

Universidade Federal de Juiz de Fora
NATES – Núcleo de Assessoria e Treinamento em Estudos em Saúde
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Déborah Franco Gonçalves

**Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas
atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais,
Brasil**

Juiz de Fora

2017

Déborah Franco Gonçalves

**Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas
atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais,
Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção de grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gonçalves, Déborah Franco.

Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil / Déborah Franco Gonçalves. -- 2017.

120 f.

Orientador: Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

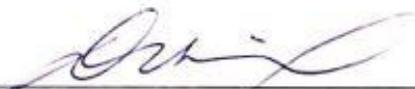
1. Fatores Reprodutivos. 2. Excesso de Peso. 3. Saúde da Mulher. I. Ribeiro, Luiz Cláudio, orient. II. Bustamante Teixeira, Maria Teresa, coorient. III. Título.

DÉBORAH FRANCO GONÇALVES

“Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

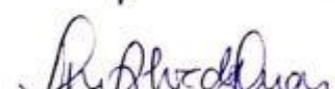
Aprovado em 28/03/2017



Luiz Cláudio Ribeiro – UFJF



Júlia Cristina Cardoso Carraro – UFOP



Aline Silva de Aguiar – UFJF

DEDICATÓRIA

Àqueles que me incentivaram a persistir nessa caminhada e alçar voos mais altos.
Ao meu namorado, meus pais, meus irmãos, meus tios e minha avó.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, luz para meus olhos, guia dos meus passos. Que sempre me mostra o caminho certo a seguir.

Ao professor Luiz Cláudio, pela brilhante orientação acadêmica e por ser um amigo paciente, compreensivo e generoso. Por me ensinar que “o caminho só se faz ao caminhar”, palavras de uma pessoa de coração enorme que levo para toda vida.

A professora Maria Tereza, pela oportunidade de participar de seu grupo de pesquisa e iniciar minha caminhada como pesquisadora. Fico grata pelo carinho com que me acolheu e por suas valiosas lições.

Aos professores do Programa de Saúde Coletiva, por me mostrarem um mundo novo de oportunidades e vivência humanizada. Valorizo ainda mais a Saúde Coletiva e me sinto uma militante por nosso sistema de saúde.

A todas as mulheres participantes da pesquisa Saúde da Mulher, nos bairros Granjas Bethânia e Parque Guarani e aos profissionais envolvidos, que me permitiram aprofundar em um tema tão complexo e aprender tanto.

Aos meus pais, Oscar e Fatinha, meus exemplos de vida e conduta, pelo apoio e incentivo em seguir meus estudos.

Aos meus irmãos, Beatriz e Henrique, meus parceiros de vida, pelo carinho, ternura e descontração de cada dia.

Aos meus tios, Cristina, Dú e Marcos, que sempre me acolheram gentilmente e acreditaram em mim.

A minha doce vovó Inês que me tranquiliza e me mostra o valor da paciência e da perseverança em tudo que faço.

Ao Tiago, meu companheiro e incentivador dos meus sonhos. Seu amor incondicional me leva a lugares onde quero e preciso estar.

A todas as pessoas que de alguma forma estiveram presentes na minha jornada e contribuíram para essa vitória.

*“Ninguém nasce pronto e vai se desgastando.
Nascemos não prontos e vamos nos fazendo”.*

(Mário Sergio Cortella)

RESUMO

Introdução: O excesso de peso é um grave problema de saúde pública e entre as possíveis causas estão os fatores reprodutivos femininos, comuns às mulheres em fase adulta. Fatores como idade da menarca, menopausa, já ter ficado grávida, número de filhos e métodos contraceptivos podem interferir positivamente no ganho excessivo de peso, entretanto não há um consenso entre a associação desses fatores e o excesso de peso em mulheres adultas, sendo necessários mais trabalhos que ajudem a esclarecer essa relação. **Objetivo:** Identificar a associação entre os fatores reprodutivos e o excesso de peso em mulheres adultas. **Métodos:** Estudo transversal realizado em 2015, que utilizou dados coletados da pesquisa sobre saúde da mulher realizada em 2011 e 2012, em Juiz de Fora, com participação de 2018 mulheres em idade reprodutiva, de 20 a 59 anos. Foi utilizado o questionário da pesquisa, composto por informações sobre as mulheres participantes. As análises estatísticas univariada, bivariada e concordância Kappa foram realizadas no programa SPSS 14.0 e os modelos de regressão no programa Stata 11.0. **Resultados e Discussão:** Foi encontrada elevada prevalência de mulheres com excesso de peso (61,0%) e circunferência abdominal aumentada substancialmente (59,6%). Na análise multivariada com as variáveis reprodutivas, aquelas que apresentaram relação com o excesso de peso foram idade da menarca antes dos 12 anos, uso de contraceptivo não hormonal e ter filhos, sendo que após ajuste do modelo contraceptivo não hormonal perdeu significância. A prevalência de excesso de peso em mulheres que tiveram menarca antes dos 12 anos foi 12,4% maior do que aquelas que tiveram menarca com 12 anos ou mais de idade e a prevalência de excesso de peso em mulheres que tiveram filhos foi 58,2% maior do que as que nunca tiveram. Na análise multivariada considerando circunferência abdominal aumentada substancialmente as variáveis que mantiveram significância foram semelhantes em relação à análise com excesso de peso, sendo que as mesmas variáveis reprodutivas permaneceram significantes no fim do modelo. A análise de concordância Kappa indicou forte concordância entre IMC e circunferência abdominal, mostrando que podem ser usadas de forma combinada e complementar no diagnóstico nutricional, principalmente ao considerar fatores reprodutivos. **Conclusão:** O cenário encontrado mostra uma grande prevalência de excesso de peso na população estudada, com ênfase na influência dos fatores reprodutivos, que merecem atenção e monitoramento, já que são característicos da população feminina adulta.

Palavras-chaves: Fatores Reprodutivos. Excesso de Peso. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Overweight is a serious public health problem and among the possible causes are female reproductive factors, common to women in adulthood. Factors such as age of menarche, menopause, having become pregnant, number of children and contraceptive methods may interfere positively with excessive weight gain, however there is no consensus between the association of these factors and excess of weight in adult women, requiring more work to clarify this relationship. **Objective:** To identifying the association between reproductive factors and excess of weight in adult women. **Methods:** Cross-sectional study carried out in 2015, using data collected from the women's health survey conducted in 2011 and 2012, in the city of Juiz de Fora, with enrollment of 2018 women in reproductive age, from 20 to 59 years. The research questionnaire, composed of information about the women participants, was used. Univariate, bivariate and Kappa concordance statistical analyzes were performed in the SPSS 14.0 program and the regression models in the Stata 11.0 program. **Results and Discussion:** It was found a high prevalence of excess of weight women (61.0%) and a substantially increased abdominal circumference (59.6%). In the multivariate analysis with the reproductive variables, those that presented relationship with the excess of weight were age of menarche before 12 years old, use of non-hormonal contraceptive and to having children, after adjustment of the non-hormonal contraceptive model, it lost significance. The prevalence of excess of weight in women who had menarche before 12 years old was 12.4% higher than those who had menarche after 12 years old and over, and the prevalence of excess of weight in women who had children was 58.2% higher than the ones that never had. In the multivariate analysis considering abdominal circumference significantly increased, the variables that remained significant were similar in relation to the excess of weight analysis, and the same reproductive variables remained significant at the end of the model. The Kappa concordance analysis indicated a strong concordance between BMI and waist circumference, showing that they can be used in a combined and complementary way in nutritional diagnosis, especially when considering reproductive factors. **Conclusion:** The scenario shows a high prevalence of excess of weight in the studied population, with an emphasis on the influence of reproductive factors, which deserve attention and monitoring, since they are characteristic of the adult female population.

Keywords: Reproductive Factors. Excess of Weight. Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)	39
Quadro 2 – Classificação do IMC utilizada no estudo	40
Quadro 3 – Classificação do Perímetro Abdominal (PA)	40
Quadro 4 – Classificação do PA utilizada no estudo	41
Quadro 5 – Variáveis independentes selecionadas em blocos de análise e agrupamento estabelecido para o estudo	41
Figura 1 – Modelo Conceitual Hierarquizado	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, de acordo com a classificação de IMC	46
Tabela 2 – Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, de acordo com a classificação de PA	46
Tabela 3 – Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo características socioeconômicas e demográficas	47
Tabela 4 – Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo características de estilo de vida e doenças crônicas não transmissíveis	48
Tabela 5 – Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo a história reprodutiva das mulheres	49
Tabela 6 – Número de casos, percentual de EP e valor de p por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas	50
Tabela 7 – Número de casos, percentual de EP e valor de p por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis de estilo de vida e DCNT	51
Tabela 8 – Número de casos, percentual de EP e valor de p por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis de história reprodutiva	53
Tabela 9 – Análise multivariada com fatores reprodutivos, considerando o EP em mulheres adultas, incluindo a variável número de filhos: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor p</i> segundo as variáveis significativas	54
Tabela 10 – Análise multivariada com fatores reprodutivos, considerando o EP em mulheres adultas, incluindo a variável já engravidou: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor p</i> segundo as variáveis significativas	55
Tabela 11 – Análise multivariada considerando o EP em mulheres adultas: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor p</i> segundo as variáveis significativas	55

Tabela 12 – Análise multivariada considerando a CAAS em mulheres adultas: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e <i>valor p</i> segundo as variáveis significativas	57
Tabela 13 – Análise de Concordância Kappa para verificação da concordância entre as medidas IMC e CA	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para Estudos da Obesidade
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMC	Índice de Massa Corporal
Índice C	Índice de Conicidade
LDL	Low Density Lipoprotein
NCEP	National Centers for Environmental Prediction
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAS	Perímetro Abdominal Aumentado Substancialmente-
PA	Perímetro Abdominal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Software Statistical Package for Social Sciences
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNFPA	United Nations Population Fund
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

$<$	Menor que
\leq	Menor ou Igual a
$>$	Maior que
\geq	Maior ou Igual a
$=$	Igual a

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	EXCESSO DE PESO	16
2.2	FATORES REPRODUTIVOS	19
2.3	FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	25
2.4	FATORES DE ESTILO DE VIDA	28
2.5	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	31
3	OBJETIVOS	35
3.1	OBJETIVO GERAL	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4	METODOLOGIA	36
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
4.2	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	36
4.3	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	37
4.4	VARIÁVEIS DEPENDENTES	38
4.5	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	41
4.6	ANÁLISE DE DADOS	43
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	45
5	RESULTADOS	46
5.1	ANÁLISE UNIVARIADA	46
5.2	ANÁLISE BIVARIADA	50
5.3	ANÁLISE MULTIVARIADA	53
5.3.1	EXCESSO DE PESO	54
5.3.2	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL AUMENTADA SUBSTANCIALMENTE ..	57
5.4	COMPARAÇÃO ENTRE EXCESSO DE PESO E CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL AUMENTADA SUBSTANCIALMENTE	58
6	DISCUSSÃO	60

7	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso é um grave problema de saúde pública e afeta diversos países no mundo, podendo ser resultado de hábitos alimentares inadequados, estilo de vida sedentário, fatores hormonais e fatores genéticos (POPKIN; ADAIR; NG, 2012; ABESO, 2009). Esses fatores podem levar ao ganho de peso através do balanço energético positivo, que acarreta o acúmulo de gordura corporal e aumento do índice de massa corporal (BRESSAN; VIDIGAL; HERMSDORFF, 2013). A maior preocupação acerca desse agravo é a sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, que são as que mais matam no mundo atualmente (OPAS, 2003).

Dentre as inúmeras causas relacionadas ao excesso de peso estão os fatores reprodutivos femininos, que são comuns às mulheres em fase adulta, compreendido entre a menarca e a menopausa. Nesta fase vários fatores associados à fase reprodutiva podem levar ao ganho de peso excessivo, como idade da menarca, menopausa, gravidez, uso de contraceptivos e número de filhos (CORREIA et al., 2011; LINS et al. 2013). Todos esses fatores devem ser monitorados, uma vez que nem sempre podem ser modificados.

O excesso de peso é bastante prevalente em mulheres adultas, o que pode acarretar prejuízo à sua saúde além de diversos problemas que interferem diretamente na qualidade de vida da população feminina. Os fatores reprodutivos podem desencadear o excesso de peso, uma vez que influenciam a mudança da composição corporal através do acúmulo de gordura no início (SIERVOGEL et al., 2000) e no fim da idade fértil (MEIRELES, 2014), além de causar alterações hormonais que acarretam transformações fisiológicas (NEGRET et al., 2013; LOPEZ et al., 2013) que podem interferir no diagnóstico nutricional.

Na literatura existem estudos sobre excesso de peso em mulheres adultas (ROSA et al., 2011; CORREIA et al. 2011; FERREIRA E BENÍCIO, 2015), entretanto não há consenso sobre a associação entre os fatores reprodutivos femininos e o excesso de peso. Além disso, grande parte dos estudos sobre a história reprodutiva da mulher aponta dados controversos (GALLO et al., 2011), sendo necessários mais trabalhos que esclareçam a relação entre esses fatores e o excesso de peso nessa população.

Uma das relações que ainda não está bem definida diz respeito ao uso de métodos contraceptivos, havendo divergência quanto aos resultados (ROSA et al., 2011; CORREIA et al., 2011). Pode-se dizer apenas que não foram encontrados autores que mostrassem relação entre ganho de peso e os métodos de barreira, comportamental, cirúrgico, de urgência e DIU.

Em relação ao tipo de contraceptivo também há uma contradição, sendo que existem estudos que mostram relação entre contraceptivos hormonais e excesso de peso. Acredita-se que o aumento de peso associado ao uso dos contraceptivos hormonais deve-se à presença de determinadas substâncias, como o Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMDP) (PANTOJA et al., 2010; DAL'AVA, 2014). Os resultados desse trabalho procuram estabelecer melhor a relação entre contraceptivos hormonais e excesso de peso.

Diante do exposto, o principal objetivo do trabalho é identificar a existência de associação entre os fatores reprodutivos e o excesso de peso em mulheres em idade reprodutiva que foram atendidas por unidades Estratégia de Saúde da Família na cidade de Juiz de Fora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Depois dessa Introdução, o capítulo de Referencial Teórico vai ser iniciado com a conceituação de excesso de peso (EP). Em seguida serão abordados os fatores reprodutivos, que são os de maior interesse no estudo, que podem apresentar grande influência sobre o excesso de peso na mulher. Na sequência o trabalho discorre sobre os fatores socioeconômicos e demográficos; os fatores de estilo de vida e as doenças crônicas não transmissíveis.

Os principais assuntos foram subdivididos norteados pelo Modelo Conceitual Hierarquizado, utilizado pelo estudo na análise estatística multivariada, conforme explicado na Metodologia. Nesse modelo os fatores de risco que podem estar hierarquicamente relacionados na cadeia de causalidade são subdivididos em blocos antes da análise (OLINTO, 1998; LIMA, CARVALHO, VASCONCELOS, 2008).

2.1 EXCESSO DE PESO

O excesso de peso é uma epidemia que acomete pessoas de diversas faixas etárias, etnias, classe social e gênero e as expectativas são preocupantes para os próximos anos. Essa denominação é definida normalmente quando o peso excede um limite do critério padrão ou valor de referência (KUCZMARSKI; FLEGAL, 2000).

A população adulta, que compreende indivíduos com idade maior ou igual à 20 anos (BRASIL, 2009b) frequentemente sofre com essas doenças e essa condição afeta frequentemente as mulheres, principalmente a obesidade, acarretando muitos problemas que interferem na qualidade de vida da população feminina (CRISTÓVÃO; SATO; FJIMORI, 2011). O motivo de preocupação é a presença particular dos fatores reprodutivos femininos, como parturição, número de filhos, idade da menarca e uso de contraceptivos (FERREIRA E BENÍCIO, 2015; CORREIA et al., 2011). Esses fatores podem interferir no desenvolvimento do excesso de peso durante a fase reprodutiva.

A combinação de IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado. Portanto, na avaliação do risco do excesso de peso o ideal é a associação da medida da circunferência abdominal com

o IMC, que oferece uma forma combinada de ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas (MOLARIUS, 1999; HAUN; PITANGA; LESSA, 2009; MELLER, 2014).

Uma vez instalado o excesso de peso ocorrem alterações no gasto de energia do corpo, que vão influenciar na sua composição. O aumento na quantidade de gordura corporal pode causar a redução do gasto energético, através da redução proporcional do tecido metabolicamente ativo. Isso pode levar ao desequilíbrio energético e, conseqüentemente, o aumento do peso corporal (ROSADO et al., 2010). Este fato interfere diretamente na saúde da mulher, pois o acúmulo de gordura é mais expressivo no sexo feminino.

A obesidade possui uma etiologia complexa e multifatorial, podendo ser resultado da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. O ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade, a diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são os determinantes ambientais que parecem exercer maior influência (POPKIN; ADAIR; NG, 2012; ABESO, 2009).

O ambiente obesogênico estimula a pandemia de obesidade (SWINBURN, 1999). Condições sociais como sedentarismo, estado conjugal, nível educacional, ocupação no trabalho, insatisfação com imagem corporal, condições do sono, convívio pessoal, urbanização, tecnologias e história familiar de obesidade são fatores muitas vezes associados ao aumento do peso corporal (ROSADO et al., 2010). Considerar os múltiplos fatores que envolvem a obesidade, de maneira simultânea, se torna uma estratégia importante no manejo de doenças.

Em oposição a essa tendência de hábitos de vida inadequados em mulheres adultas, e outros fatores de risco que desencadeiam o excesso de peso, existem fatores que podem melhorar a qualidade de vida e auxiliar na prevenção do sobrepeso e da obesidade, como a alimentação saudável, a atividade física e outras práticas saudáveis de estilo de vida.

O Guia Alimentar para a População Brasileira aponta a alimentação adequada e saudável como aspecto importante da qualidade de vida e prevenção do excesso de peso e de outras doenças crônicas (BRESSAN; VIDIGAL, 2014). A alimentação deve ser financeiramente acessível, harmônica em quantidade e qualidade e atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer. Esse conceito é importante em um momento de rápida transição nutricional, no qual mudanças no

padrão de consumo alimentar da população brasileira (BRASIL, 2014) caminham paralelamente ao aumento do número de pessoas que buscam uma alimentação saudável (BRASIL, 2015).

Informações acerca da prevalência de excesso de peso e fatores associados podem apontar para a necessidade de realizar ações de promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem as diferenças regionais da população brasileira e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis, em consonância com a proposta de programas sociais (MACHADO et al., 2014). Principalmente se considerarmos o aumento do número de pessoas que tem realizado alimentação fora do lar no país na última década (CLARO et al., 2014).

As estratégias de saúde pública devem ser eficazes e viáveis, podendo ser desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, priorizando a redução do consumo de alimentos considerados de risco para doenças crônicas e o aumento do nível de atividade física. O intuito é interferir positivamente na reversão da tendência de aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade, para prevenir suas consequências (COSTA et al., 2009).

O excesso de peso é conhecido pela gravidade com que essa morbidade se relaciona com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e consequente redução da expectativa de vida da população (SCHIMITD, 2011). O cenário da doença apresenta dados preocupantes já que estimativas atuais mostram que 3,4 milhões de pessoas morrem no mundo devido ao sobrepeso e a obesidade (WHO, 2014) afetando países independente de sua renda.

Entre os países desenvolvidos é elevada a prevalência de obesidade na idade adulta. Nos EUA a doença atinge cerca de um terço da população adulta, na Austrália chega a atingir 28% dos homens e 30% das mulheres e no Reino Unido aproximadamente um quarto da população adulta é obesa (NG et al., 2014).

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, de baixa e média renda, o excesso de peso também é motivo de preocupação (CORREIA et al. 2011; BRASIL, 2014; POPKIN; ADAIR; NG, 2012). De acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF (2008-2009), com população em idade adulta, o excesso de peso foi diagnosticado em cerca de metade dos homens e das mulheres. O diagnóstico de obesidade foi encontrado em 12,5% dos homens e em 16,9% das mulheres, correspondendo a cerca de um quarto do total de casos de excesso de peso no sexo masculino e a um terço no sexo feminino (BRASIL, 2010a).

Dados mais recentes do VIGITEL de 2014 (BRASIL, 2015) apontam para uma frequência de 52,2% de adultos com excesso de peso no Brasil, sendo que 16,8% estão obesos. O excesso de peso entre mulheres tende a aumentar com a idade, e diminuir com o aumento do nível de escolaridade. Já a obesidade tendeu a diminuir com o aumento do nível de escolaridade em ambos os sexos.

