

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

José do Carmo Rocha

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E PRÉ-
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES DE ÁREA ADSCRITA À
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA
MINEIRA**

JUIZ DE FORA

2013

José do Carmo Rocha

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E PRÉ-
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES DE ÁREA ADSCRITA À
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA
MINEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2013

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

Rocha, José do Carmo .
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E PRÉ-
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES DE ÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA /
José do Carmo Rocha. -- 2013.
84 f. : il.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, 2013.

1. Figura 1. Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045 Figura 2. Gráfico da evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009.
2. Epidemiologia. 3. Estudos transversais. 4. Pressão arterial. 5. Mulheres. I. Teixeira, Maria Teresa Bustamante, orient. II. Título.

JOSÉ DO CARMO ROCHA

**“Prevalência e fatores associados à hipertensão e pré-
hipertensão arterial em mulheres de área adscrita à estratégia
de Saúde da família de um Município da Zona da Mata Mineira”.**

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 29/04/2013



Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF



Márcia Guimarães de Mello Alves – UFF



Betânia Maria Fernandes – UFJF

*À Deus que nos decifra e nos
permite...*

A todas Marias:

*Cirila, Madalena, Marta, Divina, Carmem,
Nina, Betânia, Inês, Samantha, Grazielle,
das Graças, de Fátima, de Lourdes,
Beatriz, Francisca, Kristiane, Lúcia, dos
Anjos, do Carmo, Benedita, Rosana,
Laura, Liz, Larissa, Julia, Cláudia, Marina,
Ana Mariana...*

*Enfim, todas às mulheres e,
principalmente à Maria Nazaré e à Maria
Teresa Bustamante Teixeira que dividiu
comigo suas leituras, seu conhecimento e
sua ética em relação à pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À minha família que compreendeu meu ritmo acelerado e minha ausência.

A todos os amigos e, principalmente, àqueles que, na Mostra de Cinema de Tiradentes, 2013, compreenderam minha ausência na praça, enquanto eu tinha que fazer tabelas no Excel, quieto na pousada.

Ao Fernando, Cris, Zéduardo, Lino, e aos meninos lá de casa (Biel, Lucas, André, Tiago, Eduardo, e os meus irmãos), pela certeza que tenho do nosso apoio mútuo, do nosso apoio social.

Ao meu sobrinho Tomáz (*eu te amo um trilhão vezes infinito....*)

A toda equipe do NATES-UFJF que me acolheu com muito carinho

Ao HU-UFJF, PAI/PJF e todos aqueles que acompanharam e vibraram positivamente durante a minha trajetória.

Aos colegas de mestrado que tornaram os créditos mais divertidos.

À Faculdade de Enfermagem (UFJF), meu berço, minha formação.

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia,
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

[...]

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

(Fernando Brant / Milton Nascimento)

*"O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria se aprende é com a vida e os humildes" (Cora Coralina).*

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial e fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos, adscritas à duas unidades de atenção primária à saúde que adotam como modelo de atenção a estratégia de saúde da família. **Métodos:** Estudo transversal sobre saúde da mulher, desenvolvido em parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Juiz de Fora - Brasil. População do estudo composta por 2077 mulheres entre 20 e 59 anos de idade. As variáveis dependentes foram pré-hipertensão (Pressão arterial maior que 120/80 mmHg e menor que 140/90 mmHg) e hipertensão (Pressão arterial igual ou maior que 140/90 mmHg) e/ou afirmativa de diagnóstico médico de pressão sanguínea alta. A pesquisa atendeu a Resolução 196/96 do CNS. A análise dos dados compreendeu: análise univariada, bivariada e multivariada por meio do modelo de regressão de Poisson, que incluiu as variáveis com valor de $p < 0,20$ e aquelas consideradas relevantes para o estudo. **Resultados:** Das 2077 mulheres que participaram da pesquisa 596 foram consideradas hipertensas perfazendo uma prevalência de 28,70%. Já a prevalência de pré-hipertensão foi 20,64%, quando consideradas as 1.773 mulheres que apresentaram pressão arterial aferida menor que 140/90 mmHg. Tanto para a prevalência de hipertensão como para a pré-hipertensão, as faixas etárias mais altas, cor da pele preta ou parda, história familiar positiva para hipertensão arterial e sobrepeso corporal mostraram associação estatisticamente significativa após análise multivariada. Auto avaliação negativa do estado de saúde e tempo de aferição de pressão arterial há menos de 6 meses constituíram-se em fatores de risco para hipertensão enquanto que a obesidade abdominal foi risco para a pré-hipertensão. **Conclusão:** O sobrepeso, fator associado passível de intervenção, mostrou-se fortemente associado à hipertensão arterial e à pré-hipertensão o que condiz com a literatura. Neste sentido, a atuação dos serviços de saúde, em especial das unidades de atenção primária, devem convergir para prevenção do sobrepeso e inclusão da aferição de dados antropométricos nas intervenções de saúde.

Palavras-chave: Estudos transversais. Pressão arterial. Mulheres. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective - To estimate the prevalence of associated factors of prehypertension and hypertension in women from 20 to 59 years, enrolled in two Primary Health Care Units who adopt the Family Health Strategy. Methods - A cross sectional study on women's health, developed in a partnership between UERJ and UFJF. The study population consisted in 2077 women from 20 to 59 years. The study population comprised 2077 women between 20 and 59 years old. The dependent variables were pre-hypertension (blood pressure $> 120/80$ mmHg and $< 140/90$ mmHg) and hypertension (BP $\geq 140/90$ mmHg) and / or statement of medical diagnosis of high blood pressure. The study met the Resolution 196/96 of the CNS. Data analysis included: univariate, bivariate and multivariate analysis using the Poisson regression model that included variables with $p < 0.20$ and those considered relevant to the study. Results: Of the 2077 women who participated in the survey 596 were considered hypertensive making a prevalence of 28.70%. The prevalence of prehypertension was 20.64%, when considering the 1,773 women who had blood pressure measured less than 140/90 mmHg. Both the prevalence of hypertension and prehypertension for the higher age groups, color black or brown skin, family history of hypertension and overweight body showed statistically significant after multivariate analysis. Negative self-evaluation of health status and time of blood pressure measurement less than six months constituted risk factors for hypertension while abdominal obesity was a risk factor for prehypertension. Conclusion - Being overweight is strongly associated with blood hypertension and prehypertension concerning literature. Thus, local policies of Primary Health Care Unit must converge to prevent overweight and include measurement of anthropometric data on health interventions.

