primária do infarto ou isquemia. Em indivíduos que já tiveram estas doenças, deve ser usado como prevenção secundária, ou seja, para evitar novos eventos cardiovasculares. No entanto, a pesquisa demonstrou que das pessoas com indicação de uso de AAS na prevenção primária, apenas 25% realmente estavam usando a medicação, enquanto naquelas com indicação de uso na prevenção secundária, 34% usavam o medicamento.

Não se sabe ao certo as razões para o baixo consumo de AAS, mas seja por falta de prescrição e orientação médica ou por abandono do tratamento pelos pacientes, os autores acreditam que campanhas de prevenção das doenças cardiovasculares, bem como orientação sobre a importância do uso correto do medicamento devam ser intensificadas.

## **5. Anexos**

Dissertação de mestrado Carolina Avila Vianna

<b>BLOCO A: GERAL</b> <i># Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos</i>	<b>ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO</b>
Número do setor _____ Número da família _____ Número da pessoa _____ Endereço: _____ (1) casa      (2) apartamento Data da entrevista: ____ / ____ / _____ Entrevistadora: _____	ASET _____ AFAM _____ APESSOA _____ ATIPOM _____ ADE _____ ____ / ____ / ____ ____ AENT _____
A1) <b>Qual é o seu nome?</b> _____ A2) <b>Qual é a sua idade?</b> _____ anos completos A3) <b>Qual é sua data de nascimento?</b> ____ / ____ / _____ A4) <b>O(A) Sr.(a) é o chefe da família?</b> (0) Não      (1) Sim      (9) IGN	AIDADE _____ ANASC _____ ____ / ____ / ____ ____ ACHEFE _____
<i>As perguntas A5 e A6 devem apenas ser observadas pela entrevistadora</i>	
A5) Cor da pele: (1) Branca      (2) Preta      (3) A marela (4) Indígena      (5) Parda      (6) Outra: _____ A6) Sexo: (0) Masculino    (1) Feminino (Se for <b>HOMEM</b> anotar o número do questionário confidencial) → _____	ACORPEL ____ ASEXO ____ NQDE _____
A7) <b>O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?</b> (0) Não → <i>Pule para a questão A9</i> (1) Sim (2) Só assina → <i>Pule para a questão A9</i> (9) IGN A8) <b>Até que série o(a) Sr.(a) estudou?</b> Anotação: _____ (codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: ____ anos      (88) NSA A9) <b>Qual a sua situação conjugal?</b> (1) <b>Casado(a) ou mora com companheiro(a)</b> (2) <b>Solteiro(a) ou sem companheiro(a)</b> (3) <b>Separado(a)</b> (4) <b>Viúvo(a)</b> A10) <b>Qual a sua cor ou raça?</b> (1) Branca      (2) Preta      (3) A marela (4) Indígena      (5) Parda A11) <b>Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?</b> (1) <b>Excelente</b> (2) <b>Muito boa</b> (3) <b>Boa</b> (4) <b>Regular</b> (5) <b>Ruim</b>	ASABLER ____ AESCOLA ____ ACOMPAN ____ ACORPELE ____ AUTOSAU ____

(9) IGN	
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS REFEREM-SE A TODO TIPO DE TRABALHO, MESMO QUE NÃO SEJA PAGO</b>	
<p>A12) <b>O(A) Sr.(a) trabalhou alguma vez na vida?</b>          (0) Não, nunca → <i>Pule para a instrução anterior à questão A20</i>          (1) Trabalhou mas não está trabalhando          (2) Sim, está trabalhando → <i>Pule para a questão A15</i>          (9) IGN</p>	A12 __
<p>A13) <b>Se já trabalhou mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho?</b>          (1) Desempregado          (2) Aposentado          (3) Encostado          (4) Outro _____          (8) NSA          (9) IGN</p>	A13 __
A14) <b>Há quanto tempo não está trabalhando?</b> ___ ___ meses	A14 _____
A15) <b>Se está trabalhando ou já trabalhou qual é/foi a sua ocupação principal?</b> Ocupação: _____	A15 _____
<i>(No caso de ter mais de uma ocupação será considerado ocupação principal a que tiver maior carga horária, no caso de ter a mesma carga horária será considerado a de maior renda, se a renda for igual será registrada aquela que o trabalhador exercer a mais tempo)</i>	A16 _____
A16) <b>Quanto tempo trabalha(ou) nesta ocupação?</b> ___ ___ meses	A17 __
A17) <b>Neste trabalho é/era:</b> (1) Empregado (2) Contra própria (3) Empregador (4) Outro _____	
A18) <b>Qual o nome da empresa em que trabalha(ou)?</b> _____	
A19) <b>O que fazes ou fazias neste trabalho?</b> _____	
<b>AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO</b>	
<p>A20) <b>O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?</b>          (0) Não, nunca fumou → <i>Pule para a questão A30</i>          (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)          (2) Já fu mou, mas parou de fu mar há ___ ___ anos ___ ___ meses</p>	<p>AFUMO __          ATPAFUA ___ ___          ATPAFUM ___ ___</p>
<p>A21) <b>Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)?</b>          ___ ___ anos ___ ___ meses      (88) NSA      (99) IGN</p>	<p>ATEFUMOA ___ ___          ATEFUMOM ___ ___</p>
<p>A22) <b>Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?</b>          ___ ___ cigarros      (88) NSA      (99) IGN</p>	ACIGDIA ___ ___
<p>A23) <b>Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar?</b>          ___ ___ anos          (88) NSA          (99) IGN</p>	FUMIDAD ___ ___