Na região sudeste 51,1% dos adultos estão com excesso de peso. A capital mineira, Belo Horizonte, apresenta prevalência de 48,2% dos adultos com excesso de peso, sendo 54,7% homens e 42,5% mulheres; desses adultos 14,3% estão obesos, distribuídos em 12,9% do sexo masculino e 15,6% do sexo feminino (BRASIL, 2012). Esses dados mostram o cenário da transição nutricional, que ocorre próximo a realidade da cidade de Juiz de Fora.

Esse cenário comprova a gravidade do excesso de peso em todo o mundo, mostrando a importância da prevenção e da promoção de hábitos de vida saudáveis. Em seu trabalho, Horta et al. (2013) ressaltaram a interferência do excesso de peso e das DCNT na qualidade de vida em mulheres atendidas em serviços de promoção da saúde. O excesso de peso pode, então, ser um dos fatores que estão relacionados às condições de saúde e perfil nutricional de usuárias de serviços públicos de saúde.

2.2 FATORES REPRODUTIVOS FEMININOS

Antes de considerar questões biológicas, é crucial lembrar que a mulher é um ser social e, como tal, encontra muitas dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher (COELHO; PORTO, 2009). Ela é um indivíduo que trabalha e muitas vezes mantém o sustento da família; são mais vulneráveis ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis e passa constantemente por discriminação de gênero, o que dificulta sua participação na sociedade e na economia (UNFPA, 2010).

Entre os diversos fatores relacionados ao ganho excessivo de peso em mulheres, um grupo que merece atenção é o de fatores reprodutivos, que engloba a idade da menarca, a parturição, o número de filhos, a idade quando teve o primeiro filho, o uso de métodos contraceptivos e a menopausa, que são aspectos pouco abordados na literatura. Segundo Correia et al. (2011) em sua fase adulta, a mulher

está em sua plena maturidade, correspondendo também à faixa de seu maior desempenho produtivo.

Por isso, estratégias de prevenção e tratamento da obesidade devem ser priorizadas na atenção à saúde da mulher, visando à melhoria da saúde global dessa população (ROSA et al., 2011). Os fatores relacionados à função reprodutiva da mulher devem receber um enfoque especial, pois podem apresentar como importantes determinantes para o excesso de peso.

A história reprodutiva é um importante fator que pode estar associado ao sobrepeso e à obesidade na população feminina em idade adulta, entretanto não existe consenso nos estudos sobre essa associação. Tal fato demanda atenção por parte das políticas públicas uma vez que estes são fatores característicos do gênero, logo é necessário demarcar grupos de maior risco, sobre os quais as mensagens voltadas para prevenção e controle do sobrepeso/obesidade devem incidir com prioridade (CORREIA et al., 2011).

O ganho de peso em mulheres é um tema abordado em diversos estudos, porém, não está claro se as características reprodutivas da população feminina influenciam nas taxas de prevalência de excesso de peso (ROSA et al., 2011), devido à escassez de estudos que fazem essa relação de forma específica, sendo de grande importância essa avaliação, uma vez que idade da menarca, menopausa, número de filhos e uso de contraceptivos podem ser fatores de risco para o excesso de peso (CORREIA et al., 2011; LINS et al., 2013). As mulheres passam por diversas transformações ao entrar na fase adulta, as suas características reprodutivas são peculiares e interferem fisiologicamente na sua vida.

Um ponto primordial a respeito da vida adulta da mulher é a menarca, que determina a fase chamada de puberdade, em que ocorre a reativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovário (HHO), que tem como resultado a menstruação e os ciclos menstruais, caracterizando o início de seu período reprodutivo (BOUZAS; BRAGA; LEÃO, 2010). Durante a maturação sexual ambos os sexos apresentam significativo aumento da massa de gordura corporal, entretanto, esse aumento é mais lento no sexo masculino, sendo superado pelo ganho da massa livre de gordura (SIERVOGEL et al., 2000).

Alguns estudos apontam que a média de idade da menarca no Brasil é próxima aos 12 anos, sendo considerada precoce quando acontece antes dessa faixa de idade (ROMAN et al., 2009; CASTILHO et al., 2012). Existe uma tendência

de diminuição da idade da menarca ao longo do tempo (CASTILHO et al., 2012) o que requer atenção uma vez que o início precoce da puberdade apresenta-se como um importante fator determinante da obesidade em mulheres em comparação àquelas que apresentaram a menarca após a idade de doze anos (CORREIA et al., 2011; THEODORO et al., 2012; YANG et al., 2013).

Vale ressaltar ainda que essa precocidade pode interferir também em DCNT relacionadas ao acúmulo de gordura corporal, como é o caso da doença cardíaca (MUELLER et al., 2012; CANOY et al., 2015), doença hepática não-gordurosa (RYU et al., 2015), diabetes mellitus (DM) tipo 2 (LIM et al., 2015) e também com a mortalidade (GALLAGHER et al., 2011).

A gestação é um estágio no ciclo de vida da mulher e causa mudança da composição corporal como resultado do aumento dos tecidos corporais. Recomenda-se que sejam realizadas ações para o controle do ganho de peso entre as mulheres em seu ciclo reprodutivo, nos períodos pré-gestacional, gestacional e pós-parto (IOM, 2009). O não acompanhamento adequado do peso pode acarretar em retenção de peso pós-parto, levando a mulher à maior susceptibilidade de desenvolver sobrepeso e obesidade (LUCYK; FURUMOTO, 2008; REBELO et al., 2010; NAST et al., 2013; HAUGEN et al., 2014; FORTE et al., 2015), além de outras comorbidades como diabetes e hipertensão gravídica (LAGOS; ESPINOZA; ORELLANA, 2004).

A parturição, isto é, o número de partos, pode estar envolvida com o excesso de peso por interferir na obesidade visceral (LUOTO; MÄNNISTÖ; RAITANEN, 2011). Estudos apontam que a ocorrência da primeira gestação já é um fato importante a ser considerado, sendo possível observar que à medida que aumenta o número de filhos maior é o risco de obesidade (CORREIA et al., 2011). Os grupos de planejamento familiar devem ser estimulados pelas políticas de saúde, a fim de focar na participação feminina, auxiliando nas decisões das mulheres sobre concepção.

A baixa fecundidade é uma característica da transição demográfica. Como resultado observa-se que mais mulheres conseguem participar da força de trabalho. Globalmente, estima-se que as taxas de fecundidade vêm diminuindo, de seis filhos por mulher, na década de 1950, para uma média de 2,5 filhos por mulher atualmente. Ainda que haja o empoderamento das mulheres em decidir sobre a

gravidez, as mulheres dos países em desenvolvimento geralmente têm mais filhos do que desejam (NFPA, 2014).

A fim de evitar a gravidez, os métodos contraceptivos são estratégias eficazes, além de prevenir algumas doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/AIDS, sendo livremente utilizados pelas adolescentes e mulheres adultas. Dados mostram que nos últimos anos as mulheres estão começando sua atividade sexual cada vez mais cedo e, como consequência, aumenta também a prática da anticoncepção (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009a). Essa mudança de comportamento interfere muito no desenvolvimento de estudos sobre métodos contraceptivos e seus feitos.

Existem diversos tipos de métodos contraceptivos e de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009a) 67,8% das mulheres sexualmente ativas usam algum método. Os mais encontrados foram: pílula, tabela, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, DIU, contraceptivo injetável, implantes, creme/óvulos vaginais ou espermicidas, laqueadura, coito interrompido e pílula do dia seguinte.

Os métodos contraceptivos podem ser métodos de barreira, hormonais, comportamentais, cirúrgicos e o Dispositivo Intrauterino (DIU) (BRASIL, 2013). Ao escolher um contraceptivo é importante que haja uma discussão sobre a possibilidade de uma dupla proteção, combinando métodos hormonais e de barreira, já que além de evitar a gravidez, os preservativos ainda evitam as DST (BLACK et al., 2015).

Um dos efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais combinados pode ser o ganho de peso, fato que limita muitas vezes o uso de métodos eficazes não só na contracepção, mas também na prevenção de algumas DST. Entretanto, não está totalmente estabelecida uma relação causal entre os contraceptivos de combinação e o ganho de peso, podendo o ganho estar relacionado à idade (GALLO et al., 2011). Apesar disso, estudos apontam que mulheres que utilizam métodos de contracepção apresentam maior chance de estarem obesas do que aquelas que não utilizam tais métodos (ROSA et al., 2011; CORREIA et al. 2011). Essa controvérsia e a escassez de estudos disponíveis mostram a necessidade da investigação dos tipos de métodos e sua relação com o desfecho excesso de peso, separando-os em hormonais e não hormonais.

O mais utilizado entre os métodos de barreira é o preservativo masculino, que consiste em um envoltório de látex, poliuretano ou silicone. O preservativo feminino é pouco utilizado e é formado por poliuretano. Ambos os preservativos são métodos de barreira, que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical (BRASIL, 2013).

Outros métodos de barreira são o creme/óvulo vaginais (ou espermicidas) e o diafragma. Os espermicidas são pouco utilizados, caracterizados por serem substâncias químicas que recobrem a vagina e o colo do útero, eles impedem, imobilizam ou destroem os espermatozoides, evitando sua penetração no canal cervical. Já o diafragma é um método vaginal de anticoncepção mais utilizado e consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013).

Os contraceptivos hormonais orais, ou pílulas anticoncepcionais, são uma opção também muito utilizada. Formados por esteroides utilizados isoladamente ou em associação, eles têm como objetivo básico impedir a concepção. Atualmente são utilizados os chamados contraceptivos orais de terceira geração, que apresentam baixas concentrações de etinilestradiol, além de possuir substâncias progestativas, como desogestrel e gestodeno, que contribuem para uma redução dos efeitos androgênicos, colaborando para que haja menores alterações de humor e peso corporal (MONTEIRO, 2005).

Alguns autores ressaltam que o ganho de peso é um resultado do uso de contraceptivos orais (NEGRET et al., 2013; LOPEZ et al., 2013), entretanto esse resultado pode ser controverso (BEKSINSKA et al., 2010; LINDH, 2011). Logo, são necessários mais estudos para explorar essa relação.

Os anticoncepcionais injetáveis são combinados e podem apresentar diferentes combinações, contendo um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético. Como mecanismo de ação eles inibem a ovulação e tornam espesso o muco cervical, impedindo a passagem dos espermatozoides (BRASIL, 2013).

O mais utilizado entre os injetáveis é aquele a base de AMPD e existe uma grande preocupação sobre sua utilização e o ganho de peso. Diversos estudos o apontam como risco para o aumento do peso corporal devido principalmente ao aumento da massa de gordura (PANTOJA et al., 2010; DAL'AVA, 2014), entretanto

outros estudos não observaram mudança no peso entre mulheres com o uso de AMPD (VICKERY et al., 2013; SANTOS et al., 2015). Essa controvérsia e a escassez de estudos disponíveis mostram a necessidade da investigação dos tipos de métodos e sua relação com o desfecho excesso de peso, separando-os em hormonais e não hormonais.

Os implantes são constituídos de um sistema de silicone polimerizado com um hormônio no seu interior, que apresenta efeito anticoncepcional uma vez que seja liberado na corrente sanguínea (GUAZZELLI et al., 2011). Ele é considerado um dos mais eficazes e mais seguros métodos, entretanto, pode acarretar ocorrer ganho de peso na mulher (MORAES et al., 2015).

A pílula do dia seguinte é considerada uma anticoncepção ou contracepção de emergência, pois é utilizada depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar gravidez. Consiste na utilização de pílulas contendo os hormônios estrogênio e progestogênio ou apenas progestogênio. Esse método não deve ser usado de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional (BRASIL, 2013; BLACK et al., 2015).

Os métodos comportamentais, como a tabela e o coito interrompido, podem ser chamados de métodos de abstinência periódica ou métodos naturais ou de percepção da fertilidade, e sua eficácia pode variar muito em relação aos outros métodos. Ele se baseia na identificação do período fértil da mulher com a finalidade de obter ou evitar a gravidez (BRASIL, 2013).

Os métodos cirúrgicos são métodos definitivos também chamados de esterilização ou laqueadura, que podem ser tanto realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), quanto no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia) (BRASIL, 2013).

Não foram encontrados estudos que fazem relação entre o uso de métodos de emergência (pílula do dia seguinte), comportamentais e cirúrgicos e o excesso de peso, o que torna de extrema importância a realização de trabalhos que explorem esses diferentes tipo de contraceptivos e o aumento do peso corporal para melhores explicações.

O DIU é um dos métodos de planejamento familiar mais usado em todo o mundo e consiste em um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, onde é adicionado cobre ou hormônios que exercem função contraceptiva quando este é inserido na cavidade uterina (BRASIL,

2013; BLACK et al., 2015). O uso de DIU normalmente não resulta em ganho de peso nas mulheres (VICKERY et al., 2013; DAL'AVA, 2014; MORAES et al., 2015).

O climatério é a fase da vida da mulher na qual ocorre a transição menopáusicas, passando do período reprodutivo ao período não reprodutivo, para finalmente entrar na fase denominada menopausa (MARTINAZZO et al., 2013). Segundo Rosa et al. (2011) a proporção de sobrepeso e obesidade é elevada em mulheres na menopausa.

No climatério as mulheres ficam expostas ao maior risco de síndrome metabólica, mais prevalente a partir dos 50 anos (MENDES et al., 2012). Nessa fase pode ocorrer aumento da gordura visceral que leva à obesidade abdominal. Esse fato é decorrente de distúrbios metabólicos relacionados à alteração do metabolismo lipídico, que ocorrem devido à diminuição da produção de estrogênio e posteriormente observa-se a elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, com aumento nas taxas de LDL e diminuição nas taxas de HDL. Como resultado pode ocorrer dislipidemia, aterosclerose, doença coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, que estão entre as principais causas de mortalidade nas mulheres (BRASIL, 2008).

Para Meireles (2014) na ocorrência de sintomas de síndrome do climatério é necessária a terapia hormonal individualizada a fim de contribuir para a melhora do quadro metabólico e do risco cardiovascular, desde que instituída nos primeiros anos após a menopausa.

Diante da magnitude da prevalência da obesidade na população feminina brasileira (IBGE, 2010), são necessários estudos que investiguem os fatores associados a essa condição, em especial aqueles relacionados à função reprodutiva da mulher, uma vez que não está claro se as características reprodutivas da população feminina influenciam essas taxas de prevalência.

2.3 FATORES SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

O excesso de peso é um problema muito frequente na fase adulta após os vinte anos de idade, podendo alterar a composição corporal e trazer diversos problemas à saúde. Esse quadro comprova que é imprescindível a adoção de medidas que possam reverter o crescimento dessa prevalência antecipadamente,

antes mesmo da fase adulta (COELHO; ASSIS; MOURA, 2009; MACHADO, 2014). A prevenção é uma forma eficiente e eficaz de evitar o desenvolvimento de agravos a saúde da mulher, considerando o acompanhamento desde a infância até a fase adulta, na qual estão presentes os fatores reprodutivos.

A fim de evitar as consequências do ganho de peso excessivo e/ou estabelecer a perda de peso em mulheres com excesso de peso é crucial que as políticas públicas estejam em consonância com a prevenção de doenças e a promoção da saúde feminina. Para isso, as políticas públicas devem ser respeitadas, a fim de garantir igualdade e respeito à diversidade, integralidade do acesso, autonomia e participação das mulheres (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009b).

Esse fortalecimento da mulher enquanto cidadã reflete em sua autonomia nos cuidados com a própria saúde. Nesse sentido, o Plano de Políticas para a Saúde das Mulheres (BRASIL, 2005) é um instrumento de afirmação da cidadania das mulheres, com o objetivo de promover a igualdade de gênero, raça e etnia, participação social, autonomia econômica e financeira, direitos legais, participação política e relações interpessoais.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2009b) implementa ações de saúde com intuito de reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, colaborando com a garantia dos direitos humanos das mulheres. Dessa forma, a política incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Essas estratégias são importantes para que as mulheres possam cuidar de si e de sua família. Respalhada pelos aspectos dessas políticas elas conseguem evitar os fatores de risco que podem levar ao excesso de peso, ou ainda adotar medidas para perda de peso e para a melhoria da qualidade de vida para elas.

Existem diferenças nas taxas atuais de prevalência de sobrepeso e obesidade de acordo com as características dos grupos populacionais, como classe social e grau de instrução (POPKIN, 2012; SEIDELL; HALBERSTADT, 2015). O sexo é uma das características que também mostram essa disparidade de risco, sendo que existem diferenças nas prevalências de excesso de peso para homens e mulheres (MACHADO et al., 2014), provavelmente devido à presença dos fatores reprodutivos na mulher.

Estudos mostram que a prevalência de obesidade é significativamente maior entre as mulheres (MACHADO et al., 2014; SOARES; BARRETO, 2014; WHO, 2014), o que pode estar relacionado aos fatores socioeconômicos, demográficos, e de estilo de vida e reprodutivos (CORREIA et al. 2011; VIGITEL, 2014; MACHADO et al., 2014).

A idade é um fator importante, nas mulheres a prevalência da obesidade praticamente dobra da faixa etária dos 20 para os 30 anos, passando de 11% para cerca de 20% (CORREIA et al., 2011). Existe uma tendência de aumento de peso com o aumento da idade, iniciando-se na infância e podendo progredir na fase adulta, sendo que a prevalência de obesidade encontra-se elevada nas faixas etárias entre 50 a 59 anos (SÁ E MOURA, 2011; ROSA, et al., 2011; LIMA et al., 2015). A idade é um dos fatores mais importantes neste aspecto e muitas vezes pode interferir na análise ao se considerar todos os outros fatores de confusão.

A relação entre excesso de peso e escolaridade ainda é controversa na literatura, sendo que alguns estudos encontraram associação direta entre baixa escolaridade e excesso de peso entre mulheres (CRITÓVÃO, 2011; LIMA et al., 2015; FERREIRA E BENÍCIO, 2015), enquanto outros ainda não encontraram nenhuma associação após ajustes em análises multivariadas (SÁ E MOURA, 2011; MALTA; MOURA; NETO, 2011; MACHADO et al., 2014).

A renda familiar é um fator socioeconômico que pode apontar resultados diferentes para homens e para mulheres. Dados da POF 2008-2009 (BRASIL, 2010a) mostraram que as prevalências de excesso de peso apresentaram forte aumento com a renda em ambos os sexos, entretanto, a obesidade no sexo feminino apresentou relação curvilínea, com maior prevalência nas classes intermediárias de renda.

A relação entre excesso de peso e renda pode apresentar ainda resultados divergentes. Lins et al. (2013), em seu estudo com mulheres de baixa renda, relataram que o rendimento per capita entre 1/4 e 1/2 salário mínimo por pessoa teve efeito protetor para o excesso de peso. Por outro lado, Lima et al. (2015) relataram uma prevalência de excesso de peso cerca de duas vezes maior nas mulheres com renda familiar de menos de 1 salário mínimo, quando comparadas com aquelas com renda familiar superior a 10 salários. Isso demonstra que ainda não é conhecida a possível interferência do poder aquisitivo sobre o excesso de peso.

Uma vez que muitas mulheres se encontram em condições socioeconômicas desfavoráveis o Programa Bolsa Família surgiu como alternativa de auxílio na renda familiar, consistindo em transferência direta condicionada de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no país (BRASIL, 2010c). De acordo com Cabral et al. (2013) 51,2% do total de adultos beneficiários apresentaram excesso de peso, e desses, 48% eram mulheres. Na maioria dos domicílios as mães são maioria entre os responsáveis pelo benefício, o que pode direcionar as escolhas alimentares, gerando controvérsias quanto à utilização desses recursos.

A situação conjugal é caracterizada por ser um dos melhores preditores da obesidade seguindo uma tendência de aumento do IMC em mulheres casadas ou que vivem com companheiro (ANDRADE et al., 2015). Essas mulheres podem ter probabilidade de excesso de peso 39% maior, segundo Sá e Moura (2011), e apresentam um risco de obesidade de 36% em relação às mulheres que eventualmente consideraram não possuir um companheiro, incluídas as solteiras, separadas e viúvas (CORREIA et al., 2011).