Keywords: Cross-sectional studies. Blood pressure . Women. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045	12
Figura 2. Gráfico da evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009.....	13
Figura 3. Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007.	20
Figura 4. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009	26
Figura 5. Benefícios da atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CARMEN	Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades não Transmissíveis.
DCNT	Doenças crônico-degenerativas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
IMS	Instituto de Medicina Social
HA	Hipertensão arterial
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VDs	Visitas domiciliares
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	16
1.2	HIPERTENSÃO E PRÉ-HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	21
1.3	FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	24
1.3.1	Obesidade corporal e abdominal	26
1.3.2	Apoio social	31
2	JUSTIFICATIVA	34
3	OBJETIVO	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.2	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	37
4.3	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	38
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	39
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5	RESULTADOS	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

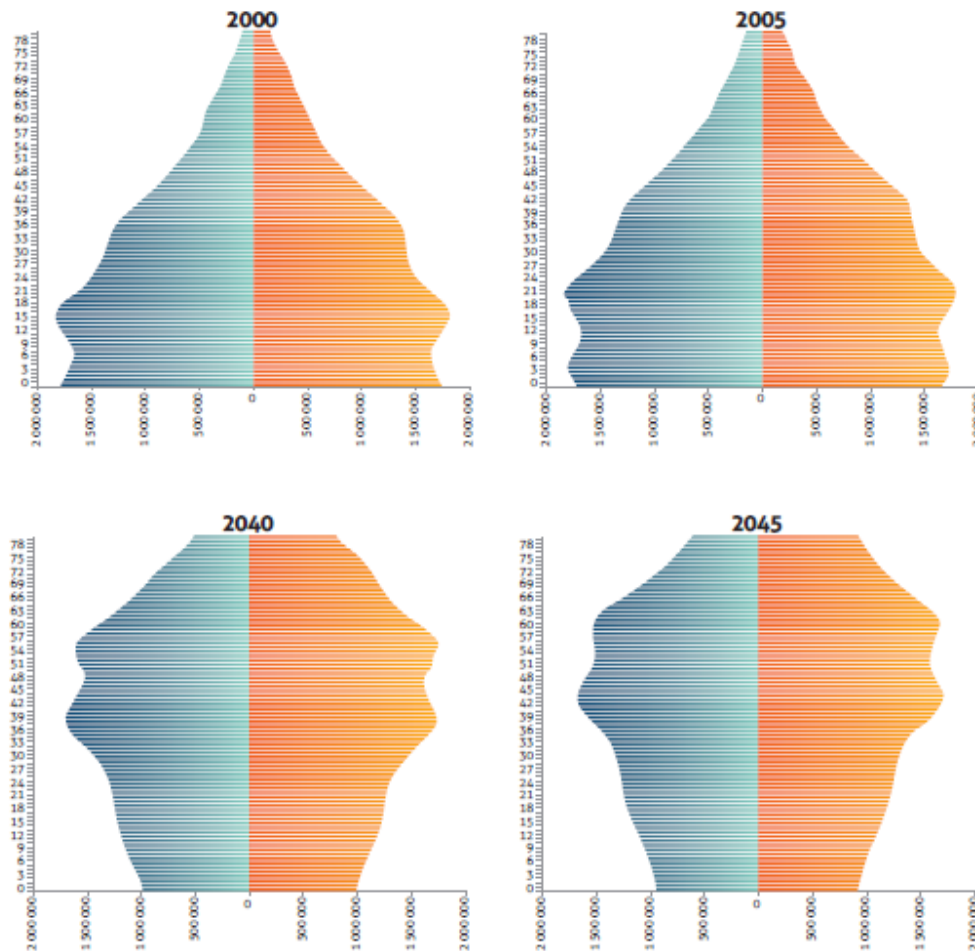
As doenças cardiovasculares contribuem, como grupo causal, para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras, em especial nas regiões sul e sudeste. Além disso, constituem um dos principais fatores de internação com consequentes gastos públicos. Representam a primeira causa de óbito no país e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física (BRASIL, 2011c; MENDES, 2012).

A redução dos índices de adoecimento e mortes por doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) é uma das lacunas do setor-saúde brasileiro por representar parcela considerável dos gastos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012; CASTRO et al., 2004).

Os anos de vida perdidos prematuramente, os afastamentos do trabalho e as aposentadorias precoces ameaçam o sistema previdenciário em países com crescimento da população de idosos, desafiados pelas fragilidades públicas dos serviços de saúde. No Brasil, segundo projeções da Organização das Nações Unidas de 2002 a idade mediana populacional passará de 25,4 a 38,2 anos em 2050, refletindo no envelhecimento populacional e na prevalência de DCNT, entre elas a hipertensão arterial (H A) (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A estrutura etária brasileira vem sofrendo transformações significativas, com redução da proporção de crianças e jovens, aumento dos idosos e da expectativa de vida (Figura 1). Essa transição demográfica acarreta o aumento da carga de doenças, principalmente as DCNT. Trata-se de um desafio que acarreta repensar a oferta de serviços nas décadas futuras (BRASIL, 2011a).