<i>Atenção: Se o indivíduo foi classificado como ex-fumante na pergunta A20, ou seja, já fumou, mas parou de fumar a mais de um mês, pule para a questão A30</i>	
A24) <b>Quanto tempo após acordar o(a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro?</b> (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos (8) NSA (9) IGN	FTFUMO __
A25) <b>O(A) Sr.(a) acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FPFUMO __
A26) <b>Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (ou o cigarro que mais detestaria deixar de fumar)?</b> (1) O primeiro da manhã (0) Outros (8) NSA (9) IGN	FQUAL __
A27) <b>Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia?</b> (0) 10 ou menos (1) 11 a 20 (2) 21 a 30 (3) 31 ou mais (8) NSA (9) IGN	FQUAN __
A28) <b>O(A) Sr.(a) fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FMANH __
A29) <b>O(A) Sr.(a) fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	FDOEN __
<i>Atenção: As questões a seguir devem ser aplicadas a todos os indivíduos.</i>	
A30) <b>A Câmara municipal de Pelotas aprovou um projeto de lei proibindo fumar em locais fechados como lanchonetes, restaurantes, boates e bares. O(A) Sr.(a) é a favor desta lei, contra ou tanto faz?</b> (0) Contra (1) A favor (2) Tanto faz/indiferente (9) Não tem opinião	LEIOP __
A31) <b>O(A) Sr.(a) deixará de ir a lanchonetes, restaurantes, bares e boates, se esta lei entrar em vigor?</b> (0) Não (1) Sim (2) Não frequenta (9) IGN	LEIFR __
A32) <b>Agora vou mostrar algumas imagens que são impressas nos maços de cigarros. (Mostrar imagens do catálogo e marcar a letra correspondente a escolhida). Qual dessas imagens o(a) Sr.(a) acha a pior, mais chocante?</b> (00) A (01) B (02) C (03) D (04) E (05) F (06) G (07) H (08) I (09) J (99) IGN	IMAG __ __
<b>AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE O(A) SR.(A) CONSOME.</b>	
A33) <b>Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licorés, ou qualquer outra bebida de álcool?</b> (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A36</i> (1) Sim (9) IGN	FALC __

<p>A34) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr.(a) consumiu bebidas alcoólicas?</p> <p>___ Dias por semana      ___ Dias por mês      (88) NSA      (99) IGN</p>	<p>FALCDSEM ___          FALCDMES ___</p>
<p><b>CONSIDERAMOS QUE UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA É IGUAL A UMA LATA DE CERVEJA, OU UMA TAÇA DE VINHO, OU UM DRINQUE OU COQUETEL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU DE UÍSQUE.</b></p>	
<p>A35) Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia?</p> <p>___ Doses por dia      (88) NSA      (99) IGN</p>	<p>FALCQTD ___</p>
<p><b>AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER</b></p>	
<p><b>ESTA SEÇÃO REFERE-SE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER</b></p>	
<p>A36) Desde &lt;dia da semana passada&gt;, em quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por, <u>pelo menos, 10 minutos seguidos</u> no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.</p> <p>___ dia(s) por SEMANA      (0) Nenhum → Pule para a instrução anterior à questão A38      (9) IGN</p> <p>A37) Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?</p> <p>___ hora(s) ___ minutos    TOTAL: ___ minutos      (888) NSA      (999) IGN      ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos</p>	<p>QDIA ___</p> <p>QTEM _____</p>
<p><b>PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES CONSIDERE QUE:</b></p> <p>✓ <b>ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL;</b></p> <p>✓ <b>ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL.</b></p>	
<p>A38) Desde &lt;dia da semana passada&gt;, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?</p> <p>___ dia(s) por SEMANA      (0) Nenhum → Pule para a questão A40      (9) IGN</p> <p>A39) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?</p> <p>___ hora(s) ___ minutos    TOTAL: ___ minutos      (888) NSA      (999) IGN      ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos</p> <p>A40) Sem considerar as caminhadas, desde &lt;dia da semana passada&gt;, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?</p>	<p>QDVIG ___</p> <p>QTVIG _____</p> <p>QDMOD ___</p>