2.4 FATORES DE ESTILO DE VIDA

O estilo de vida representa um fator importante no ganho excessivo de peso. Ainda que o equilíbrio entre a prática de atividade física e comportamento sedentário seja tão complexo quanto a própria etiologia da obesidade, sabe-se que as rápidas mudanças ambientais e comportamentais nas últimas décadas têm contribuído para a diminuição do gasto energético. A maneira como se vive em casa e no trabalho tem sofrido impacto de avanços tecnológicos, ambiente construído, transportes inativos e rede social, o que tem levado à redução na atividade física na vida diária e o aumento do sedentarismo (BRESSAN; VIDIGAL; HERMSDORFF, 2013).

O hábito de assistir à televisão é muito comum entre as famílias e pode se tornar um hábito de vida sedentário quando ocorre em excesso, acarretando diminuição do tempo de lazer (SOARES; BARRETO, 2014). Em um estudo de coorte de base populacional, realizado em Londres, foi sugerido que o tempo assistido TV está associado positivamente com um risco aumentado de morte por todas as causas e de DCV (WIJNDAELE et al., 2010).

Estimativas apontam ainda que assistir à televisão por mais de duas horas por dia pode estar associado ao sobrepeso (INOUE et al., 2012; WENDPAP et al., 2014; SOARES; BARRETO, 2014). Entre as mulheres esse hábito é mais comum e aumenta o risco de obesidade e piora das comorbidades (BRESSAN; VIDIGAL; HERMSDORFF, 2013). Esses dados mostram que as mulheres devem evitar o sedentarismo, e optar por um estilo de vida mais ativo e saudável.

Como opções de prevenção de doenças crônicas são essenciais a prática de atividade física e a adoção de comportamentos alimentares saudáveis. A prática de atividade física no Brasil segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que orienta que adultos pratiquem pelo menos 150 minutos por semana de atividade moderada ou 75 minutos por semana de atividade vigorosa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, sem determinação de frequência semanal (WHO, 2010). O estudo de Lins et al. (2013) relata ainda que mulheres que praticam atividade física de lazer e doméstica, pelo menos de maneira leve, parece ter efeito protetor para o excesso de peso.

Um estudo realizado com servidores públicos mostrou que 92,5% dos indivíduos adultos realizam exercício físico em prol de sua saúde. Além disso, indivíduos adultos casados ou em união estável, na faixa etária até 49 anos, foram considerados mais inativos em relação aos indivíduos solteiros, viúvos, separados ou divorciados. Dentre as mulheres desse estudo, 62,2% delas foram classificadas como ativas ou muito ativas (POLISSENI E RIBEIRO, 2014), mostrando a preocupação que a mulher apresenta em cuidar constantemente de sua saúde.

Os hábitos alimentares são um dos fatores relacionados à qualidade de vida, sendo que o padrão de consumo alimentar interfere diretamente no estado nutricional dos indivíduos. O consumo de alimentos concentrados em energia como bebidas açucaradas e gorduras, pode levar ao desequilíbrio energético, que resulta em ganho de peso. Assim, a adoção de hábitos alimentares saudáveis torna-se crucial à saúde (POPKIN; ADAIR; NG, 2012; COSTA et al., 2013; STURM; AN, 2014).

Um padrão alimentar saudável pode ser caracterizado pelo consumo de frutas, hortaliças, carnes magras, lácteos desnatados, frutos secos e moderada ingestão de óleos vegetais e álcool, sendo um fator determinante para um menor risco de doenças crônicas como a obesidade, a síndrome metabólica e as doenças cardiovasculares (BRESSAN; VIDIGAL, 2014). O consumo de fibras também

apresenta benefícios à saúde, evitando DVC e obesidade (CARRARO et al., 2012). A probabilidade de excesso de peso pode ser maior em mulheres com padrão alimentar ruim (SÁ E MOURA, 2011), logo, a avaliação de padrões alimentares de distintas populações tem sido bastante utilizada para medir o risco para doenças crônicas em relação à exposição à dieta (BRESSAN et al., 2009).

O consumo de vegetais e frutas torna-se necessário não apenas por sua relação com a perda de peso, mas também porque fornecem diversas vitaminas e minerais com propriedades antioxidantes, que parecem ter um efeito adicional benéfico sobre o estresse oxidativo, o estado inflamatório e a função endotelial (BRESSAN et al., 2009). Uma alimentação equilibrada, variada e moderada é capaz de oferecer nutrientes de forma adequada e promover o balanço energético adequado.

Existe ainda associação de padrões alimentares com adiposidade abdominal, podendo ser analisados em modelos de regressão linear múltipla ajustados por fatores de confusão. Os padrões ocidental e tradicional regional (que sinteticamente incluem como pães, massas, gorduras, enlatados, refrigerantes, fastfood, doces, grãos refinados e açúcar) foram associados à maior adiposidade abdominal em mulheres (VILELA et al., 2014).

O consumo de refrigerantes tem sido bastante expressivo nos últimos anos. Segundo Andrade et al. (2015), mulheres que relatavam consumir todos os tipos de refrigerante ou do tipo normal apresentaram 1,65 vez mais chance de ter sobrepeso/obesidade, sendo que esta chance aumentou para 2,64 entre aquelas que mostraram consumo de refrigerantes dietéticos.

A prevalência de tabagismo atual entre adultos é uma importante medida da saúde e dos custos econômicos, podendo levar a diversas doenças crônicas (WHO, 2012). A relação entre tabagismo e obesidade vem atraindo a atenção, uma vez que a nicotina pode interferir sobre a homeostase energética, levando a perda de peso (CHEN et al., 2012). Alguns estudos mostram que não foi encontrada relação direta entre tabagismo e excesso de peso em mulheres (CRISTÓVÃO; SATO; FJIMORI, 2011; LINS et al., 2013).

Por outro lado, o alcoolismo pode levar ao balanço energético positivo, com o aumento do risco de obesidade, enquanto o consumo moderado de álcool de bebidas alcoólicas específicas poderia impedi-lo (BRESSAN; VIDIGAL; HERMSDORFF, 2013). Segundo Sanvisens et al. (2011) a prevalência de obesidade

grau I foi significativamente maior nas mulheres alcoólatras. Contudo, Thomson et al. (2012) relataram que mulheres que reportavam um consumo moderado de álcool têm um risco reduzido de se desenvolver sobrepeso ou obesidade ao longo do tempo.

2.5 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as DCNT são responsáveis por 36 milhões de mortes no mundo, o que representa 63,0% de mortalidade. Dados mostram que entre os anos de 2010 e 2020 haverá um aumento de 15% da mortalidade por DCNT em todo o mundo, que corresponde a 44 milhões de mortes nesse período (WHO, 2011). No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade em ambos os sexos. Dados de 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, mostram que elas responderam por 72,4% do total de óbitos (SCHMIDT et al., 2011).

Estudos epidemiológicos transversais têm evidenciado fortes associações das DCNT com diversas doenças, dentre as quais se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a dislipidemia, o baixo consumo de frutas e hortaliças, o sedentarismo e o excesso de peso (OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2013; SILVA et al, 2014; HORTA et al., 2013). As mulheres adultas podem estar expostas a um ou mais desses fatores diariamente.

Diante do fato do excesso de peso ser um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, a sua alta prevalência no mundo atual constitui-se um desafio da saúde pública em muitos países. Por isso, deve ser prioridade da saúde global que ocorra o acompanhamento deste importante risco para a saúde (WHO, 2011; NG et al., 2014).

Ainda que ocorram muitos avanços nas tecnologias para compreender melhor os mecanismos envolvidos na etiologia da obesidade e distúrbios relacionados, a incidência e grau de obesidade têm aumentado a cada dia e as estratégias de modificação do estilo de vida e medicamentos falham no tratamento desta epidemia e das doenças crônicas associadas (BRESSAN; VIDIGAL; HERMSDORFF, 2013). Esse cenário mostra que são imprescindíveis mais ações de prevenção do agravo e promoção da saúde no intuito de reduzir a elevada prevalência de excesso de peso.

O acúmulo de gordura leva a alteração da composição corporal feminina, interferindo no seu metabolismo. Rosado et al. (2014) relatam que mulheres com excesso de peso e gordura corporal total elevada, apresentaram elevado risco de ocorrência de complicações metabólicas associadas com a obesidade.

O excesso de peso não ocorre, portanto, de forma isolada, podendo ser observado um aumento significativo de complicações metabólicas, tais como o diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer (MUTSERT, 2014), hipertensão arterial sistêmica, doenças respiratórias crônicas (MINGHELLI; OLIVEIRA; NUNES, 2015), doenças musculoesqueléticas (KEARNS, 2014) e depressão (LEITE et al, 2015).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil e no mundo, o que pode acarretar elevados custos diretos e indiretos. Essa alta prevalência tem imposto desafios para o setor de saúde e para as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco, priorizando a prevenção e a promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da população (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

O combate ao ganho excessivo de peso deve ocorrer de forma preventiva, uma vez que mesmo um modesto ganho de peso em adultos já está associado ao maior risco de doenças cardiovasculares (MUTSERT et al., 2004). Segundo Martinazzo et al. (2013) as mulheres que apresentam excesso de peso têm risco muito alto de desenvolver doenças cardiovasculares (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Associada a doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial também é considerada uma enfermidade preocupante, que pode ocorrer já na infância e adolescência. A relação entre excesso de peso e hipertensão ainda não está totalmente explicada, mas a redução do peso para interferir na redução da hipertensão arterial, sendo passíveis de modificação quando considerados sob o ponto de vista da saúde pública (MINGHELLI; OLIVEIRA; NUNES, 2015).

Dados do VIGITEL em 2014 para adultos das capitais brasileiras estimaram que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 22,8%, sem diferença entre homens e mulheres. A frequência de diagnósticos aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade, em ambos os sexos (BRASIL, 2015). Por isso é crucial estimular bons hábitos de vida na população feminina, a fim

de evitar o excesso de peso e, conseqüente aumento da pressão arterial sistêmica na fase adulta.

O diabetes é uma doença que causa preocupação em função do aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações (BRASIL, 2011c). Enquanto causa básica de morte, o diabetes apresentou um aumento de 8% no período entre 2000 e 2007 (SCHIMIDT et al., 2011), entretanto vem diminuindo e, atualmente, equivale a 5,2% entre as causas de morte no Brasil, podendo atingir indivíduos de todas as camadas socioeconômicas (BRASIL, 2011b). Entre as mulheres houve uma forte associação entre diabetes e aumento do IMC (KEARNS et al., 2014).

Outra doença que merece atenção é o câncer. Segundo estudos em nutrição, pode existir relação entre obesidade e o desenvolvimento de alguns tipos de câncer (HEO et al., 2015), como o de pâncreas, de mama, de endométrio e colorretal (AZVOLINSKY, 2016). Esse é um dado preocupante, já que as taxas de mortalidade por câncer de mama, e colorretal aumentaram entre as mulheres no período de 1980 a 2006 (SCHIMIDT et al., 2011).

O sobrepeso e a obesidade podem ainda estar envolvidos com o desenvolvimento de doenças respiratórias (MINGHELLI; OLIVEIRA; NUNES, 2015). Para Rasslan et al. (2009), a obesidade pode ser fator determinante no comprometimento funcional respiratório, sendo que essas complicações são diretamente proporcionais ao grau de obesidade. Esse fato torna-se preocupante já que nos últimos anos o número de mulheres que sofrem de doenças respiratórias crônicas tem aumentado (UCINSKA et al., 2012).

A depressão é considerada a primeira causa de carga de doença entre as mulheres, de acordo com o estudo de Leite et al. (2015). Este fato pode ser agravado com o aumento do peso e acúmulo de gordura corporal, uma vez que interferem negativamente na satisfação com a imagem corporal (JACKSON et al., 2014). A satisfação com a imagem corporal está relacionada à melhor qualidade de vida e menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos (SKOPINSKI et al., 2015).

O aumento do IMC leva ao aumento dos problemas musculoesqueléticos, entre eles a osteoartrite, devido ao aumento do peso sobre as articulações principalmente das pernas, diminuindo a capacidade funcional (NAKANO et al.,

2014). Nas mulheres, foram encontradas associações positivas de excesso de peso e osteoartrite, sobretudo entre as que se apresentam obesas (KEARNS, 2014).

A associação de diversas alterações metabólicas pode ainda ocasionar uma condição chamada de síndrome metabólica. Segundo a NCEP (2001) esses fatores são: obesidade abdominal, dislipidemia aterogênica (triglicerídeos elevados, pequenas partículas de LDL – lipoproteínas de baixa densidade, baixo HDL – lipoproteínas de alta densidade), aumento da pressão arterial sistêmica, resistência à insulina (com ou sem intolerância à glicose) e estados pró-trombóticos e pró-inflamatórios. Deve ser dada ênfase na redução de peso e aumento da atividade física a fim de evitar essa desordem metabólica e conseqüente prejuízo à saúde.

O número de portadores de DCNT que requerem atendimento tende a aumentar nas próximas décadas, considerando que o principal contribuinte para a elevada carga de DCNT na população é o excesso de peso, torna-se crucial a redução do IMC a fim de reduzir o impacto significativo dessas doenças. Como resultado pode ocorrer melhoria da saúde da população e menores encargos para os serviços de saúde no futuro (DUNCAN et al., 2012; KERNS et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a associação entre os fatores reprodutivos e o excesso de peso em mulheres adultas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as prevalências de excesso de peso e de circunferência abdominal aumentada substancialmente.
- Descrever as características socioeconômicas e demográficas, de estilo de vida, de presença de doenças crônicas não transmissíveis e história reprodutiva feminina.
- Verificar a associações dos diversos fatores de risco com a ocorrência de excesso de peso e risco aumentado substancialmente nas mulheres, principalmente aqueles relacionados a história reprodutiva da mulher.
- Verificar a concordância entre o desfecho excesso de peso e o desfecho circunferência abdominal aumentada substancialmente.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, utilizando dados da pesquisa “Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais”, realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Progresso e de Parque Guarani, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O questionário está presente no Anexo 1.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em 2016. Na ocasião foram utilizados os dados coletados da pesquisa realizada entre os anos de 2011 e 2012 em Juiz de Fora. O município é caracterizado por ser de médio porte, localizado na Zona da Mata no sudeste de Minas Gerais, com uma população de aproximadamente 516.247 habitantes. Sua composição demográfica conta com maioria do sexo feminino, totalizando 52,73% (BRASIL, 2010b).

Duas unidades de Estratégia de Saúde da Família fizeram parte do estudo: Progresso, localizado no bairro Progresso, zona leste do município, população de 19.390 habitantes (52,45% feminina) e Parque Guarani, localizada no bairro Granjas Bethânia, região nordeste do município, população de 3.975 habitantes (50,44% feminina) (BRASIL, 2010b). Ambas adotam como modelo de atenção a estratégia de saúde da família desde o ano de 2002.

Para o desenvolvimento da pesquisa houve participação de todos os profissionais do serviço, garantindo a operacionalização e o êxito de todas as atividades. Além desses profissionais, participaram também pós-graduandos enfermeiros, assistentes sociais e médicos do Programa de Residência em Saúde da Família, que atuam nessa ESF há 10 anos. Compõem essa ESF duas enfermeiras, duas assistentes sociais e dois médicos, que são profissionais da rede municipal e preceptores de serviço. O serviço conta também com dois auxiliares de

enfermagem e dez agentes comunitários de saúde (ACS), além das equipes de residentes. Possui duas áreas adscritas, cada uma com seis microáreas, sendo que a falta de dois ACS dificultou a obtenção de alguns dados, entretanto não impossibilitou o trabalho.

Para a participação na pesquisa foram elegíveis aquelas mulheres da área de abrangência da UAPS que estavam na faixa etária de 20 a 59 anos, exceto as grávidas, as histerectomizadas e as que nunca tiveram relações sexuais, que responderam o questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado. Ressalta-se que a decisão por esta faixa etária foi fundamentada nos critérios de risco estabelecidos na época de elaboração e início da pesquisa.

Como critério de exclusão do presente estudo foram consideradas mulheres cujas medidas de peso, estatura e circunferência abdominal não foram aferidas. A amostra foi então composta de 2077 mulheres residentes nas áreas adscritas às UAPS e que realizaram a entrevista, as medidas antropométricas e a colpocitologia. Ao aplicar o critério de exclusão foram eliminadas 59 mulheres, restando 2018 mulheres.

4.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para o recrutamento das mulheres para a pesquisa sobre saúde da mulher foi realizada uma ação denominada Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero. As ACS fizeram a listagem de todas as mulheres elegíveis de suas microáreas, com os dados de contato e data do último preventivo, seguida da instituição de realização do exame. A partir da listagem foram ofertadas as vagas para os exames e aplicação do questionário.

Após uma ampla divulgação da campanha através de cartazes nas UAPS e centros comerciais, sala de espera, meios de comunicação comunitários, parcerias com lideranças comunitárias, orientações individuais em todos os atendimentos profissionais e especialmente orientações nas visitas domiciliares dos ACS. A listagem das mulheres elegíveis para controle e acompanhamento foi realizada pelos ACS.

A coleta de dados ocorreu através de um amplo questionário que aborda fatores sociodemográficos, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de

vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual. O questionário é composto por uma grande variedade de perguntas o que permite a descrição de características da mulher como as condições sociais, psicológicas, hábitos e comportamentos de saúde.

Para aferir as medidas de peso e altura foi utilizada balança eletrônica da marca “Tanita” com divisão de 0,1g, e a estatura por meio de um estadiômetro marca “Altura Exata” com divisão de 0,1cm. A balança esteve apoiada sobre superfície plana, firme e lisa, afastada da parede, travada e calibrada. A mulher posicionava-se no centro do equipamento, com o mínimo de roupa, descalça, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. O IMC foi calculado dividindo o peso pela altura ao quadrado.

A circunferência abdominal foi aferida utilizando fita métrica inelástica com a mulher em pé e com o avaliador, à sua frente, na altura da cicatriz umbilical envolvendo toda a sua circunferência abdominal, ao final de uma expiração normal.

A pressão arterial sistêmica foi medida por meio do método palpatório, utilizando o esfigmomanômetro com estetoscópio, calibrado conforme manutenção técnica da unidade de saúde.

Os dados foram coletados por profissionais de nível superior devidamente treinados, antes da realização do exame ginecológico, em local reservado e individualizado. Tanto a aplicação do questionário quanto a aferição de medidas e exame ginecológico foram realizados em um mesmo dia. Ocorreu revisão dos questionários após o término da entrevista por parte de supervisores de campo, a fim de garantir a qualidade. Os dados foram armazenados em um banco no programa *Epi Info* (versão 6.04b).

A partir deste questionário foram selecionadas as perguntas que compuseram as variáveis dependentes e independentes do presente estudo, selecionando aquelas que melhor representaram os objetivos dessa pesquisa.

4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Para este estudo, as variáveis dependentes foram o IMC e a Circunferência Abdominal. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um bom indicador, mas não está totalmente correlacionado com a gordura corporal, podendo ter limitações por não

distinguir a massa gordurosa da massa magra (DEURENBERG et al., 1999) e não refletir, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. Por esse motivo pode ser diferente em populações diversas, particularmente por causa das diferentes proporções corporais (REXRODE et al., 1998). O IMC foi calculado utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

O IMC é um índice fácil e rápido de se obter, que permite a parcial avaliação do estado nutricional. A classificação de IMC adaptada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2000) determina os pontos de corte de IMC de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1: Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação do IMC	Valores (Kg/m²)
Baixo Peso	<18,5
Eutrófico	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III (Obesidade Mórbida)	≥ 40,0

Fonte: Organização Mundial da Saúde – OMS, 2000.

Para análise dessa população o IMC foi dividido em duas categorias, Sem Excesso de Peso e Excesso de Peso. Na classificação Sem Excesso de Peso foram englobadas as classificações Baixo Peso e Eutrófica, já na classificação Excesso de Peso foram consideradas as classificações Sobrepeso e Obesidade (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação do IMC utilizada no estudo.

Classificação do IMC	Classificação utilizada no estudo	Valores da classificação utilizada no estudo
Baixo Peso	Sem Excesso de Peso	< 25,0 Kg/m ²
Eutrófico		
Sobrepeso	Excesso de Peso	≥ 25,0 Kg/m ²
Obesidade Grau I		
Obesidade Grau II		
Obesidade Grau III (Obesidade Mórbida)		

A CA também é uma medida fácil e rápida de se obter e seus pontos de corte são encontrados na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004), como pode ser visto no quadro 3.