Figura 1. Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045



Fonte: Brasil (2011a, p. 27)

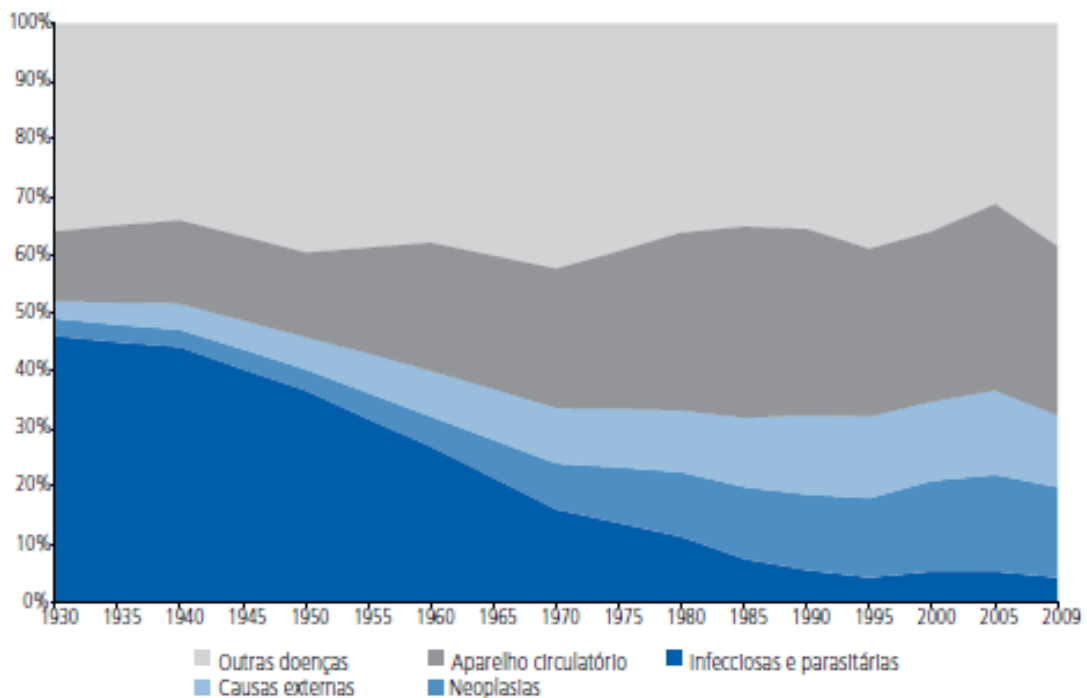
A HA representa um dos desafios, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle, tais como serviços médicos, pessoal capacitado, medicamentos bem como as implicações negativas e o impacto à saúde em sinergia com outras doenças (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Na América Latina e no Caribe, as DCNT combinadas constituem a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade. As DCNT de maior importância são as cardiovasculares, os cânceres e o *diabetes mellitus*. Entre as doenças cardiovasculares, os acidentes vasculares cerebrais e a doença isquêmica do coração são as mais frequentes em termos de mortalidade, e a hipertensão arterial sistêmica em termos de prevalência (BRASIL, 2007; PIMENTA, 2012).

A HA apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, tem custo social elevado, é importante fator de risco para as doenças do aparelho circulatório e associa-se às demais doenças e condições crônicas (BRASIL 2011a).

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva. Em 2003, essas doenças responderam por apenas 5%. As doenças cardiovasculares que representavam somente 12% das mortes na década de 30, atualmente são as principais causas de óbito em todas as regiões do Brasil (MALTA et al., 2006; Mendes., 2012). A Figura (2) demonstra a evolução da mortalidade proporcional segundo causas, no Brasil, de 1930 a 2009.

Figura 2. Gráfico da evolução da mortalidade proporcional segundo causas, Brasil, 1930 a 2009



Fonte: Malta apud Mendes (2012, p. 36)

A mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer entre mulheres foi de 211,6 e 151,3 por 100000, respectivamente, em 2007. O risco cardiovascular foi significativamente maior em mulheres comparadas com homens, com 53% para mulheres e 41% para os homens com três ou mais fatores de riscos (BRASIL, 2007; PIMENTA, 2012).

De acordo com Mendes (2012, p. 36) “a predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do país: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul.”

O crescimento das DCNT é resultado da mudança de vários aspectos ao longo do tempo. A transição epidemiológica é um fator precursor da epidemia, em função da queda das taxas de natalidade, diminuição da mortalidade infantil, com aumento da população e da expectativa de vida (BRASIL, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003).

A hipertensão lidera os fatores de risco de mortalidade mundial superando o tabagismo, a glicemia aumentada, e a obesidade, isso enfatiza a importância da modificação do estilo de vida para prevenir e controlar a hipertensão e a pré-hipertensão (SLIMKO; MENSAH, 2010).

O termo pré-hipertensão surgiu para alertar os clínicos e pacientes sobre a elevação da pressão sanguínea, bem como a progressão para hipertensão. A pré-hipertensão é um estágio intermediário para a hipertensão. Definida por níveis de pressão sanguínea entre a normotensão e a hipertensão, quando atinge pressão sistólica de 120 a 139 mmHg e/ou a pressão diastólica de 80 a 89 mmHg. Indivíduos com pré-hipertensão possuem maior risco de desenvolver hipertensão (FUCHS et al., 2011; GLASSER et al., 2011).

A prevalência de pré-hipertensão e sua associação com outros fatores, bem como o risco para incidência de eventos por doenças cardiovasculares foram determinados em 60785 mulheres australianas, pós-menopausa, acompanhadas por mais de sete anos. A pré-hipertensão foi identificada em 39% das mulheres comparadas com outras normotensas. Aquelas com pré-hipertensão tiveram aumento de 58% do risco de morte por evento cardiovascular, 76% de aumento de risco para infarto do miocárdio, 93% de aumento de risco por derrame, 36% de aumento do risco para hospitalização por falência cardíaca e 66% de aumento do risco para qualquer outro evento cardiovascular. A pré-hipertensão está associada com o colesterol alto e índice de massa corporal aumentado, portanto são indiscutíveis a importância da redução dos fatores de risco por meio de medidas preventivas (HSIA et al., 2007; PIMENTA, 2012).

Para controle da H A é necessário aumentar a investigação e sua detecção, que inicia com a apropriada aferição da pressão arterial, por isso o rastreamento dos

níveis tensionais é um procedimento que deve ser realizado pelo profissional de saúde como medida preventiva, fazendo parte do exame clínico. Assim, é possível detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis de pressão arterial, o que facilita o diagnóstico e tratamento precoce (CONCEIÇÃO et al., 2006).

As abordagens educativas relativas à hipertensão, ainda se atém ao tratamento, controle dos fatores de risco e à prescrição de cuidados. Torna-se necessário, a modificação dos paradigmas e novos conceitos sobre o processo saúde-doença, assim como conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças e hábitos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Além de ser uma doença tratável, a hipertensão é um evento que deve ser medido clinicamente em qualquer nível de atenção à saúde, em um estágio que pode culminar com complicações cardiovasculares. Dados nacionais obtidos a partir de quase 400.000 entrevistas estimam que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade ≥ 20 anos e cerca da metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 60 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão (SCHMIDT et al., 2011).