<p>____ dia(s) por SEMANA  (9) IGN  (0) Nenhum → <i>Pule para a instrução anterior à questão A42</i></p> <p>A41) <b>Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades MÉDIAS no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?</b>  ____ hora(s) ____ minutos TOTAL: ____ minutos  (888) NSA  (999) IGN  ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ ÷ ____ (dias) = ____ minutos</p>	<p><i>QTMOD</i> _____</p>
<b>NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA...</b>	
<p>A42) <b>Fez caminhada com você</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A43) <b>Te convidou para caminhar</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A44) <b>Incentivou você a caminhar</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p><i>SSFACA1</i> ____</p> <p><i>SSFACA2</i> ____</p> <p><i>SSFACA3</i> ____</p>
<b>NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM AMIGO...</b>	
<p>A45) <b>Fez caminhada com você</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A46) <b>Te convidou para caminhar</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A47) <b>Incentivou você a caminhar</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p><i>SSACA1</i> ____</p> <p><i>SSACA2</i> ____</p> <p><i>SSACA3</i> ____</p>
<b>NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA...</b>	
<p>A48) <b>Fez exercícios médios ou fortes com você</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A49) <b>Te convidou para fazer exercícios médios ou fortes</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A50) <b>Incentivou você a fazer exercícios médios ou fortes</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p><i>SSFAAF1</i> ____</p> <p><i>SSFAAF2</i> ____</p> <p><i>SSFAAF3</i> ____</p>
<b>NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM AMIGO...</b>	
<p>A51) <b>Fez exercícios médios ou fortes com você</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A52) <b>Te convidou para fazer exercícios médios ou fortes</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A53) <b>Incentivou você a fazer exercícios médios ou fortes</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p><i>SSAAF1</i> ____</p> <p><i>SSAAF2</i> ____</p> <p><i>SSAAF3</i> ____</p>
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO</b>	
<p>A54) <b>O(A) Sr.(a) costuma tomar algum tipo de leite?</b>  (0) Não</p>	<p><i>CONSLEIT</i> ____</p>

<p>(1) Sim → <i>Pule para a questão A56</i></p> <p>A55) Se não: <b>Qual o principal motivo para o(a) Sr.(a) não tomar leite?</b>          (1) Não gosta          (2) Custo          (3) Alergia/intolerância          (4) Outro _____          (9) IGN          → <i>Pule para a questão A60</i></p> <p>A56) <b>PENSE NA ÚLTIMA SEMANA. Desde &lt;dia da semana&gt; passada até hoje em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou leite?</b></p> <table border="1" data-bbox="167 548 1125 582"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table> <p>A57) <b>Qual a quantidade de leite que o(a) Sr.(a) toma por dia?</b>          (1) Copo __          (2) Xícara__          (3) Caneca __          (4) ml _____          (8) NSA          (9) IGN</p> <p>A58) <b>Qual o leite que o(a) Sr.(a) costuma tomar? (Ler opções)</b>          (1) Leite de vaca (caixinha ou saquinho ou leiteiro ou pó)          (2) Leite de cabra → <i>Pule para a questão A60</i>          (3) Leite de soja → <i>Pule para a questão A60</i>          (4) Outro _____ → <i>Pule para a questão A60</i>          (8) NSA          (9) IGN</p> <p>A59) <b>Quando o(a) Sr.(a) toma leite de vaca, qual o tipo que costuma tomar? (Ler opções)</b>          (1) Normal/integral          (2) Semidesnatado          (3) Desnatado          (8) NSA          (9) IGN</p> <p>A60) <b>O(A) Sr.(a) costuma consumir queijo, iogurte, requeijão ou nata?</b>          (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A62</i>          (1) Sim</p> <p>A61) <b>PENSE NA ÚLTIMA SEMANA. Desde &lt;dia da semana&gt; passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) consumiu queijo, iogurte, requeijão ou nata?</b></p> <table border="1" data-bbox="167 1563 1125 1597"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	<p>MONLEIT __</p> <p>FREQLEIT __</p> <p>UTENS __</p> <p>QTD _____</p> <p>TIPLEIT __</p> <p>TIPLEITVA __</p> <p>CONSDERI __</p> <p>FREQDERI __</p>
0	1	2	3	4	5	6	7										
0	1	2	3	4	5	6	7										
<b>AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE USO DE ADOÇANTES ARTIFICIAIS NOS LÍQUIDOS INGERIDOS NA ÚLTIMA SEMANA.</b>																	
<p>A62) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje, o(a) Sr.(a) usou adoçante artificial em algum líquido que bebeu?</b>          (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior a questão A69</i>          (1) Sim</p> <p>A63) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) usou adoçante artificial nos líquidos que bebeu?</b>          (1) 1 dia          (2) 2 dias          (3) 3 dias          (4) 4 dias</p>	<p>ADOC __</p> <p>FREQADOC __</p>																