Quadro 3: Classificação do Circunferência Abdominal utilizada no estudo.

Circunferência Abdominal (cm)		
Risco de Complicações Metabólicas	Homem	Mulher
Aumentada	≥ 94	≥ 80
Aumentada Substancialmente	≥ 102	≥ 88

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004.

Para o presente estudo a classificação de CA foi Sem Aumento Substancial e Aumentado Substancialmente, sendo Sem Aumento Substancial referente às classificações Normal e Aumentado; e Aumentado Substancialmente permaneceu como classificação (quadro 4).

Quadro 4: Classificação do PA utilizada no estudo.

Classificação do IMC	Classificação utilizada no estudo	Valores da classificação utilizada no estudo
Normal	Sem Aumento Substancial	< 88,0 cm
Aumentado		
Aumentado Substancialmente	Aumentado Substancialmente	≥ 88,0 cm

O aumento da circunferência abdominal pode resultar na chamada obesidade central, que possui relação com as doenças cardiovasculares, a síndrome metabólica e a resistência a insulina (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014), sendo resultado de um menor nível de atividade física e o elevado consumo diário de alimentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis (COSTA et al., 2009). Na população feminina a medida de CA pode mostrar essa classificação de risco (DANTAS et al., 2015).

4.5 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

A relação de variáveis independentes pode ser vista nos quadros abaixo.

Quadro 5: Variáveis independentes selecionadas em blocos de análise e agrupamento estabelecido para o estudo.

Varáveis	Classificação
Demográficas e Socioeconômicas	
Faixa Etária	< 30 anos ≥ 30 anos
Estado Conjugal	Casada Não Casada
Escolaridade	Até Fundamental Incompleto Fundamental Completo ou mais
Cor / Raça	Branca Não Branca
Trabalho	Não Sim

Salário Mínimo Per Capita Mensal	≤ 0,5 salário mínimo > 0,5 salário mínimo
Auxílio Bolsa Família	Não Sim
Estilo de Vida	
Consumo de Álcool	Não Sim
Prática de Atividade Física	Não Sim
Assiste TV (Horas)	< 2 horas ≥ 2 horas
Tabagismo	Não Sim
Doenças Crônicas Não Transmissíveis Autorreferidas	
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não Sim
Diabetes	Não Sim
Infarto ou AVC	Não Sim
Depressão	Não Sim
História Reprodutiva	
Idade da Menarca	< 12 anos ≥ 12 anos
Menopausa	Não Sim
Uso de Métodos Contraceptivos	Não Sim
Tipo de Contraceptivo	Não Hormonal Hormonal
Já Engravidou	Não Sim
Teve Filhos	Não Sim

*A categoria "Não Branca" refere-se às raças negra, amarela, parda e indígena.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para caracterização das mulheres foi feita análise univariada, para descrição e distribuição das variáveis. Serão consideradas a média, para variáveis contínuas, e análise por frequência para as variáveis categóricas.

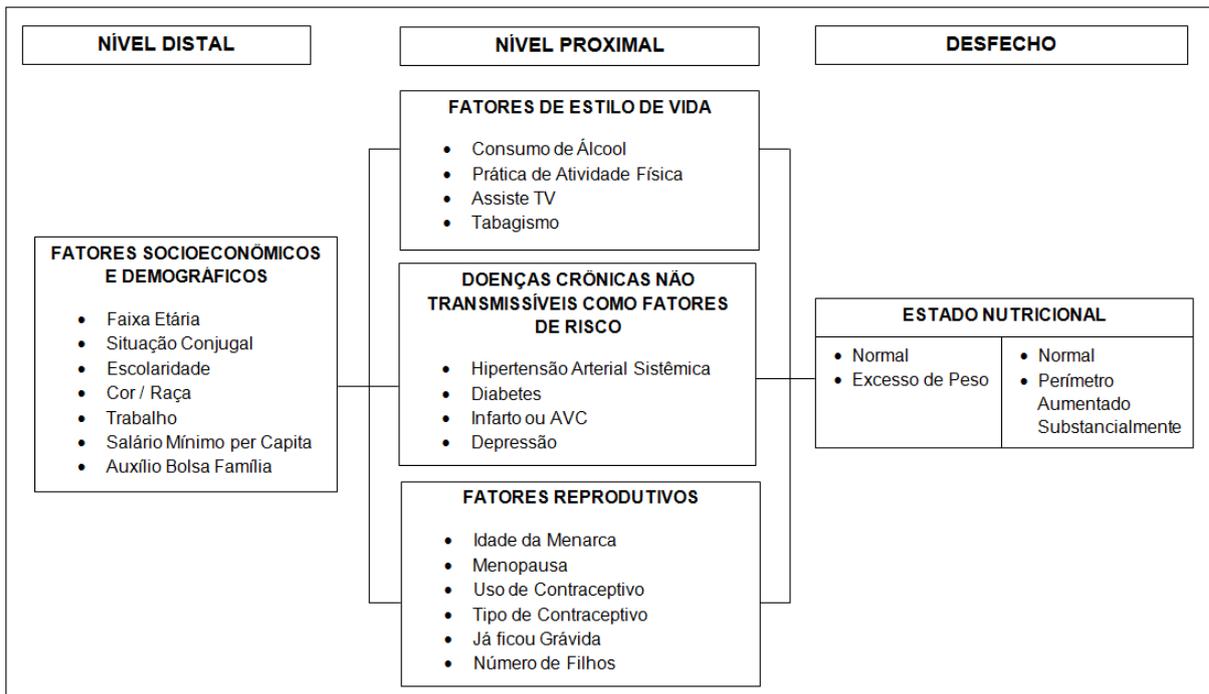
As análises bivariadas foram realizadas a fim de verificar as associações entre as variáveis independentes e o desfecho em questão. Foram realizados cruzamentos da variável dependente, dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, utilizando o teste Qui-quadrado.

Por fim foi realizada análise multivariada, para considerar a interferência dos diversos fatores de risco após análise dos fatores reprodutivos. Nessa análise as variáveis foram testadas no modelo de regressão de Poisson, sendo consideradas significantes as que apresentaram valor de $p < 0,05$. Além disso, foram verificadas as Razões de Prevalência Bruta (RPB), Razões de Prevalência Ajustada (RPA) com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%).

A análise simultânea dos fatores relacionados ao excesso de peso considera que todas as variáveis do modelo pertençam a um mesmo nível hierárquico, por outro lado, ao utilizar o Modelo Conceitual Hierarquizado respeita-se uma hierarquia interna que existe entre os níveis (distais, intermediários e proximais), que pode ser determinada dependendo do evento de interesse (OLINTO, 1998; LIMA, CARVALHO, VASCONCELOS, 2008). Nos níveis proximais encontram-se aqueles fatores que atuam mais diretamente no desfecho (VICTORA et al., 1997) que serão controlados pelos fatores distais, considerados potenciais de confusão (OLINTO, 1998).

Os blocos podem se dividir em três níveis, distal (socioeconômicos), proximal (estilo de vida, DCNT como fator de risco e fatores reprodutivos) e, por fim, o desfecho (excesso de peso e circunferência abdominal aumentada substancialmente). A figura 1 mostra a estrutura de um modelo conceitual hierarquizado.

Figura 1: Modelo conceitual hierarquizado.



Nesse estudo os fatores de risco foram divididos em cinco blocos denominados de fatores socioeconômicos (situação conjugal, escolaridade, cor/raça, trabalho, salário mínimo per capita e auxílio Bolsa Família), fatores de estilo de vida (consumo de álcool, prática de atividade física, vida assistida TV e tabagismo), doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, infarto ou AVC e depressão), fatores reprodutivos (idade da menarca, menopausa, uso de contraceptivos, contraceptivos hormonais, já ficou grávida e número de filhos) e a avaliação nutricional, através do uso dos índices excesso de peso (OMS, 2000) e circunferência abdominal aumentada substancialmente (CAAS) (SBC, 2004). A faixa etária foi a última variável a ser incluída na análise multivariada, não sendo acrescentada em nenhum dos blocos.

Ao fazer os modelos de regressão, foram considerados dois desfechos, IMC e CA. Assim, foram feitos dois modelos de regressão, um considerando a ocorrência de excesso de peso (IMC como variável independente) e outros considerando circunferência abdominal aumentada substancialmente (circunferência abdominal como desfecho).

A análise de concordância Kappa foi utilizada para verificar se houve concordância entre as variáveis IMC e Circunferência Abdominal. O Coeficiente

Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) numa classificação (KOTZ e JOHNSON, 1983).

As análises estatísticas univariada e bivariada foram realizadas no programa *SPSS 14.0* e os modelos de regressão no programa *Stata 11.0*.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa da saúde da mulher foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) conforme parecer número 0026.1.259.180-09 do ano de 2010 (ANEXO 2) e conforme parecer consubstanciado número 48067815.2.0000.5260 do ano de 2015 (ANEXO 3).

5 RESULTADOS

Para demonstrar os resultados obtidos no estudo os tópicos foram divididos considerando todas as análises estatísticas realizadas. Dessa forma foram consideradas as análises univariadas, análises bivariadas (com desfecho excesso de peso), análises multivariadas (com desfecho excesso de peso e desfecho circunferência abdominal aumentada substancialmente) e a análise de concordância Kappa.

5.1 ANÁLISE UNIVARIADA

A população estudada foi de 2018 mulheres e a média do valor de IMC no estudo foi de 27,75 Kg/m² (desvio padrão de 6,16, mínimo de 13,62 Kg/m², máximo de 83,36 Kg/m²), sendo que a maioria das mulheres apresentou EP. O resultado pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 1: Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, de acordo com a classificação de IMC.

Variável	N	%
Índice de Massa Corporal – IMC		
Sem Excesso de Peso	787	39,0
Excesso de Peso	1231	61,0

Já a média de Circunferência Abdominal foi de 92,01 cm (desvio padrão de 14,53, mínimo de 39,00 cm, máximo de 167,00 cm). A maioria das mulheres apresentou CAAS, como pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 2: Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, de acordo com a classificação de CA.

Variável	N	%
Circunferência Abdominal – PA		
Sem Aumento Substancial	816	40,4
Aumentada Substancialmente	1202	59,6

Foi observado que a média de idade entre as mulheres foi de 38,42 anos, (desvio padrão de 11,04) sendo que do total de mulheres 73,6% apresentavam mais de 30 anos. A maioria das mulheres relatou ser casada ou viver com companheiro (61,0%) e se declarou de raça não branca (55,6%). Em relação à escolaridade, a maioria (54,3%) relatou ter ensino fundamental completo ou mais.

A maioria das mulheres trabalhava (53,2%) e sua família apresentava mediana de rendimento mensal de R\$1.411,85, representando uma média de renda de R\$415,18 per capita por mês ou 0,69 de salário mínimo per capita por mês. Foi encontrado um total de 41,8% de mulheres que viviam com $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou menos por mês.

Além disso, poucas mulheres relataram usufruir do benefício do programa Bolsa Família, totalizando apenas 15,6% das participantes. A Tabela 3 descreve a população em estudo de acordo com as características socioeconômicas.

Tabela 3: Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo características socioeconômicas e demográficas.

Variável	N	%
Faixa Etária		
< 30 anos	532	26,4
≥ 30 anos	1486	73,6
Casada		
Não	787	39,0
Sim	1230	61,0
Escolaridade		
Até Fundamental Incompleto	912	45,7
Fundamental Completo ou mais	1084	54,3
Cor / Raça		
Branca	894	44,4
Não Branca	1119	55,6
Trabalha		
Não	943	46,8
Sim	1072	53,2
Salário Mínimo Per Capita		
≤ 0,5 salário mínimo	839	41,8

> 0,5 salário mínimo	1166	58,2
Auxílio Bolsa Família		
Não	1348	84,4
Sim	250	15,6

Ao analisar o estilo de vida dessa população observou-se que 42,9% das mulheres fazem uso de bebidas alcoólicas. Um total de 77,2% delas relatou não praticar atividade física, 60,1% relatou assistir menos de 2 horas de TV por dia e a grande maioria disse não ser tabagista, 78,8%.

Dentre as DCNT as mais prevalentes foram hipertensão e depressão, representando um total de 24,2% e 23,4%. A tabela 4 mostra a distribuição das características de estilo de vida e doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 4: Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo características de estilo de vida e doenças crônicas não transmissíveis.

Variável	N	%
Consumo de Álcool		
Não	1151	57,1
Sim	865	42,9
Prática de Atividade Física		
Não	1556	77,2
Sim	460	22,8
Assiste TV (horas/dia)		
Menos de 2 horas	1210	60,1
2 horas ou mais	804	39,9
Tabagismo		
Não	1578	78,8
Sim	425	21,2
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Não	1521	75,8
Sim	485	24,2
Diabetes		
Não	1895	93,9
Sim	123	6,1

Infarto ou AVC

Não	1963	97,3
Sim	55	2,7

Depressão

Não	1545	76,6
Sim	473	23,4

Sobre a idade da menarca, a maioria apresentou menarca com 12 anos ou mais, 55,5%. Das mulheres 19,2% estavam em menopausa, 87,3% da população já haviam engravidado no passado e a maioria (85,6%) teve filhos.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos a maioria das mulheres relatou fazer uso (68,5%), sendo que 66,4% disseram utilizar método contraceptivo do tipo hormonal.

Tabela 5: Caracterização das mulheres da amostra. Distribuição da população estudada em categorias, segundo a história reprodutiva das mulheres.

Variável	N	%
Idade da Menarca		
< 12 anos	885	44,5
≥ 12 anos	1103	55,5
Menopausa		
Não	1631	80,8
Sim	387	19,2
Uso de Métodos Contraceptivos		
Não	636	31,5
Sim	1382	68,5
Tipos de Contraceptivos		
Não Hormonal	1339	66,4
Hormonal	679	33,6
Já engravidou		
Não	257	12,7
Sim	1761	87,3
Teve Filhos		
Não	290	14,4
Sim	1728	85,6

5.2 ANÁLISE BIVARIADA

Observou-se relação entre as diversas variáveis e o desfecho EP. Ao analisar a faixa etária, foi encontrada relação entre mulheres com mais de 30 anos e EP. A proporção de excesso de peso entre aquelas que tinham menos de 30 anos foi 42% menor do que aquelas com mais de 30 anos de idade.

O EP teve relação com a situação conjugal da mulher, sendo que entre as casadas ou que viviam com companheiros a proporção de EP entre elas foi de 16% em relação às não casadas.

A baixa escolaridade apresentou associação com o EP nesse estudo, sendo que a proporção de EP entre as mulheres com escolaridade até fundamental incompleto foi 18% maior do que as que tinham fundamental completo ou mais.

A proporção de EP entre mulheres de raça não branca foi 9% maior do que as mulheres raça branca. Já as que trabalham apresentaram menor proporção de EP sobre as que não trabalham, que tiveram 11% maior proporção de EP.

Tabela 6: Número de casos, percentual de EP e valor de p por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas.

	Excesso de Peso		p
	N	%	
Faixa Etária			< 0,001
< 30 anos	532	46,6	
≥ 30 anos	1486	62,2	
Situação Conjugal			< 0,001
Casada	1230	64,4	
Não Casada	788	55,7	
Escolaridade			< 0,001
Até Fundamental Incompleto	912	66,1	
Fundamental Completo ou mais	1084	56,6	
Cor / Raça			0,014
Branca	894	58,1	
Não Branca	1119	63,4	
Trabalha			0,005
Não	943	64,3	

Sim	1072	58,1	
Salário Mínimo Per Capita			0,456
≤ 0,5 salário mínimo	839	60,2	
< 0,5 salário mínimo	1166	61,8	
Auxílio Bolsa Família			0,909
Não	1348	60,4	
Sim	250	60,0	

Entre as variáveis relativas ao estilo de vida da mulher, não consumir álcool e não ser tabagista estiveram relacionados com o EP. A proporção de EP em mulheres que não consumiam álcool foi 13% maior do que as que faziam uso de bebidas alcoólicas. Já em relação ao tabagismo a proporção de EP em mulheres que não fumavam chegou a ser 24% maior do que as demais. Para ambas as variáveis o resultado foi significativo.

A presença de doenças crônicas pareceu estar muito relacionada ao EP no presente trabalho, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. A proporção de EP em hipertensas foi 48% maior do que as não hipertensas. Em relação ao diabetes a proporção de EP em mulheres com a doença foi 41% maior do que as que não tinham.

A proporção de EP em mulheres que tiveram infarto foi 29% maior do que naquelas que nunca tiveram a doença. Já em relação à depressão, a proporção de EP em mulheres com a doença foi 11% maior do que naquelas que nunca tiveram.

Tabela 7: Número de casos, percentual de EP e valor de *p* por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis de estilo de vida e DCNT.

	Excesso de Peso		<i>p</i>
	N	%	
Consumo de Álcool			0,001
Não	1151	64,1	
Sim	865	56,9	
Prática de Atividade Física			0,716
Não	1556	60,8	
Sim	460	61,7	
Assiste TV (horas/dia)			0,697

Menos de 2 horas	1210	60,6	
2 horas ou mais	804	61,4	
Tabagismo			< 0,001
Não	1578	63,6	
Sim	425	51,1	
Hipertensão Arterial Sistêmica			< 0,001
Não	1521	54,8	
Sim	485	81,0	
Diabetes			< 0,001
Não	1895	59,5	
Sim	123	83,7	
Infarto ou AVC			0,008
Não	1963	60,5	
Sim	55	72,2	
Depressão			0,011
Não	1545	59,5	
Sim	473	66,0	

Maioria das variáveis reprodutivas apresentou forte associação com o EP. A menarca precoce esteve estatisticamente relacionada ao EP, sendo que as mulheres com menarca antes dos 12 anos de idade tiveram proporção de EP 16% maior em relação àquelas que tiveram menarca com 12 anos ou mais.

A menopausa também se mostrou associada ao EP sendo que em mulheres em menopausa tiveram proporção de EP 19% maior do que aquelas que ainda não entraram na menopausa.

Em relação ao uso de contraceptivos hormonais e não hormonais, a proporção de EP em mulheres que usavam contraceptivos não hormonais foi 23% maior do que as que usavam contraceptivo hormonal.

Ficar grávida também se relacionou fortemente com o EP, sendo que aquelas que já engravidaram apresentaram uma proporção de EP 56% maior do que as que nunca estiveram grávidas.

A variável ter filhos apresentou forte associação com o EP, sendo que a proporção de EP em mulheres que já tiveram filhos foi 54% maior do que as que não tiveram filhos.

Tabela 8: Número de casos, percentual de EP e valor de p por categoria, dado pelo teste Qui-quadrado para verificação da significância de associação com EP, segundo variáveis de história reprodutiva.

	Excesso de Peso		p
	N	%	
Idade da Menarca			< 0,001
< 12 anos	885	65,8	
≥ 12 anos	1103	56,8	
Menopausa			< 0,001
Não	1631	58,9	
Sim	387	69,8	
Uso de Métodos Contraceptivos			0,140
Não	636	63,4	
Sim	1382	59,9	
Tipo de Contraceptivo			< 0,001
Não Hormonal	1339	65,1	
Hormonal	679	52,9	
Já engravidou			< 0,001
Não	257	41,0	
Sim	1761	63,9	
Teve Filhos			< 0,001
Não	290	41,7	
Sim	1728	64,3	

5.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Os fatores reprodutivos constituem o grupo de características de maior interesse deste estudo e, em função dos objetivos do trabalho, as variáveis reprodutivas foram incluídas primeiramente nas análises multivariadas. Em seguida as demais variáveis foram acrescentadas para verificar de que forma sua inclusão no modelo afetavam a associação das variáveis reprodutivas com o EP. A faixa etária foi a última a ser acrescentada por ser um fator de confundimento das demais variáveis. Ao incluir a faixa etária por último foi possível observar como ela afetava o modelo.

5.3.1 EXCESSO DE PESO

Em um primeiro momento, ao realizar a análise multivariada com os fatores reprodutivos, foram feitos dois modelos, pois as variáveis reprodutivas número de filhos e já engravidou expressam informações semelhantes, por isso não poderiam estar incluídas simultaneamente no modelo inicial. As variáveis que mostraram relação com o EP nesse modelo inicial, considerando o número de filhos, podem ser vistas na tabela abaixo:

Tabela 9: Análise multivariada com fatores reprodutivos, considerando o EP em mulheres adultas, incluindo a variável número de filhos: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis significativas.