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco busca evitar um crescimento epidêmico e suas consequências para a qualidade de vida e para os sistemas de saúde. Anualmente as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração matam 12 milhões de pessoas no mundo. Além disso, a cada ano, 3,9 milhões morrem por complicações decorrentes da hipertensão arterial e de cardiopatias (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PIMENTA, 2009).

A HA destaca-se tanto como doença, quanto um risco para complicações cardiovasculares, o que amplia a necessidade de investigações sobre o perfil epidemiológico, a fim de desenvolver propostas de prevenção de danos e promoção de condições de vida mais favoráveis à saúde. A HA é um importante fator de risco modificável para mortalidade e morbidade cardiovascular; prevalente em ambos os sexos, porém com previsão de maior crescimento entre as mulheres quando comparadas aos homens (PIMENTA, 2012).

Em estudos de prevalência de hipertensão arterial em diversas cidades brasileiras, os coeficientes são relativamente mais altos em mulheres – provavelmente em função da maior sobrevivência desse grupo em relação aos

homens – e a mortalidade tem tido grande impacto nas faixas etárias mais jovens até os 65 anos de idade (ALVES, 2004).

Em contra partida a pré-hipertensão é pouco conhecida, conforme Fuchs e outros (2011) e Glasser e outros (2011), o que torna relevante os estudos sobre as alterações da pressão arterial, uma vez que a pré hipertensão pode levar a hipertensão e conseqüentemente piorar as condições crônicas.

Segundo Mendes (2012),

[...] o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas –, representam 75% da carga global das doenças no país. Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição e causas externas, representam 25% da carga de doença. (MENDES, 2012, p. 36).

Diante da magnitude das DCNTs, seus fatores associados, o estudo em tela buscou estimar a prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial e fatores associados, em mulheres que residam em uma área adscrita coberta por serviços de atenção a saúde da família em um município da zona da mata mineira.

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

As DCNTs são a causa principal de mortalidade e incapacidade prematura na maioria dos países. Estima-se que aproximadamente 30% da população brasileira com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Por esta razão, a OPAS/OMS vem trabalhando no desenvolvimento de estratégias e instrumentos que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção prematura e controle permanente, assim como metodologias e iniciativas que ampliem o nível de conhecimento das populações e das autoridades sobre o impacto e implicações em saúde pública. Entre as estratégias mais reconhecidas e aceitas na atualidade, o projeto “CARMEN” representa o mecanismo mais viável e objetivo para desenvolver atividades e programas sustentáveis para o controle e a prevenção.

A Rede CARMEN (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades não Transmissíveis) reúne os países das Américas na luta contra as

enfermidades crônicas. A iniciativa tem por meta melhorar a saúde das populações por meio da redução dos fatores de risco associados às DCNT (BRASIL, 2007).

Desde 1995, a OPAS vem trabalhando e melhorando estratégias, de vigilância, monitoramento, investigação, organização de serviços e participação da comunidade. O propósito de CARMEN é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população em geral, por meio da diminuição dos fatores de risco associados à ocorrência das DCNT.

Fatores de risco para doenças cardiovasculares têm sido pesquisados em estudos longitudinais nos Estados Unidos, incluindo *Framingham Heart Study*, *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), *Atherosclerosis Risk in Communities* (ARIC) e pela *World Health Organization* (WHO) o estudo MONICA (*Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*). Esses estudos e outros com delineamento prospectivo têm confirmado que níveis altos de colesterol, pressão alta e tabagismo são os maiores fatores de risco para doença coronariana (EICHNER et al., 2010).

As doenças crônicas estão, também na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares lideram as causas de mortalidade e morbidade, gerando grandes demandas aos serviços de saúde. Com o objetivo de suprir importantes lacunas de conhecimento sobre a incidência dessas doenças e seus fatores de risco, foi idealizado o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA Brasil (BRASIL, 2007).

O ELSA Brasil é um estudo de coorte multicêntrico, que acompanha cerca de 15 mil funcionários e docentes de seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. O estudo envolve homens e mulheres entre 35 e 74 anos e a pesquisa de caráter multidisciplinar tem o objetivo de investigar o desenvolvimento de doenças crônicas na população brasileira. Pretende, ainda, oferecer oportunidades de formação de pesquisadores e desenvolvimento científico nacional. O exame inicial (2008-2010) incluiu entrevistas, exames clínicos e antropométricos. Um exame de acompanhamento está previsto para 2012-2013 (AQUINO et al., 2012; BRASIL, 2007).

Resultados do estudo ELSA mostram, até agora que o Brasil é um país de renda média, que tem sido, ao longo das últimas décadas, submetido a uma das mais rápidas transições demográficas mundiais. Mais de 85% dos brasileiros vivem

atualmente em áreas urbanas. O envelhecimento da população resulta em um aumento da carga de doença crônica. Dentro deste contexto, o Brasil também está experimentando uma rápida transição nutricional, com aumento significativo no excesso de peso e obesidade. Seu coeficiente de desigualdade, como o de muitos outros países latino-americanos e caribenhos, permanece entre as mais altas do mundo (AQUINO et al., 2012).

Conforme os autores anteriormente referidos, ELSA identifica o perfil epidemiológico dos brasileiros já que o que se sabe sobre a epidemiologia da doença crônica é proveniente de grandes estudos de coorte realizados nos Estados Unidos e Europa Ocidental. Muito poucos estudos desse tipo foram realizados em países de baixa e média renda, onde as prevalências de modificadores de efeito podem ser diferentes daqueles em países de alta renda e novos fatores podem estar presentes.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), no Brasil, prioriza desde 2006 diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool, e também é uma prioridade do governo. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações a fim de promover a qualidade de vida, prevenir e controlar DCNT. O Programa da Academia da Saúde Pública implantado pelo SUS, em 2011, tem por meta atacar o sedentarismo, a obesidade e as doenças crônicas (BRASIL, 2011a; DOMINGUEZ, 2011).