<p>(5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (todos os dias) (9) IGN</p> <p>A64) <b>O(A) Sr.(a) recebeu recomendação de alguém para usar adoçante artificial?</b> (0) Não (1) Sim → De quem? (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Dentista (5) Professor de Educação Física (6) Familiar (7) Outro _____</p> <p>A65) <b>Qual a marca de adoçante que o(a) Sr.(a) costuma usar na <u>maioria das vezes</u> nos líquidos?</b> (01) Adocyl (02) Assugrin (03) Doce Menor (04) Finn (05) Gold (06) Great Value (07) Línea (08) Lowçúcar (09) Magro (10) Mid Sugar (11) Sentir Bem/zero (12) Só Stévia (13) Stévia Plus (14) Stevip (15) Stevita (16) Tal e Qual (17) Zero Cal (18) Panvel (19) Outro _____ (99) IGN</p> <p>A66) <b>Em qual forma o(a) Sr.(a) usa esse adoçante? (Ler opções para as duas perguntas)</b> (1) <b>Líquida → Que cor é a embalagem?</b> (1) <b>Transparente</b> (2) <b>Branca</b> (9) IGN (2) <b>Pó → Como é a embalagem?</b> (3) <b>Caixa com envelopes</b> (4) <b>Pote ou Lata</b> (5) <b>Saco plástico com envelopes</b> (9) IGN (3) <b>Comprimidos/Tabletes</b> (9) IGN</p>	<p>REC __</p> <p>RECPROF __</p> <p>MARCA __ __</p> <p>FORMA __</p> <p>EMBAL __</p>
<p><b>PENSE NO ÚLTIMO DIA, QUE NÃO SEJA HOJE, QUE O(A) SR.(A) USOU</b> <b>&lt;nome do adoçante&gt; NOS LÍQUIDOS</b></p>	
<p>A67) <b>Durante todo esse dia, quantas vezes o(a) Sr.(a) usou o &lt;nome do adoçante&gt;?</b> (01) 1 vez (02) 2 vezes (03) 3 vezes (04) 4 vezes (05) 5 vezes (06) 6 vezes (07) 7 vezes (08) 8 vezes</p>	<p>NVEZES __ __</p>

(09) 9 vezes (10) 10 vezes (99) IGN  <b>A68) Quantas(os) &lt;forma de utilização&gt; o(a) Sr.(a) usou em cada vez?</b> <input type="checkbox"/> 1ª vez <input type="checkbox"/> 2ª vez <input type="checkbox"/> 3ª vez <input type="checkbox"/> 4ª vez <input type="checkbox"/> 5ª vez <input type="checkbox"/> 6ª vez <input type="checkbox"/> 7ª vez <input type="checkbox"/> 8ª vez <input type="checkbox"/> 9ª vez <input type="checkbox"/> 10ª vez <input type="checkbox"/> esguicho (99) IGN		1VEZ____ 2VEZ____ 3VEZ____ 4VEZ____ 5VEZ____ 6VEZ____ 7VEZ____ 8VEZ____ 9VEZ____ 10VEZ____ ESG__
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO ANO, PENSE DESDE &lt;mês&gt; DO ANO PASSADO.</b>		
<b>A69) O(A) Sr.(a) consumiu algum tipo de carne?</b> (0) Não → Pule para a instrução anterior à questão A79 (1) Sim		CA __
<b>VOU LHE FALAR SOBRE ALGUMAS CARNES E O(A) SR.(A) VAI ME DIZER SE NO ÚLTIMO ANO, DESDE &lt;mês&gt; DO ANO PASSADO, COMEU E QUANTAS VEZES COMEU POR DIA, POR SEMANA, POR MÊS, POR ANO OU SE COMEU APENAS EM ALGUMA ÉPOCA ESPECIAL.</b>		
<b>Come...</b>	<b>Quantas vezes...</b>	
A70) Carne vermelha com osso (costela, dorso, paleta...)	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CAVO _____
A71) Carne vermelha sem osso – bife ou pedaços	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CAVSOB _____
A72) Carne vermelha sem osso – carne moída ou guisado	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CAVSOM _____
A73) Frango ou galinha	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CABF _____
A74) Embutidos (linguiça, salsicha, presunto, mortadela, salame...)	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CAEM _____
A75) Peixes – fresco e enlatado (sardinha e atum) ou camarão	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A E	CABP _____
A76) Vísceras ou miúdos (coração, fígado, moela...)	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10    D S M A	CAVI _____
<b>A77) O(A) Sr.(a) tira a gordura da carne vermelha antes de comer?</b> (0) Não (1) Sim (2) Não costuma comprar carne com gordura (8) NSA		CAVGO __
<b>A78) O(A) Sr.(a) tira a pele do frango ou galinha antes de comer?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA		CABFGO __
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE</b>		

<b>Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem ou teve:</b>		
A 79) <b>Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta)?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN		HAS __
A 80) <b>Diabetes Mellitus (açúcar no sangue)?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN		DM __
A 81) <b>Colesterol ou triglicerídeos alto?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN		COL __
A 82) <b>Angina ou infarto do coração?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN		ANG __
A 83) <b>Acidente Vascular Cerebral (isquemia/derrame cerebral)?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN		AVC __