Variável	RPAjust**	(IC - 95%)	P
Idade da Menarca			
< 12 anos	1		
≥ 12 anos	0,862	0,770 - 0,966	0.010
Tipo de Contraceptivo			
Não Hormonal	1		
Hormonal	0,838	0,740 - 0,950	0.006
Teve Filhos			
Não	1		
Sim	1,563	1,281 - 1,907	<0,001

Ao considerar a variável já engravidou, as variáveis que mostraram relação com o EP no modelo inicial com variáveis reprodutivas podem ser vistas na tabela abaixo:

Tabela 10: Análise multivariada com fatores reprodutivos, considerando o EP em mulheres adultas, incluindo a variável já engravidou: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis significativas.

Variável	RPAjust**	(IC - 95%)	P
Idade da Menarca			
< 12 anos	1		
≥ 12 anos	0,865	0,773 - 0,969	0.012
Tipo de Contraceptivo			
Não Hormonal	1		
Hormonal	0,842	0,743 - 0,954	0.007
Já engravidou			
Não	1		
Sim	1,546	1,260 - 1,898	<0,001

Depois de controladas pelos diversos fatores apresentados no estudo as variáveis que permaneceram significantes no modelo final foram menarca antes dos 12 anos, ter filhos, ser casada, raça não branca, hipertensa, diabética e idade maior de 30 anos.

A prevalência de EP em mulheres com idade da menarca maior ou igual a 12 anos foi 12,4% menor do que as mulheres que tiveram menarca antes dos 12 anos. A prevalência de EP em mulheres que tiveram filhos foi 58,2% maior do que as que nunca tiveram.

Sobre a situação conjugal, a prevalência de EP em mulheres casadas, ou que vivem com companheiro, foi 10,8% maior do que em mulheres não casadas. A prevalência de EP em mulheres de raça não branca foi 9,2% maior do que em mulheres brancas.

Em relação à presença de doenças crônicas, observou-se que a prevalência de EP em mulheres hipertensas foi 32,6% maior do que em mulheres não hipertensas. A prevalência de EP em mulheres diabéticas foi 14,7% maior do que em mulheres não diabéticas.

Ao fim da análise, a faixa etária também apresentou associação com o EP, sendo que a prevalência de EP em mulheres com 30 ou mais foi 22,1% maior do que em mulheres com menos de 30 anos e essa diferença é significativa. Essa variável foi acrescentada por último para verificar se a inclusão dela afetava a associação das demais com o excesso de peso.

As análises permitiram a comparação entre o Razão de Prevalência Bruta e o Razão de Prevalência Ajustada, para avaliar como as variáveis se comportaram na análise multivariada depois de realizada a análise isolada. Dessa forma, é possível dizer que a associação entre o EP e algumas variáveis ficou mais fraca, com a razão de prevalência ajustada mais próxima da unidade. Mesmo assim as variáveis continuaram bastante significativas. Os resultados podem ser vistos na tabela abaixo.

Tabela 11: Análise multivariada considerando o EP em mulheres adultas: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis significativas.

Variável	RPBruta*	(IC - 95%)	<i>p</i>	RPAjust**	(IC - 95%)	<i>P</i>
Idade da Menarca						
< 12 anos	1			1		
≥ 12 anos	0,946	0,921 - 0,972	<0,001	0,876	0,819 - 0,937	<0,001
Teve Filhos						
Não	1			1		
Sim	1,582	1,366 - 1,834		1,394	1,194 - 1,626	<0,001
Situação Conjugal						
Não Casada	1			1		
Casada	1,156	1,027 - 1,085	<0,001	1,108	1,030 - 1,193	0,006
Raça						
Branca	1			1		
Não Branca	1,092	1,018 - 1,174	0,015	1,076	1,005 - 1,153	0,034
Hipertensão						
Arterial Sistêmica						
Não	1			1		
Sim	1,170	1,199 - 1,140	<0,001	1,326	1,240 - 1,418	<0,001
Diabetes Mellitus						
Não	1			1		
Sim	1,152	1,100 - 1,197	<0,001	1,147	1,048 - 1,256	0,003
Faixa Etária						
< 30 anos	1			1		
≥ 30 anos	1,133	1,097 - 1,170	<0,001	1,221	1,103 - 1,352	<0,001

* Razão de Prevalência Bruta

** Razão de Prevalência Ajustada

5.3.2 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL AUMENTADA SUBSTANCIALMENTE

Como forma complementar foi realizada a análise multivariada considerando o circunferência abdominal aumentada substancialmente (CAAS) como desfecho, sendo encontradas semelhantes variáveis significativas nessa análise em relação à análise multivariada com desfecho EP.

As variáveis reprodutivas que mostraram relação com o CAAS foram menarca antes do 12 anos e ter filhos, semelhante ao que aconteceu na análise com variáveis reprodutivas com desfecho IMC. Os resultados foram estatisticamente significantes.

A prevalência de CAAS em mulheres com idade da menarca maior ou igual a 12 anos foi 11,8% menor do que as mulheres que tiveram menarca antes dos 12 anos. Além disso, a prevalência de CAAS em mulheres que tiveram filhos foi 57,8% maior do que as mulheres que nunca tiveram filhos. As razões de prevalência de CAAS para ambas as variáveis foram menores do que aquelas de EP, porém mantiveram significância.

Sobre o estilo de vida, a prevalência de CAAS em mulheres que disseram assistir duas horas ou mais por dia foi 9,9% maior do que as mulheres que relataram assistir menos de duas horas por dia. Aquelas que fumavam apresentaram prevalência de CAAS 17,2% menor do que as que não fumavam.

A prevalência de CAAS em mulheres hipertensas foi 25,4% maior do que em mulheres não hipertensas. E a prevalência de CAAS em mulheres diabéticas foi 27,7% maior do que em mulheres não diabéticas.

Por último, a idade também apresentou associação com o CAAS, sendo que a prevalência de CAAS em mulheres com 30 ou mais foi 23,3% maior do que em mulheres com menos de 30 anos.

Tabela 12: Análise multivariada considerando a CAAS em mulheres adultas: Distribuição das razões de prevalência, intervalos de confiança e *valor p* segundo as variáveis significativas.

Variável	RPAjust**	(IC - 95%)	<i>p</i>
Idade da Menarca			
< 12 anos	1		
≥ 12 anos	0,882	0,823 - 0,946	<0,001

Teve Filhos			
Sim	1		
Não	1,578	1,335 - 1,865	<0,001
TV Horas por Dia			
< 2 horas	1		
≥ 2 horas	1,099	1,024 - 1,179	0,008
Tabagismo			
Não	1		
Sim	0,828	0,751 - 0,912	<0,001
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Não	1		
Sim	1,254	1,167 - 1,347	<0,001
Diabetes Mellitus			
Não			
Sim	1,277	1,176 - 1,386	<0,001
Faixa Etária			
< 30 anos	1		
≥ 30 anos	1,233	1,110 - 1,372	<0,001

5.4 COMPARAÇÃO ENTRE EXCESSO DE PESO E CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL AUMENTADA SUBSTANCIALMENTE

No intuito de comparar o EP e o CAAS foi realizada a análise de concordância Kappa. O valor de índice de concordância Kappa foi 0,684, indicando concordância substancial entre as duas medidas de avaliação IMC e PA, sendo estatisticamente significativa. Essa análise avalia se duas variáveis categóricas estão associadas, sendo que os valores esperados são calculados da mesma maneira que são calculados os valores esperados para o valor do Qui-quadrado.

Das 816 mulheres que apresentavam CA sem aumento substancial 79,5% também apresentavam IMC considerado sem excesso de peso. Das 1202 mulheres com CAAS 88,5% apresentam também EP. Os resultados mostraram que existe uma concordância, uma tendência dos resultados se aproximarem, o que permite afirmar que IMC e PA estão altamente relacionadas e podem ser utilizadas de forma

combinada no estudo. A representação da análise está presente na tabela de contingência abaixo:

Tabela 13: Análise de Concordância Kappa para verificação da concordância entre as medidas IMC e CA.

			IMC		
			Sem Excesso	Excesso de	Total
			de Peso	peso	
Circunferência Abdominal	Sem Aumento	Contagem	649	167	816
	Substancial	% dentro de CA	79,5%	20,5%	100,0%
	Aumentada	Contagem	138	1064	1202
	Substancialmente	% dentro de CA	11,5%	88,5%	100,0%
	Total	Contagem	787	1231	2018
		% dentro de CA	39,0%	61,0%	100,0%

Medida de Concordância Kappa = 0,684

6 DISCUSSÃO

Conhecer mais sobre os fatores reprodutivos da mulher e sua influência no ganho excessivo de peso é crucial, mas infelizmente não há um consenso nos estudos sobre o tema. No presente estudo foram encontradas 61,0% de mulheres com EP e 59,6% de mulheres com CAAS. Os resultados são semelhantes ao que é encontrado na maioria dos estudos sobre peso excessivo em mulheres adultas, seja considerando apenas o IMC (CORREIA et al., 2011; LINS et al., 2013; FERREIRA E BENÍCIO, 2015) seja considerando o IMC associado a CA (CRISTÓVÃO, 2011; ROSA et al., 2011).

Além dos fatores reprodutivos é importante a descrição das características dessa população. O cenário socioeconômico e demográfico mostra mulheres casadas ou que viviam com companheiro, sendo a maioria com escolaridade baixa, que se preocupam em trabalhar para ajudar nas despesas domésticas. Além disso, 41,8% dessas mulheres são de baixa renda, apresenta-se abaixo da linha da pobreza, vivendo com $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou menos por mês. Esse fato preocupa, uma vez que no Brasil é comum utilizar a linha da pobreza de $\frac{1}{2}$ salário mínimo por mês de renda per capita, baseando-se numa cesta mínima de consumo (BRASIL, 2011c).

É importante ressaltar que, por se tratar de uma população de classe média à baixa, possivelmente em situação de vulnerabilidade, possuem características socioeconômicas semelhantes. Além disso, como a pesquisa realizada em 2011 e 2012 teve como foco o rastreamento do câncer do colo do útero, foi incluído um grupo específico de mulheres, sendo excluídas as grávidas, as hysterectomizadas e as que nunca tiveram relações sexuais. Ambos os fatos sugerem que os dados estiveram sujeitos ao viés de seleção por amostragem, devido aos fatores envolvidos na escolha das mulheres selecionadas para compor a população.

As análises bivariadas mostraram que algumas variáveis apresentaram-se associadas ao EP, desfecho de maior interesse no estudo. A faixa etária de 30 anos ou mais mostrou relação com o EP, assim como na maioria dos estudos relacionados ao peso excessivo em mulheres adultas (CORREIA et al., 2011, LINS et al., 2013; ROSA et al., 2011; FERREIRA e BENÍCIO, 2015; CRISTÓVÃO, 2011).

O EP teve relação com a situação conjugal da mulher, sendo maior a proporção entre as que possuíam um companheiro. Outros autores como Sá e

Moura (2011), Tomasi (2014) e Andrade et al. (2015) igualmente encontraram maior relação entre ter companheiro e excesso de peso. A baixa escolaridade também apresentou associação com o EP, assim como na maioria dos estudos, entre eles os trabalhos de Cristóvão (2011), Lima et al. (2015) e Ferreira e Benício (2015).

Mulheres de raça não branca apresentaram maior proporção de EP do que as mulheres de raça branca. As que trabalhavam apresentaram menor proporção de EP sobre as que não trabalhavam, o que provavelmente deve-se a interferência da atividade laboral ou de lazer que elas exercem.

Apesar de alguns estudos com beneficiários do Programa Bolsa Família apresentarem aumento dos índices de peso excessivo e também redução de índices de baixo peso (CABRAL et al., 2013; SANTOS et al., 2015), o presente estudo não encontrou relação entre acesso ao benefício o excesso de peso, provavelmente devido à baixa prevalência de beneficiários no mesmo.

Em relação ao estilo de vida, a maioria da população disse consumir bebida alcoólica e apresentou um estilo de vida sedentário, já que poucas mulheres praticavam atividade física. O consumo de álcool deve ser discutido, sendo necessário conhecer a quantidade de bebida alcoólica consumida, pois em excesso pode levar a muitos problemas de saúde, principalmente nas mulheres (SANVISENS et al., 2011).

A maioria das mulheres relatou assistir menos de 2 horas de TV por dia e declarou-se não tabagista, dados positivos sobre o estilo de vida, já que assistir TV por duas horas ou mais por dia pode ter relação com o EP (SOARES; BARRETO, 2014) e o hábito de fumar pode ser prejudicial à saúde (WHO, 2012).

O não consumo de álcool relacionou-se ao EP, diferente do que foi encontrado por Sanvisens et al. (2011), que encontrou associação entre consumo de álcool e obesidade em mulheres. Em relação ao tabagismo não fumar relacionou-se com EP, refutando alguns estudos que mostram que não há relação direta entre tabagismo e excesso de peso em mulheres (CRISTÓVÃO; SATO; FJIMORI, 2011; LINS et al., 2013), devido à possível inibição do apetite causada pelo fumo (CHATKIN; CHATKIN, 2007).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis as mais prevalentes na análise descritiva foram hipertensão e depressão, esta última merece atenção por se tratar de uma das principais doenças que afetam as mulheres (LEITE et al., 2015), podendo estar relacionadas à imagem corporal.

As doenças crônicas avaliadas mostraram-se muito relacionadas ao EP. Mulheres com diabetes apresentaram maior proporção de EP do que as que não tinham a doença, semelhante ao estudo de Kearns et al. (2014), que encontrou uma forte associação entre diabetes e aumento do IMC. A prevalência de EP também foi maior entre as hipertensas, assim como encontrado por outros autores que encontraram relação direta entre HA e EP (MINGHELLI; OLIVEIRA; NUNES, 2015). Porém, é importante ressaltar que, como se trata de um estudo transversal, é difícil determinar a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o desenvolvimento da doença, pois acontece em um único momento.

As variáveis reprodutivas femininas são importantes na caracterização das mulheres, sendo que nessa população houve uma pequena diferença de distribuição na variável idade da menarca, mesmo assim a maioria apresentou menarca com 12 anos ou mais. Poucas mulheres estavam na menopausa, a maioria relatou já ter engravidado e ter dois ou mais filhos.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos a população mostrou-se preocupada em prevenir a gravidez, sendo que a maioria utilizava algum dos métodos, dessas mulheres 66,4% usavam do tipo hormonal. Ao formar as categorias denominadas de hormonal e não hormonal o intuito é realizar a associação delas e o excesso de peso/risco aumentado substancialmente, baseando-se no efeito que os hormônios podem exercer sobre o peso feminino.

Na análise bivariada com o EP, a maioria das variáveis reprodutivas apresentou forte associação estatisticamente significativa. A idade da menarca é o início da vida reprodutiva da mulher e nessa fase pode acontecer um acúmulo mais rápido de gordura corporal e assim como outros estudos (CORREIA et al., 2011); THEODORO et al., 2012; YANG et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2014) o presente trabalho também encontrou relação entre menarca precoce e excesso de peso.

A menopausa também se mostrou associada ao EP, assim como encontrado por Rosa et al. (2011), cujo estudo mostrou que a proporção de sobrepeso e obesidade é maior em mulheres na menopausa, resultado esperado levando-se em consideração a mudança de composição corporal feminina nessa fase. Mas não se manteve significativa na análise bivariada.

Apesar de se esperar um ganho de peso durante o uso de contraceptivos, nem sempre é o que acontece. De um modo geral, estudos mostram que ao utilizar

métodos contraceptivos a mulher apresenta chances de estarem obesas (ROSA et al., 2011; CORREIA et al., 2011), porém podem existir diversos métodos contraceptivos, com variadas composições.

Diante desse fato, é necessária a discussão sobre o tipo de método contraceptivo (hormonal e não hormonal), já que não há na literatura uma definição dessa relação de causa e efeito (GALLO et al., 2011). O que se espera é que os métodos não hormonais, como método de barreira, comportamental, cirúrgico, de urgência e DIU não interferem no ganho de peso.

Já os estudos com contraceptivos hormonais são controversos e sabe-se que determinados componentes dos métodos podem interferir no ganho de peso feminino levando ao excesso de peso (NEGRET et al., 2013; LOPEZ et al., 2013) e outros mostram que não existe relação nenhuma (GALLO et al., 2011). No presente estudo foi encontrada relação entre contraceptivo não hormonal e EP pela análise bivariada, porém ao considerar outras variáveis perdeu significância na análise multivariada.

Após a análise multivariada com desfecho EP algumas variáveis saíram do modelo de regressão por não permanecerem significantes. Isso ocorre porque durante a análise bivariada é considerada apenas a relação entre duas variáveis, já na multivariada a análise está sendo controlada pelas variáveis simultaneamente, de forma constante e numa mesma categoria de referência. Assim, ocorre uma mudança no comportamento da associação da variável com o desfecho.

Na análise inicial, com apenas fatores reprodutivos, foram obtidos dois modelos, um considerando a variável número de filhos e outro considerando a variável já engravidou. Ao serem consideradas em modelos diferentes observa-se que ambas mantêm significância, sendo possível demonstrar que o comportamento dessas variáveis é muito semelhante.

Foi possível observar então que a prevalência de EP em mulheres que tinham filhos foi maior do que nas mulheres que não tinham filhos, e a prevalência de EP em mulheres que já engravidaram foi maior do que nas mulheres que nunca engravidaram.

As variáveis reprodutivas que se mantiveram no modelo final com EP, considerando os demais fatores foram idade da menarca menor do que 12 anos e ter filhos. Houve uma redução na razão de prevalência das variáveis após ajuste do

modelo, devido à presença dos outros fatores envolvidos, mas mantiveram significância.

No modelo final com EP, ao comparar valores de Razão de Prevalência Ajustada com o Razão de Prevalência Bruta, observa-se que algumas variáveis perderam força após ajuste do modelo, como ser casada e ter diabetes, devido à presença de outros fatores, porém mantiveram elevada significância.

A faixa etária foi incluída no fim da análise multivariada, para verificar como as outras variáveis se comportariam. O modelo sem a faixa etária mostrou que mulheres que usavam contraceptivo hormonal apresentaram prevalência de EP 3,8% menor em relação às mulheres que usavam contraceptivos não hormonais. Essa relação não se manteve ao se considerar a faixa etária no fim da análise.

É importante ressaltar que o IMC é uma medida muito importante na avaliação do ganho de peso, mas trata-se de apenas um dos diversos parâmetros usados na avaliação nutricional. Em alguns estudos ele é usado de forma isolada (COELHO, 2009; SÁ E MOURA, 2011; MACHADO et al., 2014), entretanto, não está totalmente relacionado à distribuição da gordura corporal. Já a CA não é comumente utilizada de forma isolada para avaliar o ganho de peso excessivo, porém, quando associado ao IMC (COSTA et al, 2009; TOMASI, 2014), permite uma avaliação mais completa do diagnóstico nutricional.

A avaliação utilizando a medida de CA permite avaliar o excesso de adiposidade central, que representa de forma adequada o conteúdo de gordura visceral e também se associa muito à gordura corporal total, constituindo um indicador antropométrico de relevância prática e clínica na avaliação dos indivíduos (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2014). Além de ser uma medida rápida e facilmente obtida.

A análise multivariada considerando o CAAS como desfecho foi realizada no intuito de compará-lo com a análise com o desfecho EP. Foi observado que tanto a regressão com EP quanto a regressão com CAAS apresentaram as mesmas variáveis reprodutivas significativas, menarca antes dos 12 anos e ter filhos. Ambas as medidas se mostraram então excelentes ferramentas, sendo utilizadas de forma complementar, principalmente quando utilizadas na avaliação com fatores reprodutivos.

Os modelos finais de EP e de CAAS também mostraram variáveis significativas semelhantes. As variáveis que se diferenciaram nos modelos foram ser

casada e raça não branca, significantes na análise com desfecho EP, e assiste TV por 2 horas ou mais e não tabagista, que foram significantes na análise com o desfecho CA.

Ainda que tenham ocorrido diminuições nas prevalências de algumas variáveis com desfecho CAAS em relação ao desfecho EP (como idade da menarca menor de 12 anos e hipertensão) ainda mantiveram significância, o que sugere que ambas as medidas podem ser utilizadas na avaliação nutricional, de forma combinada e complementar, principalmente ao se considerar fatores reprodutivos.