Além disso, a vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dos fatores de risco na população, identificando condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil trabalha desde 2003 com inquéritos de saúde para vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT. Em 2006, foi implantado o sistema VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Essa medida se fez por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP. Representam estimativas sobre a frequência e distribuição sócio-

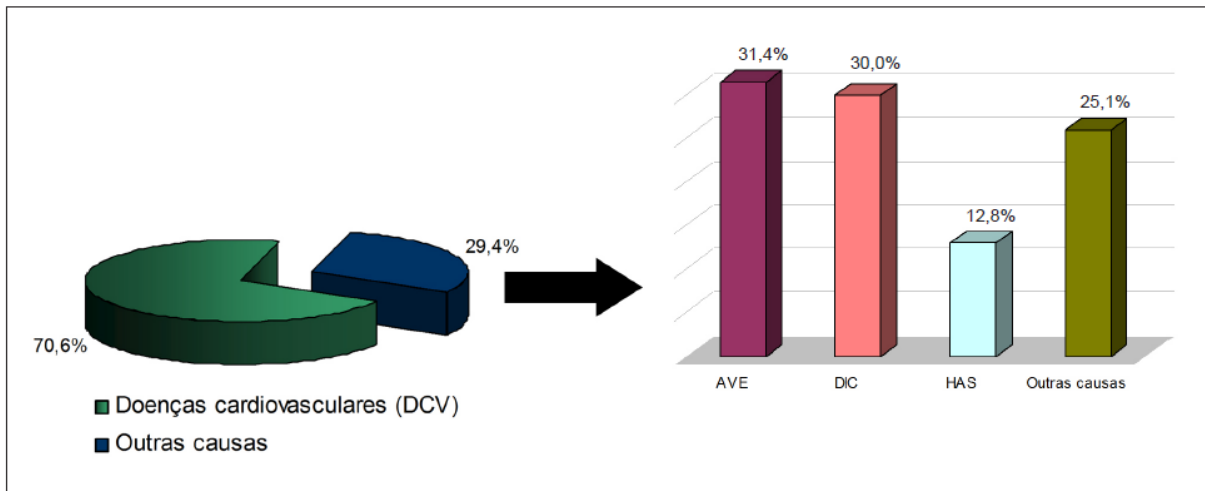
demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2011c).

Entre as políticas essenciais no cumprimento da meta para o enfrentamento das DCNT, está a organização da vigilância de doenças crônicas, política antitabagismo, incentivo à alimentação saudável, expansão da atenção básica, ampliação do acesso ao tratamento das doenças, a oferta gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes nas farmácias populares, estabelecida desde fevereiro de 2011 com o programa “Saúde não tem preço”. Somam também as alternativas voltadas para vencer o sedentarismo e medidas para incentivar redução de sódio nos alimentos, além de campanhas para prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 2011a).

“*Eu sou 12 por 8*”, por exemplo, é uma campanha humanitária criada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia para conscientizar a população sobre os benefícios de manter a pressão arterial em níveis adequados e sobre os riscos da hipertensão. Hoje, no Brasil, existem mais de 30 milhões de hipertensos que precisam entender e cuidar da sua saúde para viver mais e melhor. A hipertensão arterial não controlada é a principal causa das duas doenças que mais matam no Brasil: o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio (MALACHIAS, 2010).

A cada ano, 300 mil brasileiros são vitimados pelas doenças cardiovasculares (DCV), principalmente causadas pela hipertensão. Um número duas vezes maior que as mortes causadas por câncer de todos os tipos, três vezes mais que aquelas devido a acidentes e quatro vezes maior que as causadas por infecções, incluindo a AIDS (Figura 3).

Figura 3. Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p.1)

Legenda: AVE – Acidente vascular encefálico; DIC – Doença isquêmica do coração; HAS – Hipertensão arterial sistêmica.

O grande desafio da campanha “*Eu sou 12 por 8*” é que as pessoas percebam os benefícios de ter uma pressão normal ou controlada e a gravidade da hipertensão não tratada, façam um diagnóstico precoce e não abandonem o tratamento. No Brasil, estima-se que apenas 10%, dos cerca de 30 milhões de hipertensos existentes, façam o controle adequado da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [2010]).

As amplas variações sobre limites de normalidade publicadas nos últimos anos sobre a pressão e hipertensão arterial faz com que cada vez mais os profissionais de saúde considerem níveis diferenciados de classificação de pressão arterial. Reflexões sobre o fato de que o risco cardiovascular aumenta proporcionalmente com a elevação da pressão arterial a partir de níveis de 115/75 mm Hg, suscitou novos consensos no início da década passada (FUCHS et al., 2011).

1.2 HIPERTENSÃO E PRÉ-HIPERTENSÃO ARTERIAL

A pressão arterial (PA) é a força exercida sobre as paredes de uma artéria pelo sangue que pulsa sob tensão propiciada pelo coração. Reflete as interrelações do débito cardíaco, resistência vascular periférica, do volume e viscosidade do sangue e elasticidade arterial (POTTER; PERRY, 2006).

A H A é um distúrbio assintomático caracterizado pela elevação persistente da P.A. Distúrbio associado à espessura e perda da elasticidade das paredes arteriais o que força o bombeamento cardíaco contínuo contra uma grande resistência (POTTER; PERRY, 2006).

Foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século XX, inventados pelo italiano Riva Rocci, em 1896, em Turim. Em 1905, o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro (LUNA, 2001).

Antes de 1950 não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial. Mais da metade dos hipertensos graves morria de insuficiência cardíaca congestiva, 15% de coronariopatia, 15% de insuficiência renal e 15% de hemorragia cerebral. Em 1949, Genival Londres, proferindo célebre conferência na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, afirmava textualmente: "Não há tratamento para a hipertensão arterial" (LUNA, 2001).

A única alternativa eficaz era a dieta de Kempner, receitada pelos melhores clínicos; consistia diariamente de: 400gr de arroz, acompanhada de frutas e açucarados, sendo hipocalórica, hipossódica, hipoproteica, insípida e de difícil tolerância, porém, a única medida terapêutica àquela época (LUNA, 2001).

A alta prevalência da H A mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios desfavoráveis tornam importante o conhecimento de sua ocorrência regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de outras doenças (JARDIM et al., 2007).

A HA é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010, p. 1470).