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**

<p>A 84) <b>Desde &lt;dia do mês passado&gt; o(a) Sr.(a) usou aspirina® ou alguma das seguintes medicações todos os dias ou na maioria dos dias?</b> (Mostrar as fotos das embalagens para o entrevistado e caso ele indique que usa um dos medicamentos pedir para ele mostrar a embalagem ou receita do médico e anotar no quadro abaixo).</p> <p>(0) Não → Pule para a instrução anterior à questão A89 (1) Sim, na maioria dos dias (2) Sim, todos os dias (9) IGN</p>			AAS __						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome do medicamento</th> <th>Dose (mg)</th> <th>Nº comprimidos/dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Nome do medicamento	Dose (mg)	Nº comprimidos/dia				<p>MEDIC ____</p> <p>DOSE ____</p> <p>COMP ____</p>
Nome do medicamento	Dose (mg)	Nº comprimidos/dia							
<p>A 85) <b>Para tratar o quê?</b></p> <p>(1) Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta) (2) Diabetes Mellitus (açúcar alto no sangue) (3) Angina/infarto (problema de coração) (4) Dislipidemia (colesterol alto no sangue) (5) Isquemia Cerebral (derrame) (6) Circulação (7) Febre/mal-estar (8) Outros motivos, quais? _____ (9) IGN</p>			TRAT __						
<p>A 86) <b>Alguém indicou o uso da medicação?</b></p> <p>(1) Médico (2) Outro profissional de saúde (3) Familiar/amigo (4) Outro (5) Própria pessoa (8) NSA (9) IGN</p>			INDIC __						
<p>A 87) <b>Foi indicado o uso da medicação todos os dias?</b></p>			TDIA __						

<p>(0) Não (1) Sim → <i>Pule para a instrução anterior à questão A89</i> (9) IGN</p> <p><b>A88) Por que não usou todos os dias?</b> (1) Não precisava/não tinha indicação de uso diário (2) Intolerância gástrica/gastrite/azia/úlcera gástrica (3) Alergia (4) Esqueceu de tomar (5) Não tinha no posto (6) Não conseguiu comprar (7) Outros motivos, quais? _____ (9) IGN</p>	<p>NDIA ___</p>
<p><b>A PARTIR DE AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR ALGUMAS COISAS A RESPEITO DE SEU PESO E SOBRE COISAS QUE AS PESSOAS COSTUMAM FAZER OU TOMAR PARA PERDER PESO.</b></p>	
<p><b>A89) No último ano, ou seja, desde &lt;mês&gt; do ano passado, o(a) Sr.(a) fez ou usou alguma coisa para PARA PERDER PESO? como por exemplo dieta, exercícios, remédios, chás, shakes ou qualquer outra coisa...</b> (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A100</i> (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>EPP ___</p>
<p><b>AGORA EU VOULHE FALAR ALGUMAS COISAS USADAS PARA PERDER PESO, E O(A) SR.(A) DEVE ME DIZER, PARA CADA UMA DAS OPÇÕES, SE FEZ OU NÃO, NO ÚLTIMO ANO, PARA PERDER PESO.</b></p>	
<p><b>A90) Dieta. (redução de calorias/redução de gorduras)</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>A91) Exercícios físicos regulares.</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>A92) Uso de chás emagrecedores.</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>A93) Uso de medicamentos, mesmo aqueles considerados naturais</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>A94) Uso de suplementos nutricionais/barrinhas/shakes.</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>A95) Alguma outra coisa para perder peso?</b> (0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN Se Sim → <b>O QUE?</b> _____</p>	<p>EDIETA ___</p> <p>EEXERC ___</p> <p>ECHA ___</p> <p>EMED ___</p> <p>ESUPL ___</p> <p>EOUTR ___</p>
<p><i>Caso o entrevistado tenha respondido <u>NÃO</u> em relação à questão A93, pule para a instrução anterior à questão A100.</i></p>	
<p><i>Na próxima pergunta, orientar o entrevistado para que, se possível, traga as caixas dos medicamentos para emagrecer em uso, para que se possa revisar e anotar os nomes das drogas.</i> <b>PARA TODOS OS ITENS: (0) NÃO (1) SIM (8) NSA (9) IGN</b></p>	
<p><b>A96) E qual foi o remédio que o(a) Sr.(a) utilizou para perder peso? (lembrar que é no último ano) Após o relato de uma substância estimular a memória do entrevistado com a pergunta: “mais alguma coisa?”</b></p> <p>(A) Medicamentos anorexígenos (Anfepramona®, Dualid S®, Hipofagin®, Inibex®, Moderine®, Desobesi M®, Inobesin®, Lipomax AP®, Fagolipo D®, Dasten®, Minifage®, Modere x®, Ionamin®, Adipe x®, Fastin®, Banobese®, Obenix®, Zantril®, Accutrim®, De xatrim®)</p>	<p>MEDANFET ___</p>