Ao analisar o índice de concordância Kappa, o mesmo mostrou que 79,5% das mulheres sem excesso de peso também tinham CA sem aumento substancial e 88,5% das mulheres que apresentavam CAAS tinham também EP. Foi encontrada concordância substancial entre as duas medidas o que sugere uma concordância além do que seria esperado se fosse considerando apenas o acaso.

7 CONCLUSÃO

A análise da história reprodutiva da mulher é importante na avaliação da sua qualidade de vida e o presente estudo mostra a importância da influência dos fatores reprodutivos no desencadeamento do EP nessa população. Entre os fatores reprodutivos, a maioria das mulheres relatou menarca depois dos 12 anos, ter filhos e utilizar métodos contraceptivos (principalmente os hormonais).

Ao realizar a análise multivariada as duas variáveis reprodutivas que mantiveram significância foram menarca antes dos 12 anos e ter filhos. A menarca é uma fase de transformação no corpo da mulher adulta, podendo acontecer acúmulo de gordura mais rápido nessa etapa, o que possivelmente está associado com o desenvolvimento do EP.

Já em relação à variável ter filhos, o EP pode estar associado à retenção de peso que frequentemente acontece no pós-parto. Nas análises multivariadas considerando separadamente ter filhos e ficar grávida observou-se que as duas variáveis apresentaram significância, o que indica que elas demonstram comportamentos semelhantes. Ao considerá-las ao mesmo tempo no modelo ter filhos se manteve significativa.

Não há consenso na literatura quanto à relação entre o uso de contraceptivos e EP, tampouco entre o uso de contraceptivos hormonais e EP. Nesse estudo foi encontrada relação entre contraceptivo não hormonal e EP pela análise bivariada, mas após o ajuste do modelo essa relação não foi mais significativa.

Os resultados encontrados na avaliação antropométrica das mulheres foram preocupantes, sendo elevadas as prevalências de EP e CAAS e associação dessas medidas com diversos fatores, principalmente na análise bivariada. Após o ajuste do modelo, tanto a análise com EP quanto a análise com CAAS apresentaram variáveis significativas semelhantes, sendo que nos dois modelos as mesmas variáveis reprodutivas se mostraram significativas.

O presente estudo mostrou que tanto o IMC quanto CA podem ser utilizadas no diagnóstico nutricional e a utilização das duas medidas, como é recomendada, possibilitou uma avaliação mais completa, principalmente em se tratando de fatores reprodutivos. As variáveis significativas nos dois modelos finais de EP e CAAS se mostraram semelhantes e a análise de concordância Kappa indicou elevado grau de concordância entre as classificações, sendo estatisticamente significativa.

O cenário encontrado apresenta uma grande prevalência de excesso de peso na população estudada, enfatizando a interferência dos fatores reprodutivos femininos, que são fatores que merecem muita atenção e monitoramento, uma vez que são característicos às mulheres na idade adulta. Esse quadro mostra uma maior necessidade de atenção à saúde que reúna ações de promoção, prevenção e tratamento da obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009. 85p.

ANDRADE, R. G. DE et al. Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 148–158, nov. 2015.

ASHWELL, M.; HSIEH, S. D. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. **International Journal of Food Sciences and Nutrition**, v. 56, n. 5, p. 303–307, ago. 2005.

AZVOLINSKY, A. Unraveling How Obesity Fuels Cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 108, n. 4, p. 4–6, abr. 2016.

BEKSINSKA, M. E. et al. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, non-users and discontinuers of hormonal contraception. **Contraception**, v. 81, n. 1, p. 30–34, jan. 2010.

BLACK, A. et al. **Canadian Contraceção Consenso: Parte 2 de 4 (Substitui No. 143, Fevereiro de 2004; No. 174, Abril de 2006; nº 195, Julho de 2007; No. 205, Março de 2008; No. 219, Novembro de 2008; & No. 280, setembro de 2012)**. Disponível em: <<http://sogc.org/guidelines/canadian-contraception-consensus-part-2-of-4-replaces-no-143-february-2004-no-174-april-2006-no-195-july-2007-no-219-november-2008-no-280-september-2012/>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

BOUZAS, I.; BRAGA, C.; LEÃO, L. Ciclo menstrual na adolescência. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 59–63, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4 ed. Brasília: MS. 2002.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: MS. 2005. 25p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: Direito de todos. 2008-2011**. Brasília: MS. 2008. 106p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da**

saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: MS. 2009a. 300p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes.** Brasília: MS. 2009b. 82 p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares – POF 2008-2009: **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro. 2010a. 130p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades. Minas Gerais. Juiz de Fora. **Inphographic: History.** 2010b. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=313670&search=minas-gerais%7Cjuiz-de-fora%7Cinphographics:-history>. Acesso em: 11 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família.** 3 ed. Brasília: MS. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022.** Brasília: MS, 2011a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: MS. 2011b. 152p.

_____. Governo Federal. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Desemprego e desigualdade no Brasil metropolitano.** Comunicados do IPEA. 2011c. 152p.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET). **Prevalência de Excesso de Peso em Adultos.** Período 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g07.def>> Acesso em: 10 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1 ed., 1. reimpr. Brasília: MS, 2013. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: MS, 2014. 156p.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014. Saúde Suplementar: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: MS, 2015. 165 p.

BRESSAN, J. et al. Impacto hormonal e inflamatório de diferentes composições dietéticas: ênfase em padrões alimentares e fatores dietéticos específicos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 53, n. 5, p. 572–581, 2009.

BRESSAN, J.; VIDIGAL, F. DE C. Dieta na abordagem terapêutica da síndrome metabólica. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN**, v. 6, n. 1, p. 55–60, 15 set. 2014.

BRESSAN, J.; VIDIGAL, F. DE C.; HERMSDORFF, H. H. M. Social Components of the Obesity Epidemic. **Current Obesity Reports**, v. 2, n. 1, p. 32–41, 21 mar. 2013.

CABRAL, M. J. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 71–87, 2013.

CANOY, D. et al. Age at Menarche and Risks of Coronary Heart and Other Vascular Diseases in a Large UK Cohort. **Circulation**, v. 131, n. 3, p. 237–244, 20 jan. 2015.

CARRARO, J. C. C et al. Flaxseed and Human Health: Reviewing Benefits and Adverse Effects. **Food Reviews International**, v. 28, n. 2, p. 203–230. 2012.

CARNEIRO, I. B. P. et al. Antigos e novos indicadores antropométricos como preditores de resistência à insulina em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 58, n. 8, p. 838–843, nov. 2014.

CASTILHO, S. D. et al. Tendência secular da idade da menarca avaliada em relação ao índice de massa corporal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 3, p. 195–200, abr. 2012.

CHATKIN, R; CHATKIN, J. M. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? **J Bras Pneumol**. v. 33, n. 6, p. 2007.

CHEN, H. et al. Cigarette smoking and brain regulation of energy homeostasis. **Frontiers in Pharmacology**, v. 3, p. 147, jul. 2012.

CLARO, R. M.; LEVY, R. B.; BANDONI, D. H. Evolução das despesas com alimentação fora do domicílio e influência da renda no Brasil, 2002/2003 a 2008/2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2489–2496, nov. 2009.

COELHO, M. S. P. H.; ASSIS, M. A. A. DE; MOURA, E. C. Aumento do índice de massa corporal após os 20 anos de idade e associação com indicadores de risco ou de proteção para doenças crônicas não transmissíveis. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 9, p. 1146–1156, dez. 2009.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. Caderno de Saúde da Mulher. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 115p.

CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 133–145, 2011.

COSTA, E. C. et al. Evolução do excesso de peso e fatores associados em mulheres de 10 a 49 anos em Pernambuco, Nordeste, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 5, p. 513–524, out. 2014.

COSTA, P. R. DE F. et al. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1763–1773, ago. 2009.

CRISTÓVÃO, M. F.; SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. SPE2, p. 1667–1672, dez. 2011.

DAL'AVA, N. et al. Body weight and body composition of depot medroxyprogesteron e acetate users. **Contraception**, v. 90, n. 2, p. 182–187, 1 ago. 2014.

DANTAS, E. M. DA S. et al. Agreement in cardiovascular risk rating based on anthropometric parameters. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 3, p. 376–380, set. 2015.

DEURENBERG, P. et al. The impact of body build on the relationship between body mass index and percent body fat. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 23, n. 5, p. 537–542, maio 1999.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126–134, dez. 2012.

FERREIRA, R. A. B.; BENICIO, M. H. D. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4/5, p. 337–342, maio 2015.

FORTE, C. C. et al. The relation between weight retention in the first three months post-partum and weight gain and diet during gestation. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 3, p. 279–287, set. 2015.

GALLAGHER, L. G. et al. Reproductive history and mortality from cardiovascular disease among women textile workers in Shanghai, China. **International Journal of Epidemiology**, v. 40, n. 6, p. 1510–1518, 1 dez. 2011.

GALLO, M. F. et al. Combination contraceptives: effects on weight. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, set. 2011.

GUAZZELLI, C. A. F. et al. Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects. **Contraception**, v. 83, n. 4, p. 336–339, abr. 2011.

HAUGEN, M. et al. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 1–11, jan. 2014.

HAUN, D. R.; PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 705–711, 2009.

HEO, M. et al. Optimal Cutoffs of Obesity Measures in Relation to Cancer Risk in Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Study. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 3, p. 218–227, 1 mar. 2015.

HO, S.-Y.; LAM, T.-H.; JANUS, E. D. Waist to stature ratio is more strongly associated with cardiovascular risk factors than other simple anthropometric indices. **Annals of Epidemiology**, v. 13, n. 10, p. 683–691, 1 nov. 2003.

HORTA, P. M. et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 121–129, dez. 2013.

INOUE, S. et al. Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines. **Journal of Epidemiology**, v. 22, n. 1, p. 50–56, 5 jan. 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines 2009**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/pdf/BookshelfNBK32813.pdf>. Acessado em 16 de fevereiro de 2016.

JACKSON, K. L. et al. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). **Archives of Women's Mental Health**, v. 17, n. 3, p. 177–187, jun. 2014.

KOTZ, S.; JOHNSON, N. L. **Encyclopedia of statistical sciences**. New York: John Wiley & Sons, v. 4, p. 352–354. 1983.

KEARNS, K. et al. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2014.

KUCZMARSKI, R. J; FLEGAL, K. M. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, n. 5, p. 1074–1081, 1 nov. 2000.

LAGOS, S; ESPINOZA, R. G; ORELLANA, C. Estado nutricional materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. **Revista Chilena de Nutrición.**, v. 31, n. 1, p. 52 – 57, 2004.

LEITE, I. DA C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1551–1564, jul. 2015.

LI, C. et al. Recent Trends in Waist Circumference and Waist-Height Ratio Among US Children and Adolescents. **Pediatrics**, v. 118, n. 5, p. 1390–1398, nov. 2006.

LIMA, S. DE; CARVALHO, M. L. DE; VASCONCELOS, A. G. G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1910–1916, ago. 2008.

LIMA, N. P. et al. Evolução do excesso de peso e obesidade até a idade adulta, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 2017–2025, set. 2015.

LIN, W.-Y. et al. Optimal cut-off values for obesity: using simple anthropometric indices to predict cardiovascular risk factors in Taiwan. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 26, n. 9, p. 1232–1238, set. 2002.

LINDH, I.; ELLSTRÖM, A. A.; MILSOM, I. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. **Human Reproduction**, v. 26, n. 7, p. 1917–1924, 1 jul. 2011.

LINS, A. P. M. et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357–366, fev. 2013.

LOPEZ, L. M. et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, jul. 2013.

LUCYK, J. DE M.; FURUMOTO, R. V. Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação: uma revisão. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 4, p. 353–363, dez. 2008.

LUOTO, R.; MÄNNISTÖ, S.; RAITANEN, J. Ten-Year Change in the Association Between Obesity and Parity: Results From the National FINRISK Population Study. **Gender Medicine**, v. 8, n. 6, p. 399–406, dez. 2011.

MACHADO, Í. E. et al. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1367–1377, maio. 2014.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; NETO, O. L. M. Sexo e escolaridade desigualdades em fatores de risco e proteção para doenças crônicas entre adultos brasileiros, por meio de inquérito telefônico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 125–135, set. 2011.

MARTINAZZO, J. et al. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3349–3356, nov. 2013.

MCCARTHY, H. D.; ASHWELL, M. A study of central fatness using waist-to-height ratios in UK children and adolescents over two decades supports the simple message – 'keep your waist circumference to less than half your height'. **International Journal of Obesity (2005)**, v. 30, n. 6, p. 988–992, jun. 2006.

MEIRELES, R. M. R. Menopausa e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 58, n. 2, p. 91–96, mar. 2014.

MELLER, F. DE O. et al. Association between waist circumference and body mass index of Brazilian women. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 75–82, jan. 2014.

MENDES, K. G. et al. Prevalence of metabolic syndrome and its components in the menopausal transition: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1423–1437, ago. 2012.

MINGHELLI, B.; OLIVEIRA, R.; NUNES, C. Association of obesity with chronic disease and musculoskeletal factors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 4, p. 347–354, ago. 2015.

MOLARIUS, A. et al. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 52, n. 12, p. 1213–1224, dez. 1999.

MONTEIRO, A. A. Novos métodos contraceptivos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 21, n. 5, p. 475–83, 1 set. 2005.

MORAES, M. S. T. et al. Efeitos adversos em usuárias de implante contraceptivo. **Femina**, v. 43, n. 1, fev. 2015.

MUELLER, N. T. et al. Age at menarche and cardiovascular disease mortality in Singaporean Chinese women: the Singapore Chinese Health Study. **Annals of Epidemiology**, v. 22, n. 10, p. 717–722, out. 2012.

MUTSERT, R. DE et al. Overweight in Early Adulthood, Adult Weight Change, and Risk of Type 2 Diabetes, Cardiovascular Diseases, and Certain Cancers in Men: a Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 179, n. 11, p. 1353–1365, 1 jun. 2014.

NADEEM, A. et al. Cut-off values of anthropometric indices to determine insulin resistance in Pakistani adults. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 63, n. 10, p. 1220–1225, out. 2013.

NAKANO, M. M. et al. Physical Performance, Balance, Mobility, and Muscle Strength Decline at Different Rates in Elderly People. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 26, n. 4, p. 583–586, abr. 2014.

NAST, M. et al. Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 12, p. 536–540, dez. 2013.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM – NCEP. **Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)**. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health. NIH Publication, n. 01-3670. May 2001.

NEGRET, A. et al. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales em usuárias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. **MEDISAN**, v. 17, n. 3, p. 415–425, mar. 2013.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766–781, ago. 2014.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 161–169, ago. 1998.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 873–882, mar. 2013.

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

PANTOJA, M. et al. Variation of weight among users of the contraceptive with depot-medroxyprogesterone acetate according to body mass index in a six-year follow-up. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 8, p. 380–384, ago. 2009.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 157–161, 2006.

POLISSENI, M. L. DE C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340–344, out. 2014.

POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; NG, S. W. NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. **Nutrition Reviews**, v. 70, n. 1, p. 3–21, jan. 2012.

RASSLAN, Z. et al. Função pulmonar e obesidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. (Impr.), p. 36–39, 2009.

REBELO, F. et al. Fatores associados à retenção de peso pós-parto em uma coorte de mulheres, 2005–2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 219–227, jun. 2010.

REXRODE, K. M. et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. **JAMA**, v. 280, n. 21, p. 1843–1848, 2 dez. 1998.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7–17, jan. 2012.

ROMAN, E. P. et al. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 317–321, 2009.

ROSA, M. I. DA et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2559–2566, maio. 2011.

ROSADO, E. L. et al. Composición corporal y metabolismo energético em mujeres com exceso de peso. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 33, n. 2, p. 155–165, ago. 2010.

RYU, S. et al. Age at menarche and non-alcoholic fatty liver disease. **Journal of Hepatology**, v. 62, n. 5, p. 1164–1170, 1 maio. 2015.

SÁ, N. N. B. DE; MOURA, E. C. DE. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1380–1392, jul. 2011.

SALDAÑA, M. R. et al. Nuevo método no invasivo para la detección temprana del síndrome metabólico em la población trabajadora. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, v. 19, n. 2, p. 118–120, 2016.

SANTOS, P. DE N. S. DOS et al. Gasto energético e medidas antropométricas de novas usuárias do contraceptivo injetável trimestral de acetato de medroxiprogesterona de depósito. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 5, p. 497–504, out. 2015.

SANVISENS, A. et al. Gender and liver, nutritional and metabolic alterations of severe alcoholism: a study of 480 patients. **Medicina Clínica**, v. 137, n. 2, p. 49–54, jun. 2011.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 4 jun. 2011.

SEIDELL, J. C.; HALBERSTADT, J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. **Annals of Nutrition & Metabolism**, v. 66 Suppl 2, p. 7–12, jun. 2015.

SHARIFI, F. et al. Cutoff point of waist circumference for the diagnosis of metabolic syndrome in an Iranian population. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 2, n. 3, p. 171–178, 1 set. 2008.

SIERVOGEL, R. M. et al. Annual changes in total body fat and fat-free mass in children from 8 to 18 years in relation to changes in body mass index. The Fels Longitudinal Study. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 904, p. 420–423, maio. 2000.

SILVA, M. S. et al. Risk of chronic non-communicable diseases in the population attended in the nutritional education program in Goiânia in the state of Goiás, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1409–1418, maio 2014.

SKOPINSKI, F. et al. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 95–105, mar. 2015.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 341–354, fev. 2014.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. Organização da Pesquisa Médica. In: **Introdução à Estatística Médica**. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2002. p. 14–32.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Revista Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 4, 2004. 28p.

STURM, R.; AN, R. Obesity and economic environments. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 64, n. 5, p. 337–350, 10 set. 2014.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. **Preventive Medicine**, v. 29, n. 6, p. 563–570, dez. 1999.

THEODORO, H. et al. Reproductive characteristics and obesity in middle-aged women seen at an outpatient clinic in southern Brazil. **Menopause**, p. 1022–8, set. 2012.

THOMSON, C. A. et al. Alcohol consumption and body weight change in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. **International Journal of Obesity**, v. 36, n. 9, p. 1158–1164, set. 2012.

TOMASI, E. et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: Associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1515–1524, jul. 2014.

UCINSKA, R. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in women. **Pneumonologia i Alergologia Polska**, p. 140–5, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2010. **Do conflito e crise à renovação: gerações da mudança**. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

VALDEZ, R. A simple model-based index of abdominal adiposity. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 44, n. 9, p. 955–956, 1991.

VALDEZ, R. et al. A new index of abdominal adiposity as an indicator of risk for cardiovascular disease. A cross-population study. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 17, n. 2, p. 77–82, fev. 1993.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International journal of epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224–227, 1997.

VILELA, A. A. F. et al. Dietary patterns associated with anthropometric indicators of abdominal fat in adults. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 502–510, mar. 2014.

WENDPAP, L. L. et al. Qualidade da dieta de adolescentes e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 97–106, jan. 2014.

WIJNDAELE, K. et al. Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk Study. **International Journal of Epidemiology**, p. dyq105, 23 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation**. Geneva: World Health Organization. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284, 2000. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 23 de fev. 2016.

_____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization; 2010. 60p.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011. 176p.

_____. **World health statistics 2012**. Geneva: World Health Organization; Geneva: World Health Organization, 2012. 180p.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014. 298p.

YANG Y. et al. Association between early onset of menarche and anthropometry measurements among adolescent girls in China. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, p. 712–7, ago. 2013.

PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER

Juiz de Fora, Minas Gerais

2010



Universidade Federal
de Juiz de Fora



A. Dados de identificação**Horário de Início** : __ _

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre seus dados pessoais. Lembramos que estes dados são confidenciais.

Entrevistador: preencha atentamente os seguintes dados, preferentemente, copie do documento ou do prontuário, use sempre LETRA DE IMPRENSA.

Atenção: todas as perguntas podem ser formuladas usando *você* ou *a sra (sra/você)*, use dependendo da idade da entrevistada.

A1	Qual a sua data de nascimento?	/ /
A2	Qual a sua idade?	anos
A3	Qual é o nome completo da sua mãe? <i>[Use sempre letra de imprensa]</i>	_____
A4	Qual é seu endereço?	_____
A5	Bairro?	_____
A6	Município?	_____
A7	CEP?	. -
A8	Número do cartão SUS?	
A9	Número do CPF?	-
A10	Telefone Fixo?	-
A11	Telefone celular?	-
A12	Tem algum telefone onde pode receber recado?	-
A13	Pode me dizer o nome da pessoa do contato para o recado?	_____

B. Características Sócio-Demográficas

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho e renda familiar.