A publicação do JNC-7, (*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure*), considera pré-hipertensos os indivíduos com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120-139 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg e como hipertensão níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mm Hg. Maiores de 50 anos de idade com pressão sanguínea sistólica superior a 140 mmHg apresentam importante risco para doenças cardiovasculares (DCV) e aqueles considerados pré-hipertensos requerem modificação dos estilos de vida (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2003). O termo pré-hipertensão foi, a princípio, contestado pelo meio científico uma vez que nem todos os indivíduos pré-hipertensos tornar-se-iam doentes.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura. Além disso, sabe-se que as estratégias fundamentais para a prevenção de doenças são a mudança de estilo de vida, alimentação saudável e práticas regulares de exercícios físicos.

As principais modificações no estilo de vida que mostram redução nos níveis de pressão sanguínea incluem: perda de peso, baixa ingestão de sódio e dieta rica em cálcio e em potássio, adesão a atividades físicas, moderação no consumo de álcool. Além dos efeitos hipotensores, a modificação do estilo de vida assegura a eficácia de anti-hipertensivos e diminui o risco de doença cardiovascular (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2003).

Para compreender melhor a hipertensão e pré-hipertensão, utilizou-se o levantamento dos artigos na literatura por meio de busca em base de dados no sítio biblioteca virtual de saúde que oferece dados bibliográficos em literatura científica na área de saúde, com publicações nacionais e internacionais. Foram explorados os descritores estudos transversais, hipertensão, pré-hipertensão arterial e mulheres.

Embaram a construção desta pesquisa 169 artigos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e 32 artigos pesquisados na *National Library of Medicine* (NCBI) utilizando os descritores Estudos transversais, pressão arterial, prevalência de hipertensão arterial, apoio social e mulheres (Quadro 1). Utilizou-se também os *consensos* norte-americanos e as últimas diretrizes brasileiras sobre a

hipertensão arterial, além de livros didáticos e fontes discutidas nas disciplinas do programa de pós-graduação dos pesquisadores do estudo em tela. Após leitura dos resumos foram selecionados os artigos que convergiam para o objeto pesquisado. Muitos artigos que discutiam a prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial em adolescentes foram incluídos, uma vez que a preocupação em relação aos eventos estudados tem sido comum nesse grupo de pessoas, e também devido às variações fisiológicas que antecedem a vida adulta. Excluíram-se aqueles artigos que foram obtidos em duplicidade.

Quadro 1. Prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial em algumas regiões do Brasil e do mundo

Referência	Área de Estudo	Ano de Publicação	Amostragem	Pré-HA (%)	HA (%)
Pinto et al.	Salvador (BA)	2011	1.125 jovens, de 7 a 14 anos	9,3	4,8
Hartman et al.	São Leopoldo (RS)	2007	1.020 mulheres	–	26,2
Nery et al.	Niterói (RJ)	2011	357 adultos	35,6	–
Oliveira et al.	Feira de Santana (BA)	2001	701 crianças de 5 a 9 anos	–	3,6
Rosa et al.	Niterói (RJ)	2006	456 adolescentes de 12 a 17 anos	8,6	4,6
Borges, Peres e Horta	Cuiabá (MT)	2007	601 crianças de 7 a 10 anos	3,8	2,3
Gomes e Alves	Recife (PE)	2006	1.878 adolescentes de 14 a 20 anos	–	17,3
Araújo et al.,	Fortaleza (CE)	2008	342 jovens de 6 a 18 anos	–	44,7
Meng et al	China	2012	25.196 adultos	47,7 (H) 33,6 (M)	–
Acosta et al.	USA	2012	1.020 estudantes	15,0	2,5

Sonkodi et al.	Hungria	2012	2.012 pessoas	39,8	22,6
Ferguson et al.	Jamaica	2008	2.012	35,0 (H) 31,0 (M)	30,0
Glasser	USA	2011	5.553 pré-hipertensos, 20.351 hipertensos e 4.246 normotensos	62,9 (N) 54,1 (B)	–

Fonte: O autor

Legenda: H: homem; M: mulher; N: negro; B: branco

Pinto e outros (2011), avaliando a associação entre níveis pressóricos elevados e o estado antropométrico, observaram, para os que apresentaram excesso de peso, uma possibilidade 3,13 vezes maior de apresentarem pré-hipertensão arterial e 3,02 vezes maior de hipertensão arterial, quando comparados com os indivíduos de peso normal. Essa associação é também relatada em inúmeros estudos epidemiológicos, tanto em adultos, quanto em crianças e adolescentes, confirmando que o excesso de peso impacta negativamente em níveis pressóricos elevados e nas condições de saúde (FERREIRA; AYDOS, 2010; LE et al., 2011).

1.3 FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), apresentam como principais fatores de risco para a hipertensão arterial: idade, gênero e etnia, alta ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, excesso de peso e obesidade, fatores econômicos e genéticos.

Quanto à idade existe relação direta e linear da PA, sendo a prevalência de HA superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos.

Quanto ao gênero e etnia é mais comum em mulheres, nas quais predominam as formas de evolução mais benigna e tardia, enquanto nos homens é mais precoce e mais grave. Em mulheres o uso de contraceptivos orais pode

aumentar a pressão sanguínea e o risco para hipertensão, proporcional ao tempo de uso. O desenvolvimento de hipertensão é uma razão para considerar outras formas de contracepção (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2003).

Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado tem sido demonstrado o efeito hipotensor da restrição de sódio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Alves (2004) afirma que existem evidências consistentes da influencia de fatores psicossociais na distribuição de hipertensão arterial na população. Esses fatores estariam relacionados com características socioeconômicas e ao problema de saúde crônico a que estão submetidas pessoas com menor status social.