<p>(B) Sibutramina (Plenty®, Reductil®, Biomag®, Meridia®, Sibus®, Vazy®)</p> <p>(C) Orlistat (Xenical®, Lipiblock®)</p> <p>(D) Fórmulas para emagrecimento (<i>Escrever os componentes</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(E) Quitosana/Faseolamina/Linhaça/Bio-Redux/Outros fitoterápicos</p> <p>(F) Antidepressivos (Fluoxetina, Sertralina, Bupropiona):</p> <p>(G) Laxantes:</p> <p>(H) Diuréticos:</p> <p>(I) Outros:</p>	<p>MEDSIBU __</p> <p>MEDXEN __</p> <p>MEDFORM __</p> <p>MEDFITO __</p> <p>MEDANTDEP __</p> <p>MEDLAX __</p> <p>MEDDIUR __</p> <p>MEDOUTR __</p> <p>MEDINDIC __</p>
<p>A97) <b>Este(s) remédio(s) foi indicado por alguém?</b> (<i>Ler as opções</i>)</p> <p>(1) <b>Sim</b></p> <p>(2) <b>Não, tomei por conta própria</b> → <i>Pule para a questão A99</i></p> <p>(3) <b>Não, descobri por meio de propaganda (revista, TV, internet, jornal)</b> → <i>Pule para a questão A99</i></p> <p>(8) NSA</p> <p>A98) <b>Se sim. Quem lhe indicou o remédio?</b></p> <p>(1) Médico</p> <p>(2) Nutricionista</p> <p>(3) Enfermeiro</p> <p>(4) Farmacêutico</p> <p>(5) Professor de Educação Física</p> <p>(6) Amigo/Familiar/Vizinho/Colega</p> <p>(7) Outros:</p> <p>(8) NSA</p> <p>(9) IGN</p> <p>A99) <b>Qual era o seu peso antes de começar a utilizar este medicamento para emagrecer?</b></p> <p>_____, ____ kg (888,8) NSA (999,9) IGN</p>	<p>TIPOINDIC __</p> <p>PESOANT _____, ____</p>
<p><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMPULSÃO ALIMENTAR.</b></p> <p><b>COMPULSÃO ALIMENTAR É QUANDO UMA PESSOA COME UMA GRANDE QUANTIDADE DE COMIDA DE UMA VEZ SÓ, EM MAIS OU MENOS DUAS HORAS, E SENTE QUE NÃO CONSEGUE CONTROLAR A QUANTIDADE DE COMIDA QUE COME OU PARAR DE COMER. PODEMOS CONTINUAR?</b></p>	
<p>A100) <b>Desde &lt;três meses antes da entrevista&gt;, alguma vez o(a) Sr.(a) comeu, em pouco tempo, uma quantidade de comida que a maioria das pessoas considera muito grande?</b></p> <p>(0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A105</i></p> <p>(1) Sim</p> <p>(9) IGN</p> <p>A101) <b>Nas vezes que isso aconteceu, o(a) Sr.(a) sentiu que conseguia controlar a quantidade de comida que comeu?</b></p> <p>(0) Não, quantas vezes? ____</p> <p>(1) Sim → <i>Pule para a instrução anterior à questão A105</i></p> <p>(8) NSA</p>	<p>COMGRAND __</p> <p>CONTROL __</p> <p>VEZCONTR ____</p>

<p>(9) IGN</p> <p>A 102) <b>Nessas ocasiões, o(a) Sr.(a) sentiu que:</b></p> <p>a) <b>Comeu mais rápido que de costume?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) <b>Comeu até se sentir mal de tão cheio(a)?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) <b>Comeu grandes quantidades de comida sem sentir fome?</b>  (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>COMRAPID</i> __</p> <p><i>MALCHEIO</i> __</p> <p><i>SEMFOME</i> __</p>
<p><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) COMEU UMA GRANDE QUANTIDADE DE COMIDA E SENTIU QUE PERDEU O CONTROLE SOBRE QUANTO COMEU.</b></p>	
<p>A 103) <b>A que horas do dia começou?</b>  (0) Na parte da manhã (8 às 12)  (1) No começo da tarde (12 às 16)  (2) No fim da tarde (16 às 19)  (3) No começo da noite (19 às 22)  (4) Tarde da noite (após 22)  (8) NSA  (9) IGN</p> <p>A 104) <b>Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou sem comer antes de começar e não conseguir parar de comer?</b>   _ _ _  horas  _ _ _  minutos  (88,88) NSA  (99,99) IGN</p>	<p><i>HORACOM</i> __</p> <p><i>TJEJUM</i> ____, __ __</p>
<p><b>AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE COMO O(A) SR.(A) PERCEBE O SEU CORPO E PESO</b></p>	
<p>A 105) <b>Como o(a) Sr.(a) se sente em relação ao seu peso? (Ler as opções)</b>  (1) <b>Muito magro</b>  (2) <b>Magro</b>  (3) <b>Normal</b>  (4) <b>Gordo</b>  (5) <b>Muito gordo</b>  (9) IGN</p> <p>A 106) <b>Na opinião do(a) Sr.(a), qual é o seu peso ideal?</b> __ __ __ __ __, __ kg (999,9) IGN</p>	<p><i>ACHACORP</i> __</p> <p><i>PESOID</i> __ __ __ __ __, __</p>
<p><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS NO TRABALHO E/OU ESTUDO. CONSIDERE TODAS AS ATIVIDADES, MESMO AS QUE NÃO SEJAM PAGAS, COMO POR EXEMPLO, TRABALHOS DOMÉSTICOS (DO LAR).</b></p>	
<p><b>Num dia normal de trabalho, estudo ou atividades do lar que o(a) Sr.(a) realiza, com que frequência precisa:</b></p> <p>A 107) <b>Repetir movimentos por muito tempo</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A 108) <b>Levantar ou carregar peso</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A 109) <b>Ficar em posição forçada/incômoda</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A 110) <b>Ficar sempre na mesma posição</b>  (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p>	<p><i>MOVREP</i> __</p> <p><i>CARPE</i> __</p> <p><i>POINC</i> __</p> <p><i>MESPO</i> __</p>