B1	Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a)
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)
		3. Separado(a) ou divorciado(a)
		4. Viúvo(a)
B2	Qual o seu grau de instrução?	1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução
		2. Elementar Incompleto
		3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto
		4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto
		5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto
		6. Superior Completo ou mais
B3	Quantos anos completos de estudo (<i>com aprovação</i>) a sra/você têm?	<input type="text"/> anos
B4	Qual é a sua cor (raça)? <i>[Entrevistador: Leia as opções para a entrevistada]</i>	1. Branca
		2. Negra
		3. Amarela
		4. Parda
		5. Indígena
B5	Qual é a sua Religião?	
B6	A sra/você trabalha ou trabalhava? <i>[Trabalho em atividade diferente aos afazeres domésticos]</i>	1. Trabalha atualmente (inclui estagio remunerado). ⇒ Qual a sua renda: R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		2. Trabalha, mas não está em atividade atualmente
		3. Já trabalhou, mas não trabalha mais
		4. Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres domésticos
B7	Há quanto tempo a sra/você está sem trabalho ou não está em atividade?	<input type="text"/> dias <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos
B8	Com que idade a sra/você começou a trabalhar?	<input type="text"/> anos
B9	Qual é (era) sua principal ocupação no trabalho? <i>[Atenção: usar o verbo no tempo correto, segundo situação de trabalho atual ou passado]</i>	_____ <i>[Anotar a ocupação]</i>

Se 1: Ir para B8

Se 4: Ir para B10

Agora vamos lhe fazer perguntas relacionadas a seu domicílio e a renda familiar.

B10	Quantas pessoas moram na mesma residência junto com a sra/você (contando a sra)?			<input type="text"/>	número total de pessoas
B11.	Qual o rendimento mensal total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com a sra, (contando com o da sra, se tiver)? R\$ <input type="text"/> <input type="text"/>				
B11.1	A sra/você pode me dizer o rendimento mensal segundo a fonte? [Entrevistador: leia as opções de fonte de rendimento para a entrevistada, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado, com “0” quando não tiver rendimento no item, com “R” quando não quiser informar e com “NS” quando não souber]				
	Fontes de Renda		Número de pessoas	Valor em reais (R\$)	
B11.2	Trabalho (<i>inclui estagio</i>)	Quantos com carteira assinada? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.3	Seguro desemprego		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.4	Aposentadoria		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.5	Pensão		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.6	BPC - Renda Mensal Vitalícia (Amparo Assistencial ao Deficiente e ao Idoso)		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.7	Venda de produtos		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.8	Aluguel		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.9	Doação de não-morador do domicílio		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.10	Doação de igrejas/ONG/ instituições filantrópicas		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.11	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.12	Bolsa Família		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.13	Cartão alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
B11.14	Outra fonte ⇒ Qual _____		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

No seu domicílio, qual o número de:

B12	Cômodos? (São considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço, e salas do seu domicílio)	<input type="checkbox"/>	
B13	Tem banheiros dentro da casa (inclusive de serviço)?	1. Sim	Quantos? <input type="checkbox"/>
B14	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	1. Alvenaria	
		2. Madeira aparelhada	
		3. Taipa não revestida ou barro	
		4. Madeira aproveitada	
		5. Outro (especifique): _____	
B15	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	1. Sim	2. Não
B16	Qual é a fonte principal da água canalizada para os moradores deste domicílio?	1. Rede geral de distribuição	
		2. Poço ou nascente	
		3. Outro (especifique): _____	
B17	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	1. É coletado regularmente	
		2. É queimado ou enterrado	
		3. Jogado no rio, mar, terreno, etc.	
		4. Outro (especifique): _____	
B18	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?	1. Rede coletora de esgoto ou pluvial	
		2. Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		3. Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		4. Fossa rudimentar	
		5. Vala	
		6. Direto para rio ou lago	
		7. Outra (especifique): _____	

Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:

B19	Televisão a cores?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B20	Geladeira?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B21	Freezer? (<i>independente ou segunda porta da geladeira</i>)	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B22	Rádio? (<i>sem contar o do carro</i>)	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B23	Vídeo/DVD?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B24	Máquina de lavar roupa (inclui tanquinho)?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B25	Linha de telefone fixo?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B26	Linha de telefone celular?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B27	Computador?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B28	Forno micro-ondas?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B29	Carro?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não
B30	Em sua casa, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	1. Sim, _____ empregados(as)	2. Não

C. Apoio Social As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo

C1	Com quantos familiares ou parentes a sra/você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	_____ parentes	0. Nenhum
C2	Com quantos amigos a sra/você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)	_____ amigos	0. Nenhum
C3	Nos últimos 12 meses, com que frequência a sra/você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?	1. Mais de uma vez por semana	
		2. Uma vez por semana	
		3. De 2 a 3 vezes por mês	
		4. Algumas vezes no ano	
		5. Uma vez no ano	
		6. Nenhuma vez	
C4	Nos últimos 12 meses, com que frequência a sra/você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos, partidos ou entidades estudantis?	1. Mais de uma vez por semana	
		2. Uma vez por semana	
		3. De 2 a 3 vezes por mês	
		4. Algumas vezes no ano	
		5. Uma vez no ano	
		6. Nenhuma vez	
C5	Nos últimos 12 meses, com que frequência a sra/você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	1. Mais de uma vez por semana	
		2. Uma vez por semana	
		3. De 2 a 3 vezes por mês	
		4. Algumas vezes no ano	
		5. Uma vez no ano	
		6. Nenhuma vez	
C6	Nos últimos 12 meses, com que frequência a sra/você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)	1. Mais de uma vez por semana	
		2. Uma vez por semana	
		3. De 2 a 3 vezes por mês	
		4. Algumas vezes no ano	
		5. Uma vez no ano	
		6. Nenhuma vez	

D. Auto-Avaliação do Estado de Saúde

As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

D1	Em geral, como a sra/você avalia a sua saúde?	1. Muito boa
		2. Boa
		3. Regular
		4. Ruim
		5. Muito ruim
D2	Em geral, que grau de dificuldade física a sra/você tem com as suas atividades habituais, como atividades no trabalho, domésticas ou atividades de rotina? <i>[Entrevistador: dificuldade física como subir escada, se abaixar e etc..]</i>	1. Nenhum
		2. Leve
		3. Médio
		4. Intenso
		5. Muito intenso ou não consegue realizar
D3	Em geral, que grau de dificuldade mental a sra/você tem com as suas atividades habituais, como atividades no trabalho, domésticas ou atividades de rotina? <i>[Entrevistador: dificuldade mental como esquecimento, aprender novas tarefas, dor de cabeça e etc...]</i>	1. Nenhum
		2. Leve
		3. Médio
		4. Intenso
		5. Muito intenso ou não consegue realizar

E. Estilo de Vida

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

E1	Quanto tempo faz que a sra/você se pesou pela última vez?	1. Menos de 1 semana 2. Entre 1 semana e menos de 1 mês 3. Entre 1 mês e menos de 6 meses 4. 6 meses ou mais atrás		
E2	A sra/você sabe seu peso? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)	____, ____ kg	888. Não sabe	
E3	A sra/você lembra qual era seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? [Entrevistador: se a entrevistada tiver 20 anos não formule esta pergunta]	Sim, qual? ____ , ____ kg	888. Não lembra/Não sabe	999. NSA. Não se aplica (<i>tem 20 anos</i>)
E4	A sra/você sabe sua altura? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>)	____ m ____ cm	888. Não sabe	

As seguintes perguntas são sobre a sua alimentação.

E5	Em quantos dias da semana a sra/você costuma comer feijão?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	
E6	Em quantos dias da semana, a sra/você costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E8
E7	Em geral, quantas vezes por dia a sra/você come este tipo de salada?	1. 1 vez por dia		
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
E8	Em quantos dias da semana, a sra/você costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame)	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E10

E9	Em geral, quantas vezes por dia a sra/você come verdura ou legume cozido?	1. 1 vez por dia		
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
E10	Em quantos dias da semana a sra/você costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E12
E11	Quando a sra/você come carne vermelha, a sra/você costuma:	1. Tirar o excesso de gordura visível	2. Comer com a gordura	
E12	Em quantos dias da semana a sra/você costuma comer frango/galinha?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E14
E13	Quando a sra/você come frango/galinha, a sra/você costuma:	1. Tirar a pele	2. Comer com a pele	
E14	Em quantos dias da semana a sra/você costuma tomar suco de frutas natural?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E16
E15	Em geral, quantos copos por dia a sra/você toma de suco de frutas natural?	1. 1 copo		0. Nenhum
		2. 2 copos		
		3. 3 copos ou mais		
E16	Em quantos dias da semana a sra/você costuma comer frutas?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E18
E17	Em geral, quantas vezes por dia a sra/você come frutas?	1. 1 vez por dia		0. Nenhuma
		2. 2 vezes por dia		
		3. 3 vezes ou mais por dia		
E18	Em quantos dias da semana a sra/você costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E21
E19	Que tipo de refrigerante (ou suco artificial) a sra/você costuma tomar?	1. Normal		
		2. Diet/Light/Zero		
		3. Ambos		
E20	Quantos copos de refrigerante (ou suco artificial) a sra/você costuma tomar por dia (nos dias em que toma)?	_____ copos		

E21	Em quantos dias da semana a sra/você costuma tomar leite? (<i>não vale leite de soja</i>)	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para E23
E22	Quando a sra/você toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	1. Integral		
		2. Desnatado ou Semi-desnatado		
		3. Os dois tipos		
E23	Em quantos dias da semana a sra/você come presunto, mortadela ou salame?	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	
E24	A sra/você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?	1. Não		
		2. Sim, sempre ou quase sempre		
		3. Sim, de vez em quando		

As seguintes perguntas são sobre o consumo de bebidas alcoólicas

E25	Com que frequência a sra/você costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1. Não bebo nunca		Se 1: Ir para E30 Se 2: Ir para E29
		2. Menos de uma vez por mês		
		3. Uma vez ou mais por mês		
E26	Quantos dias por semana a sra/você costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)		
E27	Em geral, quantas doses de bebida alcoólica a sra/você consome por dia (nos dias em que bebe)? (<i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>)	_____ doses por dia		
E28	Quantos anos a sra/você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?	_____ anos		
E29	Nos últimos 30 dias, a sra/você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1. Sim	2. Não	

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

E30	Nos últimos três meses, a sra/você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (<i>não considere fisioterapia</i>)	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E34
E31	Quantos dias por semana a sra/você costuma praticar exercício físico ou esporte?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para E34
E32	Qual o exercício físico ou esporte que a sra/você pratica com mais frequência? <i>[Entrevistador anotar apenas o primeiro citado (mais freqüente)]</i>	_____		
E33	Em geral, no dia em que faz este exercício físico ou esporte quanto tempo dura?	_____ horas _____ minutos		
E34	No desempenho das suas atividades de rotina, quantos dias por semana a sra/você faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta? <i>(tais como ir a algum curso, escola, trabalho ou clube ou levar alguém em algum curso, escola ou clube)</i>	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para E36
E35	No dia que a sra/você faz esta atividade, quanto tempo a sra/você gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta?	_____ horas _____ minutos		
E36	No desempenho das suas atividades de rotina, em quantos dias da semana a sra/você faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso?	_____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para E38
E37	Em geral, no dia que a sra/você faz esforço físico intenso no desempenho das suas atividades de rotina, quanto tempo dura esta atividade?	_____ horas _____ minutos		
E38	Em geral, quantas horas por dia a sra/você costuma ficar assistindo televisão?	_____ horas por dia	0. Não assisto televisão todo dia ou menos de uma hora por dia	

As seguintes perguntas são sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali), cigarros indianos (ou bidis) e narguilé (ou cachimbos d'água). Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.

E41	Atualmente, a sra/você fuma?	1. Sim, diariamente		Se 1: Ir para E44
		2. Sim, menos que diariamente		
		3. Não fumo atualmente		
E42	E no passado, a sra/você fumou?	1. Sim, diariamente		Se 2 ou 3: Ir para E51
		2. Sim, menos que diariamente		
		3. Não, nunca fumei		
E43	Há quanto tempo a sra/você parou de fumar?	_____anos	0. Há menos de um ano	Se 0: Ir para E45 Se diferente de 0: Ir para E49
E44	Durante os últimos 12 meses, a sra/você tentou parar de fumar?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E49
E45	Quando tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E49
E46	A sra/você conseguiu o tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para E48
E47	Porque a sra/você não conseguiu tratamento?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		Ir para E50
		2. Tinha que esperar muito tempo		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento		
		7. O serviço de saúde era muito distante		
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		9. Outro (<i>especifique</i>): _____		

E48	O tratamento para parar de fumar foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
E49	Em geral, qual a quantidade de cigarros, charutos, cachimbo e outros produtos do tabaco a sra/você fuma (fumava) por dia? [Atenção: usar o verbo no tempo correto, segundo situação de fumo atual ou passado]			
	a. Cigarros?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia	
	b. Charutos?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia	
	c. Cachimbo?	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia	
	d. Outro? (especifique): _____	_____ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia	
E50	Que idade a sra/você tinha quando começou a fumar cigarro regularmente?	_____ anos		
E51	Alguma das pessoas que mora com a sra/você costuma fumar dentro de casa?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para E53
E52	Com que frequência alguém fuma dentro da sua casa?	1. Nunca		
		2. Menos que diariamente		
		3. Diariamente		
E53	A sra/você costuma ficar em algum ambiente (como escola, trabalho, grupo de amigos) onde há pessoas fumando?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo
E54	Com que frequência a sra/você costuma ficar nesse ambiente?	1. Nunca		
		2. Menos que diariamente		
		3. Diariamente		

F. Morbidade

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas e infecciosas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

F1	Quando foi a última vez que a sra/você teve sua pressão arterial medida?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para F21
		2. Entre 6 meses menos de 1 ano		
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		5. 3 anos ou mais		
		6. Nunca		
F2	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Sim		Se 2 ou 3: Ir para F21
		2. Apenas durante a gravidez		
		3. Não		
F3	Há quanto tempo foi o primeiro diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?	_____anos	0. Menos de um ano	
F4	A sra/você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?	1. Não		Se 3: Ir para F6
		2. Não, só quando tem algum problema		
		3. Sim		
F5	Qual o principal motivo da sra/você não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?	1. O serviço de saúde é muito distante		
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande		
		3. Tem dificuldades financeiras		
		4. Não acha necessário		
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
		6. O plano de saúde não cobre as consultas		
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir		
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____		

F6	O que a sra/você faz atualmente por causa da hipertensão?		
	a. Dieta	1. Sim	2. Não
	b. Prática de atividade física	1. Sim	2. Não
	c. Toma medicamentos	1. Sim	2. Não
	d. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não
F7	Quando foi a última vez que a sra/você recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão arterial?	1. Há menos de 6 meses	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		5. 3 anos ou mais atrás	
		6. Nunca recebeu	
F8	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão, o atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
F9	Qual foi o serviço de saúde em que a sra/você recebeu atendimento? (nome do serviço)	_____	888. Não sabe
F10	Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?		
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	1. Sim	2. Não
	b. Manter o peso adequado	1. Sim	2. Não
	c. Ingerir menos sal	1. Sim	2. Não
	d. Praticar atividade física regular	1. Sim	2. Não
	e. Não fumar	1. Sim	2. Não
	f. Não beber em excesso	1. Sim	2. Não
	g. Outro (<i>especifique</i>): _____	1. Sim	2. Não

Se 6: Ir para F17

F11	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?			
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos)	1. Sim	2. Não	
	b. Exame de urina	1. Sim	2. Não	
	c. Exame gráfico (eletrocardiograma)	1. Sim	2. Não	
	d. Teste de esforço	1. Sim	2. Não	
	e. Outro (<i>especifique</i>): _____			
	f. Não foi pedido nenhum exame	Se f: Ir para F14		
F12	A sra/você fez todos os exames solicitados?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para F14
F13	Qual o principal motivo da sra/você não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez		
		2. Não achou necessário		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande		
		5. Estava com dificuldades financeiras		
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante		
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas		
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados		
		9. Não sabia onde realizar os exames		
		10. Outro (<i>especifique</i>): _____		
F14	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com um cardiologista ou outro médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para F17
F15	A sra/você foi a todas as consultas com o médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para F17

F16	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		
		2. Não conseguiu marcar		
		3. Não achou necessário		
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		6. Estava com dificuldades financeiras		
		7. O plano de saúde não cobria a consulta		
		8. O serviço de saúde era muito distante		
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		10. Outro (<i>especifique</i>): _____		
F17	A sra/você tem ou teve alguma destas complicações por causa da pressão alta?			
	a. Angina	1. Sim	2. Não	
	b. Infarto	1. Sim	2. Não	
	c. AVC	1. Sim	2. Não	
	d. Insuficiência cardíaca	1. Sim	2. Não	
	e. Outro problema circulatório	1. Sim	2. Não	
	f. Problema nos rins	1. Sim	2. Não	
	g. Outra (<i>especifique</i>): _____			
h. Não teve complicações				
F18	Alguma vez a sra/você se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação desse problema de saúde?	1. Sim, _____ vezes	2. Não	Se 2: Ir para F20
F19	Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos 5. 3 anos ou mais atrás		

F20	Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				
F21	A sra/você tem ou teve algumas das doenças abaixo? <i>[Entrevistador: leia todas as opções de doenças para a entrevistada, se afirmativo, pergunte há quanto tempo foi o diagnóstico e quanto essa doença limita suas atividades habituais]</i>	1. Não	2. Sim, há quanto tempo foi o diagnóstico?		3. Em geral, em que grau esta doença limita suas atividades habituais? 1. Não limita 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Intensamente 5. Muito intensamente	
	a. Diabetes?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		CID [para o codificador] _ _ _ _
	b. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	c. E colesterol alto?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	d. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	e. E artrite?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	f. E problema de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	g. E hepatite?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	h. E asma ou bronquite asmática?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	i. E tuberculose?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	j. E depressão?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
	k. E doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar ou psicose?		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _
l. E outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? ↓ Qual _____		_____ anos	0. Menos de 1 ano		_ _ _ _	

Agora vamos lhe perguntar sobre os medicamentos de uso contínuo.

[Entrevistador: Se a entrevistada não referiu nenhuma doença (incluindo hipertensão), vá para o próximo módulo]

F22	Para algumas das doenças que a sra/você referiu, a sra/você utiliza medicamentos de uso contínuo? [Entrevistador: Verificar consistência com a questão F6 sobre uso de medicamento para hipertensão. Se a entrevistada respondeu que usa medicamentos, ela deverá responder sim]	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para F25
F23	Todos os medicamentos de uso contínuo que a sra/você utiliza foram prescritos por médico?	1. Sim, todos	2. Não, nem todos	3. Nenhum foi prescrito por médico
F24	Como a sra/você obtém os medicamentos de uso contínuo?			
	a. Gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	b. Compra no programa de farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	c. Compra na farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	d. São dados pelo médico	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	e. São dados por amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
	f. Em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum
F25	Nas últimas duas semanas, a sra/você fez uso de algum medicamento para dormir?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para F28
F26	Nas últimas duas semanas, por quantos dias usou o medicamento para dormir?	_____ dias (preencher de 1 a 14)		
F27	O medicamento que a sra/você usa para dormir foi prescrito por médico?	1. Sim	2. Não	

No caso de um dos itens ser respondido com 1, não pergunte os próximos itens: Ir para F25

Agora vamos falar sobre alguns problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos dias.