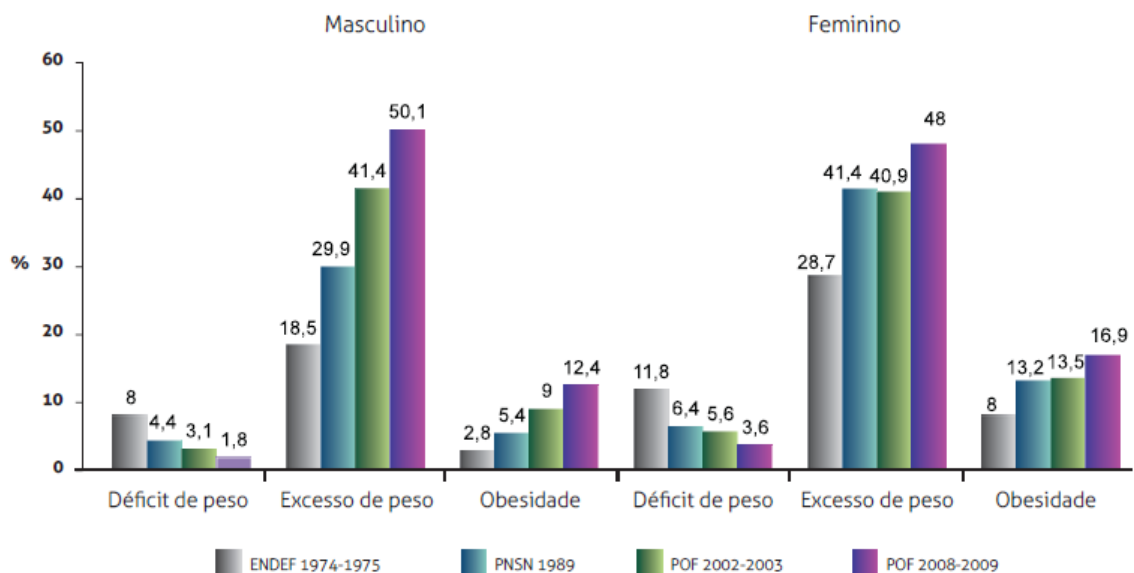
A atividade física reduz a incidência de HA, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV). Já a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HA é complexa e difícil de ser estabelecida, porém a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

1.3.1 Obesidade corporal e abdominal

A Organização Mundial de Saúde indica o uso da antropometria para a vigilância dos fatores de risco das doenças crônicas. Além do peso e da altura, recomenda a medida da cintura abdominal como forma de mensurar a deposição de gordura. Dado obtido a baixo custo, podendo ser utilizados tanto na saúde pública quanto na clínica (CASTRO et al., 2004).

O sobrepeso e a obesidade, que são medidos pelo índice de massa corporal (IMC), constituem problemas que vêm crescendo em decorrência das mudanças nos hábitos de vida, principalmente na dieta e na atividade física. O excesso de gordura depositado na região abdominal é, comprovadamente, um forte preditor para doença cardiovascular (BARATA, 2008; COLOMBO et al., 2003). É crescente a preocupação com o aumento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira, constatado por inquéritos realizados no país entre os anos de 1974 e 2009 (Figura 4).

Figura 4. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo, Brasil – períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



Fonte: Brasil (2011a, p. 48)

A obesidade é o principal fator relacionado à hipertensão segundo análises multivariadas após controle por estilo de vida e fatores socioeconômicos. O excesso de gordura na região abdominal pode ter maior capacidade preditiva que a massa corporal total para o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Ensaios clínicos têm mostrado que a perda de peso por intervenção de dietas pode reduzir os níveis de pressão sanguínea. Existem duas categorias de obesidade: obesidade generalizada medida pelo índice de massa corporal, e a obesidade abdominal que é medida pela circunferência do abdome (ATALLAH et al., 2010; CASTRO et al., 2004; MENG et al., 2012).

O excesso de peso associa-se com maior prevalência de H A desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. O desequilíbrio entre a ingestão adequada de nutrientes e o gasto energético efetivo leva ao acúmulo de gordura e obesidade, riscos de adoecimento e morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O IMC (kg/m²) – acima de 25 está associado ao maior risco de desenvolvimento de morbidades crônicas não transmissíveis, sendo este gradativo e contínuo. Entretanto, como os indivíduos diferem em relação à composição corporal e localização da gordura, o uso do IMC deve ser associado a medidas da distribuição de gordura, como forma de melhor predizer o risco (CASTRO et al., 2004).

Mulheres preocupadas com a imagem corporal, geralmente são vítimas de dietas da moda, milagrosas, de baixo custo, com resultados imediatistas, mesmo sabendo dos benefícios da dieta equilibrada somados aos resultados positivos da atividade física.

Através dos meios de comunicação impõe-se a cultura do belo mantida por uma "indústria do belo" sustentada na ideia de que uma mulher, para ser bonita e socialmente aceita, precisa ser (muito) magra, levando especialmente as adolescentes aos assim denominados "comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso. (VALE; KERR; BOSI, 2011, p. 122).

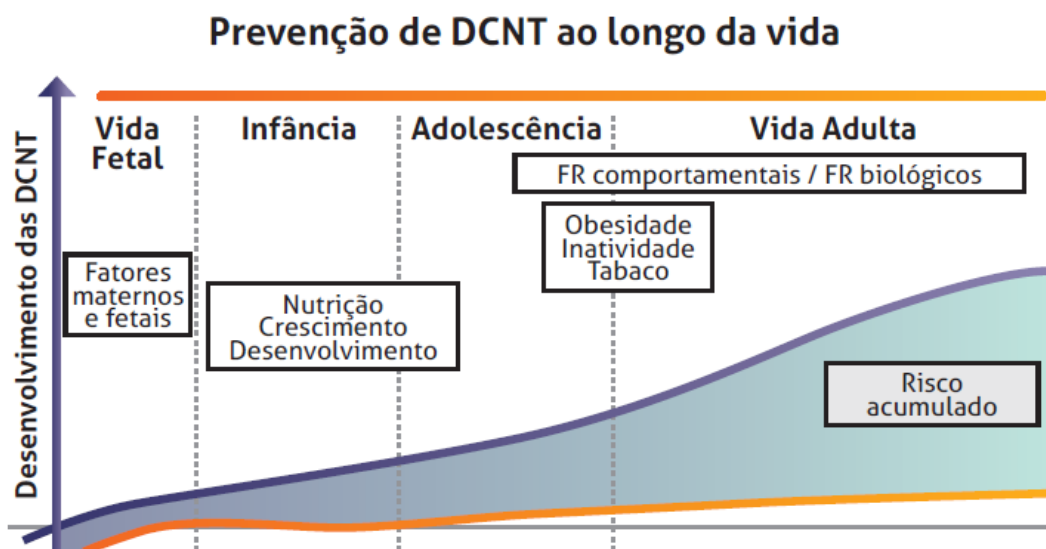
Segundo Katz, Elmore e Jekel (2005) os riscos para doença arterial coronariana, em pessoas que estão com excesso de peso, depende de como a

gordura está distribuída. A gordura localizada na parte central do corpo tem implicações com a resistência insulínica, aumento da intensidade da ação do sistema nervoso simpático e com a hipertensão.