<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE DOR NAS COSTAS</b>	
<p>A111) <b>No último ano desde &lt;mês do ano passado&gt; o(a) Sr.(a) teve dor nas costas?</b>  <i>(Se sim, pedir que o entrevistado aponte a localização da dor na figura).</i>            (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A117</i>            (1) Sim → Lombar (0) Não (1) Sim                              Cervical (0) Não (1) Sim                              Torácica (0) Não (1) Sim                              Outros locais (0) Não (1) Sim            (8) NSA            (9) IGN</p>	<p><i>DORCOS</i> __</p> <p><i>LOMB</i> __  <i>CERV</i> __  <i>TOR</i> __  <i>OUT</i> __</p>
<i>Se não referir dor lombar, região em vermelho na figura, pule para a instrução anterior à questão A117</i>	
<p>A112) <b>Alguma vez no último ano, desde &lt;mês do ano passado&gt; o(a) Sr.(a) ficou com esta dor nas costas por 12 semanas ou mais seguidas (3 meses)?</b>  <i>(Apontar a região lombar na figura)</i>            (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A113) <b>Alguma vez nos últimos três meses, desde &lt;mês&gt; o(a) Sr.(a) ficou com esta dor nas costas por 07 semanas ou mais seguidas (50 dias)?</b>  <i>(Apontar a região lombar na figura)</i>            (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>DLCDOZ</i> __</p> <p><i>DLCSET</i> __</p>
<i>Se “NÃO” para as duas questões A112 e A113 pule para a instrução anterior à questão A117</i>	
<p>A114) <b>Na última vez que teve esta dor nas costas o(a) Sr.(a) teve que faltar ao trabalho?</b>            (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A115) <b>O(A) Sr.(a) deixou de fazer atividades por causa da dor nas costas?</b>            (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A116) <b>No último ano desde &lt;mês do ano passado&gt; o(a) Sr.(a) procurou algum médico devido a esta dor?</b>            (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>FATRAB</i> __</p> <p><i>DEXAT</i> __</p> <p><i>MED</i> __</p>
<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O SEU SONO</b>	
<p><b>Nas últimas duas semanas:</b></p> <p>A117) <b>O(A) Sr.(a) teve dificuldade em pegar no sono:</b>            (1) Nenhuma            (2) Leve            (3) Moderada            (4) Grave            (5) Muito grave            (8) NSA            (9) IGN</p> <p>A118) <b>O(A) Sr.(a) teve dificuldade em manter o sono:</b>            (1) Nenhuma            (2) Leve            (3) Moderada            (4) Grave            (5) Muito grave            (8) NSA            (9) IGN</p> <p>A119) <b>O(A) Sr.(a) teve algum problema por acordar muito cedo:</b></p>	<p><i>INSINI</i> __</p> <p><i>INSMAN</i> __</p> <p><i>INSCED</i> __</p>

<p>(1) <b>Nenhuma</b>  (2) <b>Leve</b>  (3) <b>Moderada</b>  (4) <b>Grave</b>  (5) <b>Muito grave</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A120) <b>Quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com o padrão atual de seu sono?</b></p>	<p><i>INSSAT</i> __</p>
<p>(1) <b>Nenhuma</b>  (2) <b>Leve</b>  (3) <b>Moderada</b>  (4) <b>Grave</b>  (5) <b>Muito grave</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A121) <b>Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor)?</b></p>	<p><i>INSINT</i> __</p>
<p>(1) <b>Não interfere</b>  (2) <b>Interfere um pouco</b>  (3) <b>Indiferente</b>  (4) <b>Insatisfeito</b>  (5) <b>Muito satisfeito</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A122) <b>Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?</b></p>	<p><i>INSOUT</i> __</p>
<p>(1) <b>Não percebem</b>  (2) <b>Percebem um pouco</b>  (3) <b>Percebem de algum modo</b>  (4) <b>Muito preocupado</b>  (5) <b>Extremamente preocupado</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A123) <b>Quanto o(a) Sr.(a) está preocupado(a)/estressado(a) com seu problema de sono?</b></p>	<p><i>INSPRE</i> __</p>
<p>(1) <b>Não estou preocupado</b>  (2) <b>Um pouco preocupado</b>  (3) <b>De algum modo preocupado</b>  (4) <b>Muito preocupado</b>  (5) <b>Extremamente preocupado</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A124) <b>No último mês o(a) Sr.(a) teve dificuldade para dormir?</b></p>	<p><i>INDIF</i> __</p>
<p>(0) <b>Não</b>  (1) <b>Sim</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A125) <b>No último mês, o(a) Sr.(a) consultou algum médico por causa da dificuldade para dormir?</b></p>	<p><i>INSCONS</i> __</p>
<p>(0) <b>Não</b>  (1) <b>Sim</b>  (8) NSA  (9) IGN</p>	
<p>A126) <b>Durante o último mês o(a) Sr.(a) usou algum remédio para dormir?</b></p>	<p><i>INSMED</i> __</p>
<p>(0) <b>Não</b>  (1) <b>Sim</b></p>	