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência a sra/você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?		Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
F28	Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume				
F29	Se sentir cansada ou com pouca energia				
F30	Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
F31	Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão				
F32	Falta de apetite ou comendo demais				
F33	Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitada ou irrequieta que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume				
F34	Se sentir “para baixo”, deprimida ou sem perspectiva				
F35	Se sentir mal consigo mesma — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma				
F36	Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta				
					Se todas as respostas = “0” ir para F37

Total do pontos [para o codificador]

| | | | | |

[Entrevistador: Somente para as mulheres que assinalaram algum dos problemas acima]

F36a	Em geral, em que grau os problemas acima limitaram as suas atividades habituais (problemas para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas)?	Nenhuma Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Extrema Dificuldade

Agora vamos falar sobre história de doenças na família

[Entrevistador: considere apenas os parentes consanguíneos (sogra/o, cunhada/o, enteada/o, madrasta/padrasto não devem ser considerados neste bloco de perguntas)]

F37	Algum parente seu tem ou teve algumas das doenças abaixo?	Não	Sim, quem?		
	a. Hipertensão arterial		_____		
	b. Diabetes:		_____		
	c. Outra doença, qual _____		_____		
	_____		_____		
F38	Algum parente seu teve câncer de mama?	Não	Sim, quem?	Idade do diagnóstico	
			_____	____ anos	
			_____	____ anos	
			_____	____ anos	
			_____	____ anos	
F39	Algum parente seu teve outro tipo de câncer na família?	Não	Sim, quem?	Que tipo?	Idade do diagnóstico
			_____	_____	____ anos
			_____	_____	____ anos
			_____	_____	____ anos
			_____	_____	____ anos

Agora vamos falar sobre os serviços de saúde que recebe no seu domicílio:

F40	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	1. Mensalmente		Se 5 ou 6: Ir para o próximo módulo
		2. A cada dois meses		
		3. Duas a quatro vezes por ano		
		4. Uma vez por ano		
		5. O domicilio foi cadastrado há menos de 2 meses.		
		6. Nunca recebeu		
		7. Não sabe informar		
F41	Nos últimos 12 meses, que tipos de cuidados os moradores do seu domicílio receberam?			
	a. Perguntas sobre problemas de saúde dos moradores	1. Sim	2. Não	
	b. Orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)	1. Sim	2. Não	
	c. Orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas	1. Sim	2. Não	
	d. Orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)	1. Sim	2. Não	999. NSA <i>Não se aplica: Não há crianças no domicílio.</i>
	e. Acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)	1. Sim	2. Não	999. NSA
	f. Verificação do cartão de vacinação das crianças do domicílio	1. Sim	2. Não	999. NSA
	g. Outro tipo	⇒ Qual _____		

G. Saúde da Mulher

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre a sua saúde, exames preventivos, reprodução e planejamento familiar.

G1	Com que idade a sra/você ficou menstruada pela primeira vez?	_____anos	888. Não sabe	
G2	A sra/você ainda fica menstruada?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para G11
G3	Com que idade a sra/você parou de menstruar?	_____anos	888. Não sabe	
G4	Por qual motivo a sra/você não menstrua mais?	1. Menopausa natural		
		2. Outros tratamentos (hormônios, quimioterapia ou radiação)		
		3. Outro (<i>especifique</i>): _____		
G5	Alguma vez a sra/você fez tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos ou injeções)?	1. Sim, usa atualmente		Se 3: Ir para G8
		2. Sim, já usou, mas não usa mais		
		3. Não		
G6	Este medicamento foi prescrito por médico?	1. Sim	2. Não	
G7	Por quanto tempo faz ou fez uso do medicamento?	_____anos	0. Menos de um ano	
G8	E fitoterápico, a sra/você já usou alguma vez para alívio dos sintomas da menopausa?	1. Sim, usa atualmente		Se 3: Ir para G11
		2. Sim, já usou, mas não usa mais		
		3. Não		
G9	O fitoterápico foi prescrito por médico?	1. Sim	2. Não	
G10	Por quanto tempo faz / fez uso do fitoterápico? [Atenção: usar o verbo no tempo correto, segundo situação de uso atual ou passado]	_____anos	0. Menos de um ano	
G11	Quando foi a última vez que a sra/você fez um exame preventivo ginecológico? [Atenção: se a não sabe sobre o exame explicar..]	1. Menos de 1 ano atrás		Se diferente de 5: Ir para G13
		2. De 1 ano a menos de 2 anos		
		3. De 2 anos a menos de 3 anos		
		4. 3 anos ou mais atrás		
		5. Nunca fez		

G12	Qual o principal motivo da sra/você nunca ter feito um exame preventivo? <i>[Entrevistador: Pergunte primeiro e, se necessário, leia todas as opções para a entrevistada, pode marcar mais de uma]</i>	1. Nunca teve relações sexuais	Ir para G23
		2. Não acha necessário	
		3. Nunca foi orientada para fazer o exame	
		4. Teve dificuldades para marcar consulta.	
		5. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	
		6. O serviço de saúde é muito distante	
		7. Tem dificuldades financeiras	
		8. Tem dificuldades de transporte	
		9. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	
		10. O plano de saúde não cobre a consulta	
		11. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		12. Nunca antes escutou falar do exame	
		13. Outro (<i>especifique</i>): _____	
G13	A sra/você recebeu o resultado do último exame preventivo?	1. Sim, menos de 1 mês depois	Se 5 ou 6: Ir para G23
		2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois	
		3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois	
		4. Sim, 6 meses ou mais depois	
		5. Nunca recebi	
		6. Nunca fui buscar	
G14	A sra/você tem o resultado deste último exame preventivo? <i>[Entrevistador: se a entrevistada, estiver com o exame peça para ver e anote a data, o resultado. Só devolva após preencher as questões G16 e G17]</i>	1. Sim, estou com o exame neste momento. Data: ____/____/____; Resultado 1. Normal 2. Alterado (NIC)	Se 1 ou 3: Ir para G16
		2. Sim, mas não trouxe. Data: ____/____/____; Resultado 1. Normal 2. Alterado . Se alterado, usou algum medicamento ou pomada? 1. Sim 2. Não	
		3. Não tenho, ou não sei se tenho em casa	

G16	Na última vez que fez o exame preventivo, o atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
G17	Qual foi a serviço de saúde em que a sra/você realizou o último preventivo? (nome do serviço)	_____	888. Não sabe	
G18	Após receber o resultado do exame, a sra/você foi encaminhada para consulta com médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para G23
G19	A sra/você foi à consulta com o especialista?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para G21
G20	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido à consulta com o especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi 2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 3. Não conseguiu marcar 4. Não achou necessário 5. Não sabia quem procurar ou aonde ir 6. Estava com dificuldades financeiras 7. O plano de saúde não cobria a consulta 8. O serviço de saúde era muito distante 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas 10. Outro (<i>especifique</i>): _____		Ir para G23
G21	Qual foi o serviço de saúde em que a sra/você se consultou com o especialista? (nome do serviço)	_____	888. Não sabe	
G22	Quando foi a última vez que a sra/você se consultou com o especialista (data)? [Atenção: anote a data caso a entrevistada lembre a data (pelo menos o ano)]	1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais atrás 5. ____/____/____		888. Não sabe

G23	Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais atrás 5. Nunca fez 	
G24	Quando foi a última vez que a sra/você fez um exame de mamografia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 ano atrás 2. De 1 ano a menos de 2 anos 3. De 2 anos a menos de 3 anos 4. 3 anos ou mais atrás 5. Nunca fez 	Se diferente de 5: Ir para G26
G25	Qual o principal motivo da sra/você não ter feito o exame de mamografia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca solicitaram 2. O exame está marcado, mas ainda não fez 3. Não conseguiu marcar 4. Não achou necessário 5. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande 6. Estava com dificuldades financeiras 7. O serviço de saúde era muito distante 8. Teve dificuldades de transporte 9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho e domésticas 10. O plano de saúde não cobria a mamografia 11. Não sabia onde realizar o exame 12. Outro (<i>especifique</i>): _____ 	Ir para G36
G26	A sra/você recebeu o resultado da última mamografia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim, menos de 1 mês depois 2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois 3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois 4. Sim, 6 meses ou mais depois 5. Nunca recebi 6. Nunca fui buscar 	Se 5 ou 6: Ir para G36

G27	A sra/você tem o resultado deste último da última mamografia?	1. 1. Sim, estou com o exame neste momento. Data: ____/____/____; Resultado 1. Normal 2. Alterado		Se 1 ou 3: Ir para G29
	[Entrevistador: se a entrevistada, estiver com o exame <i>peca para ver e anote a data, o resultado. Só devolva após preencher as questões G30 e G31</i>]	2. Sim, mas não trouxe. Data: ____/____/____; Resultado 1. Normal 2. Alterado		
	3. Não tenho, ou não sei se tenho em casa			
G29	Na última vez que fez a mamografia, o atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
G30	Qual foi a serviço de saúde em que a sra/você realizou a última mamografia? (nome do serviço)	_____	888. Não sabe	
G31	Após receber o resultado da mamografia, a sra/você foi encaminhada para consulta com médico especialista?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para G36
G32	A sra/você foi à consulta com o especialista?	1. Sim	2. Não	Se 1: Ir para G34
G33	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido à consulta com o especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		Ir para G36
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande		
		3. Não conseguiu marcar		
		4. Não achou necessário		
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir		
		6. Estava com dificuldades financeiras		
		7. O plano de saúde não cobria a consulta		
		8. O serviço de saúde era muito distante		
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas		
		10. Outro (<i>especifique</i>): _____		

G34	Qual foi a unidade de saúde em que a sra/você se consultou com o especialista (nome do serviço)?	_____	888. Não lembra.
G35	Quando foi a última vez que a sra/você se consultou com o especialista (data)? [<i>Atenção: anote a data caso a entrevistada lembre a data (pelo menos o ano)</i>]	1. Menos de 1 ano atrás	
		2. De 1 ano a menos de 2 anos	
		3. De 2 anos a menos de 3 anos	
		4. 3 anos ou mais atrás	
		5. ____/____/____	888. Não sabe

As seguintes perguntas são sobre planejamento familiar e contracepção.

G36	Nos últimos 12 meses, a sra/você teve relações sexuais?	1. Sim	2. Não	
G37	Nos últimos 12 meses, a sra/você participou de grupo de planejamento familiar?	1. Sim	2. Não	
G38	A sra/você usa algum método para evitar a gravidez atualmente?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para G40
G39	Que método para evitar a gravidez a sra/você usa atualmente?			
	a. Pílula	1. Sim	2. Não	
	b. Tabela	1. Sim	2. Não	
	c. Camisinha masculina	1. Sim	2. Não	
	d. Camisinha feminina	1. Sim	2. Não	
	e. Diafragma	1. Sim	2. Não	
	f. DIU	1. Sim	2. Não	
	g. Contraceptivo Injetável	1. Sim	2. Não	
	h. Implantes (Norplant)	1. Sim	2. Não	
	i. Creme/óvulo	1. Sim	2. Não	
	j. Laqueadura	1. Sim	2. Não	
	k. Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)	1. Sim	2. Não	
l. Outro (<i>especifique</i>): _____				

Agora vou lhe fazer perguntas sobre reprodução familiar

G40	A sra/você já ficou grávida?	1. Sim	2. Não	Se 2: Ir para o próximo módulo
G41	Com que idade a sra/você teve a sua primeira gravidez?	_____anos	888. Não sabe	
G42	A sra/você já teve algum aborto?	1. Sim, quantos? _____	2. Não	
G43	Quantos partos a sra/você já teve?	_____partos	0. Nenhum	Se 0: Ir para o próximo módulo
G44	Quantos partos foram cesarianas?	_____cesarianas		
G45	Quantos filhos nasceram vivos?	_____filhos vivos		
G46	Algum filho nasceu com peso menor que 2500g?	1. Sim, quantos? _____	2. Não	
G47	Algum filho nasceu vivo e morreu antes de completar 1 ano?	1. Não		
		2. Sim, com menos de 7 dias		
		3. Sim, entre 7 e 27 dias		
		4. Sim, com 28 dias e mais		
G48	Em que data foi o último parto?	____/____/_____		

H. Comportamento Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Agora vamos fazer perguntas sobre comportamento sexual.

H1	Com que idade a sra/você teve a primeira relação sexual?	_____ anos			
H2	Quantos parceiros sexuais a sra/você teve no total, ao longo da sua vida?	_____ total (<i>pele menos aproximado</i>)	888. Não sabe		
H3	Na sua primeira relação sexual, vocês usaram preservativo?	1. Sim	2. Não		
H4	Nos últimos 12 meses, a sra/você teve parceiros fixos (<i>isto é, cônjuge, companheiro, namorado</i>)?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não	999. NSA. Nos últimos 12 meses não teve relações sexuais (G36=2).	Se 2: Ir para H7 Se 999 : Ir para H10
H5	Na última relação sexual com parceiro fixo, vocês usaram preservativo?	1. Sim	2. Não		
H6	Nos últimos 12 meses, nas relações sexuais com parceiros fixos, com que frequência vocês usaram preservativo?	1. Nunca			
		2. Menos da metade das vezes			
		3. Mais da metade das vezes			
		4. Todas as vezes			
H7	Nos últimos 12 meses, a sra/você teve parceiros casuais (<i>isto é, paqueras, pessoas com quem "ficou"</i>)?	1. Sim. Quantos? _____	2. Não	999. NSA. Nos últimos 12 meses não teve relações sexuais (G36=2).	Se 2 ou 999: Ir para H10
H8	Na última relação sexual com parceiro casual, vocês usaram preservativo?	1. Sim	2. Não		
H9	Nos últimos 12 meses, nas relações sexuais com parceiros casuais, com que frequência vocês usaram preservativo?	1. Nunca			
		2. Menos da metade das vezes			
		3. Mais da metade das vezes			
		4. Todas às vezes			

Agora vamos fazer perguntas sobre as infecções sexualmente transmissíveis.

H10	Nos últimos 12 meses, a sra/você teve algum dos seguintes problemas na vagina ou no ânus?			Se todos iguais a 2: Ir para H13
	a. Feridas	1. Sim	2. Não	
	b. Bolhas	1. Sim	2. Não	
	c. Verrugas	1. Sim	2. Não	
H11	Na última vez que a sra/você teve algum desses problemas, o que a sra/você fez?	1. Procurei um serviço de saúde		Se 2, 3 ou 4: Ir para H13
		2. Fui diretamente à farmácia		
		3. Me aconselhei com parente ou amigo(a) ou outra pessoa		
		4. Não fez nada		
H12	No último atendimento de saúde por este motivo, a sra/você recebeu alguma das seguintes orientações? (<i>Ler as opções</i>).			
	a. Usar regularmente preservativo	1. Sim	2. Não	
	b. Informar aos(as) parceiros(as)	1. Sim	2. Não	
	c. Fazer o teste de HIV	1. Sim	2. Não	
	d. Fazer o teste de sífilis	1. Sim	2. Não	
H13	A sra/você já fez algum teste de sífilis?	1. Sim, no pré-natal.		Se 3: Ir para H15
		2. Sim, mas não foi no pré-natal.		
		3. Não		
H14	A sra/você poderia me dizer o resultado do teste de sífilis?	1. Positivo		
		2. Negativo		
		3. Não quis informar		
H15	A sra/você já fez algum teste de HIV, o vírus da aids?	1. Sim, no pré-natal.		Se 3: Ir para o próximo módulo
		2. Sim, mas não foi no pré-natal.		
		3. Não		
H16	A sra/você poderia me dizer o resultado do teste de HIV?	1. Positivo		
		2. Negativo		
		3. Não quis informar		

Horário de Término _____ : _____

[Entrevistador: agradeça mais uma vez pela participação e informe o seguinte passo, antes da coleta do exame: verificação da pressão arterial o peso e a sua altura]

I. DADOS AFERIDOS

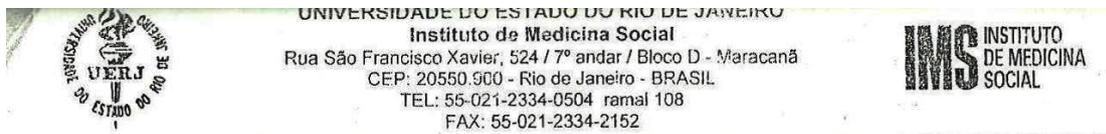
Agora vamos verificar a sua pressão arterial o peso e a sua altura,

I1	Pressão arterial?	_____ mmh
I2	Peso?	_____ kg
I3	Altura?	_____ m _____ cm
I4	Circunferência abdominal?	_____ cm
FIM MUITO OBRIGADO!		
Nome do Entrevistador	_____	
Nome do Aferidor	_____	
Nome do Codificador	_____	
Nome do Digitador	_____	

Resultado de exames referentes às questões:

G14	Preventivo: 1. Normal 2. Alterado	Anote o resultado:
G27	Mamografia: 1. Normal 2. Alterada	Anote o resultado:

ANEXO 2



DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela ESF no município de Juiz de Fora, Minas Gerais" (CAAE – 0026.1.259.180-09), coordenado por Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 08/12/2009.

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2009

MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

ANEXO 3

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família após cinco anos de seguimento no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Pesquisador: Gulnar Azevedo e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48067815.2.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.323.441

Apresentação do Projeto:

As estratégias utilizadas para a detecção precoce do câncer do colo do útero compreendem o diagnóstico e o rastreamento precoce através do exame citopatológico, no entanto, a adesão ao procedimento ainda é um desafio para os serviços de saúde. Estudos de seguimento mostraram que fatores como a idade e tipo viral do HPV estão associados à regressão ou progressão das lesões cervicais, indicando assim a necessidade de detectar a presença, classificar o tipo do HPV e a carga viral nas células do colo do útero a fim de relacioná-los ao possível desenvolvimento de lesões, o que vem sendo defendida enquanto rotina no rastreamento do câncer do colo do útero com o argumento de que oferece melhor sensibilidade e eficiência do que o teste de Papanicolaou. Trata-se de um estudo de coorte com 776 mulheres de 20 a 65 anos da área de abrangência de Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, que há cinco anos foram recrutadas no domicílio por Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da pesquisa: "Avaliação de estratégias para o rastreamento do câncer do colo do útero em mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família". Será realizado com um novo exame citológico e coleta de amostra para PCR nos mesmos critérios de qualidade da primeira coleta. Serão reaplicadas as entrevistas da primeira fase (sociodemográficas, de apoio social, auto-avaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual), e inclusão

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



Continuação do Parecer: 1.323.441

de avaliação de letramento em saúde e auto imagem corporal. As amostras cérvico-vaginais serão coletadas pelos médicos e enfermeiros responsáveis por essa atividade nas respectivas Unidades, sendo uma única coleta para a realização do exame de Papanicolau e para detecção do HPV. Todos os profissionais serão capacitados para realização das técnicas de coleta. O exame de Papanicolau será encaminhado e processado na rede de laboratórios de referência da rede SUS credenciados pela Secretaria Municipal de Saúde. A detecção e tipagem do HPV serão realizadas no INCA, seguindo técnicas apropriadas de preservação e análise. As mulheres receberão os resultados dos exames nas unidades de origem, conforme o fluxo normal de funcionamento estabelecido em cada unidade de atendimento. O encaminhamento para confirmação diagnóstica seguirá as recomendações do Ministério da Saúde. Se necessário, informações adicionais serão retiradas dos prontuários das mulheres estudadas. Amostras de sangue serão armazenadas para análise laboratorial.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência de infecção por HPV e avaliar a progressão de lesões do colo do útero em cinco anos de seguimento de mulheres rastreadas para o câncer do colo de útero, bem como seus fatores associados, em população assistida pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente investigação apresenta risco mínimo para os sujeitos (ex.: a possibilidade de exposição da identidade dos participantes por identificação das características a serem respondidas no questionário). Declara que nenhum procedimento invasivo ou experimental do ponto de vista físico, biológico ou psicológico serão utilizados. Benefícios: Agregar conhecimento a respeito da epidemiologia da infecção por HPV e da progressão desta para lesões de alto grau no colo do útero, melhora das ações de rastreamento para este tipo de câncer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram atendidas as questões levantadas no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-**



Continuação do Parecer: 1.323.441

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_548139.pdf	02/10/2015 17:00:56		Aceito
Outros	Curriculo.docx	02/10/2015 16:57:21	Angélica Atala Lombelo Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	02/10/2015 16:22:39	Angélica Atala Lombelo Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	02/10/2015 16:22:20	Angélica Atala Lombelo Campos	Aceito
Folha de Rosto	proj JF declaração plataforma Brasil (1).pdf	20/07/2015 23:27:16		Aceito
Outros	TOFHLA.doc	13/07/2015 16:47:10		Aceito
Outros	Escala Auto imagem.jpg	13/07/2015 16:46:02		Aceito
Outros	Questionario - final 5 de outubro de 2010Revisto (1).pdf	13/07/2015 16:45:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.jpg	13/07/2015 15:52:00		Aceito
Parecer Anterior	Comitê 2009.jpg	13/07/2015 15:46:23		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Novembro de 2015

Assinado por:
Rossano Cabral Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br