(8) NSA (9) IGN	
<b>AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA RESPIRAÇÃO E SEUS PULMÕES</b>	
<p>A127) <b>Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve chiado no peito?</b>  (0) Não → <i>Pule para a questão 129</i>  (1) Sim  (9) IGN</p>	CHIVID __
<p>A128) <b>Des de &lt;mês&gt; do ano passado, o(a) Sr.(a) teve chiado no peito?</b>  (0) Não  (1) Sim  (8) NSA  (9) IGN</p>	CHIANO __
<p>A129) <b>Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve uma crise de falta de ar?</b>  (0) Não → <i>Pule para a questão 131</i>  (1) Sim  (9) IGN</p>	FARVID __
<p>A130) <b>Des de &lt;mês&gt; do ano passado, quantas crises de falta de ar o(a) Sr.(a) teve?</b>  (00) Nenhuma  __ __ vezes  (88) NSA  (99) IGN</p>	FARANO ___ __
<p>A131) <b>Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (0) Não → <i>Pule para a orientação anterior à questão A138</i>  (1) Sim  (9) IGN</p>	ASMVID __
<p>A132) <b>Desde &lt;mês&gt; do ano passado, o(a) Sr.(a) teve asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (0) Não  (1) Sim  (8) NSA  (9) IGN</p>	ASMANO __
<p>A133) <b>Este diagnóstico de asma (ou bronquite asmática ou bronquite) foi confirmado pelo médico?</b>  (0) Não  (1) Sim  (7) Não consultou por asma  (8) NSA  (9) IGN</p>	ASMMED __
<p>A134) <b>Desde &lt;mês&gt; do ano passado, quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico por causa de asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (00) Nenhuma  __ __ vezes  (88) NSA  (99) IGN</p>	ASMCONS ___ __
<p>A135) <b>Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) se hospitalizou por causa de asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (00) Nenhuma  __ __ vezes  (88) NSA  (99) IGN</p>	ASMHOSP ___ __
<p>A136) <b>Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) já esteve em UTI por causa dessa asma</b></p>	ASMUTI ___ __

<p><b>(ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (00) Nenhuma  ___ ___ vezes  (88) NSA  (99) IGN</p> <p><b>A137) Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) já foi ao Pronto Socorro ou outro serviço de emergência por causa dessa asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</b>  (00) Nenhuma  ___ ___ vezes  (88) NSA  (99) IGN</p>	<p>ASMPS ___ ___</p>
<p><i>Atenção: As questões A138 à A148 devem ser perguntadas apenas para mulheres</i></p>	
<p><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SAÚDE DA MULHER</b></p>	
<p><b>A138) A Sra. já engravidou alguma vez?</b>  (0) Não → <i>Pule para a questão A143</i>  (1) Sim  (9) IGN → <i>Pule para a questão A143</i></p> <p><b>A139) Se sim quantas vezes?</b> ___ ___ vezes</p> <p><b>A140) A Sra. está grávida no momento?</b>  (0) Não → <i>Pule para a questão A143</i>  (1) Sim  (9) IGN → <i>Pule para a questão A143</i></p> <p><b>A141) A Sra. queria engravidar?</b>  (0) Não  (1) Sim → <i>Encerre este bloco</i>  (9) IGN</p> <p><b>A142) A Sra. estava usando algum método para não engravidar quando ficou grávida?</b>  (0) Não  (1) Sim  (9) IGN  <u><i>Se for gestante encerre este bloco</i></u></p> <p><b>A143) A Sra. deseja engravidar em seguida?</b>  (0) Não  (1) Sim  (2) Não sei/não penso nisso  (9) IGN</p> <p><b>A144) A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar?</b>  (0) Não  (1) Sim → <i>Pule para a questão A147</i>  (9) IGN</p> <p><b>A145) Por quê?</b>  (0) Não quer usar nenhum método  (1) Não sabe como  (2) Não precisa, dar peito protege  (3) Não tem dinheiro para comprar  (4) Está em falta no posto  (5) Não tem parceiro  (6) Outro _____  <u><i>Se não for a opção 3 → encerre este bloco</i></u></p> <p><b>A146) A Sra. tentou conseguir no posto?</b>  (0) Não</p>	<p>A138 ___</p> <p>A139 ___ ___</p> <p>A140 ___</p> <p>A141 ___</p> <p>A142 ___</p> <p>A143 ___</p> <p>A144 ___</p> <p>A145 ___</p> <p>A146 ___</p>

<p>(1) Sim (9) IGN <i>Encerre este bloco aqui se a mulher respondeu NÃO na pergunta A144</i></p> <p><b>A147) O que a Sra. está fazendo para não engravidar?</b></p> <p>(01) Pílula (02) Injeção (03) Coito interrompido (04) Preservativo (05) DIU (06) Fez ligadura (07) Tabela (08) Ele fez vasectomia (09) Não tem parceiro (10) está amamentando (11) Outro _____ (99) IGN</p> <p><i>Se não usa pílula/injeção → encerre este bloco</i></p> <p><b>A148) A pílula que a Sra. tomou no último mês foi comprada ou fornecida pelo posto?</b></p> <p>(1) Comprada (2) Fornecida pelo posto (3) Outro _____</p>	<p>A147 _ _ _</p> <p>A148 _</p>
--	---------------------------------