Sabe-se que os níveis de atividade física, fator de proteção para hipertensão arterial, na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. Sabe-se, também que 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011b).

Além de desfechos cardiovasculares Mendes e outros (2011) afirmam que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer que são passíveis de prevenção, depois do tabagismo, o sobrepeso e a obesidade parecem ser a causa mais importante. A obesidade envolve hábitos de vida, aspectos nutricionais e genéticos. O esforço para diminuir os índices de DCNT e a obesidade passa necessariamente pelo empenho dos indivíduos vulneráveis para transformar seus próprios hábitos e forma de viver (Figura 5).

Figura 5. Benefícios da atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida



Fonte: Brasil (2011a, p. 59)

Reconhecendo os impactos causados pelas doenças crônicas não transmissíveis e a necessidade de prevenção de doenças e promoção da saúde, a *57th World Health Assembly (WHA)*, em 2004, elaborou estratégias para o enfrentamento dos principais fatores de risco para doenças não transmissíveis destacando a dieta adequada, atividade física e estilos de vida saudável como princípios fundamentais.

A atividade física realizada regularmente proporciona importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Entre essas adaptações, a redução nos níveis de repouso da pressão arterial é importante no tratamento da hipertensão arterial de grau leve, uma vez que, por meio do treinamento físico, é possível para o paciente diminuir a dosagem dos seus medicamentos ou manter a pressão arterial controlada sem fármacos. O treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular levando à bradicardia, a diminuição da atividade nervosa simpática renal e da atividade nervosa simpática muscular, assim como o menor débito cardíaco. Essas alterações são também observadas na pressão arterial, quando os níveis pressóricos são reduzidos após o treinamento (BRANDÃO RONDON; BRUM, 2003; RIEGEL, 2005).

Os padrões de atividade física começaram a ser estudados recentemente no Brasil, portanto, tendências seculares de gasto de energia são desconhecidas. Em 1996-1997, uma pesquisa nacional mostrou que apenas 3,3% dos adultos brasileiros relataram realizar o nível mínimo recomendado de trinta minutos de atividade física durante o período de lazer, pelo menos cinco dias por semana (BRASIL, 2011b).

Autorrelatos registrados em pesquisas Vigitel sugerem que os níveis de atividade física melhoraram, mas é provável que isso seja insuficiente para compensar o declínio no gasto de energia ocupacional. Levantamento do Ministério da Saúde mostra que quase metade da população adulta (48,1%) está acima do peso e 15% são obesos. Mais da metade dos homens está acima do peso (52,1%). Entre as mulheres, a proporção é de 44,3% (BRASIL, 2011b; SCHMIDT et al., 2011).

A relação entre atividade física e saúde não é recente, tendo sido mencionada em antigos textos da China, da Índia, da Grécia e de Roma. No entanto, somente nas três últimas décadas do século XX foi possível confirmar que o baixo nível de atividade física representa importante fator de risco no desenvolvimento de

DCNT como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer, como o de cólon e o de mama (BRASIL, 2002).

O principal fator responsável pela epidemia de obesidade parece ser a mudança ambiental que promove excesso de ingestão calórica com disponibilidade abundante de alimentos palatáveis e de baixo custo, e desencoraja atividade física, com as facilidades da vida moderna decorrentes da urbanização das cidades e do avanço tecnológico. Entretanto, para a expressão do fenótipo e o desenvolvimento da doença é necessário o ambiente “obesogênico”, num indivíduo geneticamente predisposto. (FERNANDES; FUJIWARA; MELO, p. 11).

O risco nutricional preocupa desde infância quanto a necessidade de investimentos na promoção de saúde, em níveis de atenção local regional e universal nos diversos cenários de práticas acadêmicas, de educação e de assistência à saúde, nas instâncias deliberativas de gestores e sociedade em geral. Publicações oficiais sobre saúde comprovam que um estilo de vida benéfico é o melhor de todos os remédios, superando inclusive a realidade estrutural do sistema de saúde de um país (RIEGEL, 2005).

A importância dada às práticas de atividades físicas tem aumentado ao longo das últimas décadas inclusive no que se refere à necessidade de associar alimentação saudável, nutrir-se antes dos treinos adequadamente, para que o organismo possa ter resistência, consumir a energia necessária para manter o equilíbrio e para obter saúde, mas existem lacunas a serem enfrentadas. Os brasileiros estão ingerindo menos de um terço da quantidade de alimentos recomendados para prevenir doenças. Apenas 126,4 gramas de frutas, legumes e verdura por dia, enquanto o mínimo indicado é 400gr (BRASIL 2011a).

As atitudes, as atividades e o pensamento de um indivíduo respondem por 54% do risco de morte por lesão cardiovascular, 50% de acidente vascular cerebral, e 37 % de mortes por câncer. O exercício físico moderado independente do tipo, por si só, diminui a ocorrência de câncer de qualquer natureza em cerca de 20% e, mais que isso, de acidentes cardiovasculares (RIEGEL, 2005).

1.3.2 Apoio social

O estudo em questão, além de variáveis investigadas amplamente pela epidemiologia tais como tabagismo, sedentarismo, uso de bebidas alcoólicas, investigou também a variável apoio social. Conforme descritores em saúde, biblioteca virtual em saúde (BVS), apoio social é: “Sistema de suporte que proporcionam assistência e encorajamento para os indivíduos com inaptidão física ou emocional para que eles possam melhor superá-la. Apoio social informal que normalmente é providenciado por amigos, parentes ou semelhantes, enquanto ajuda formal é providenciada por igrejas e grupos.

Para Vasconcelos (2006) o *apoio social* tem sido utilizado como ferramenta para melhorar a saúde das pessoas. *Apoio mútuo* é uma expressão que historicamente aponta para a maneira pela qual os mais necessitados utilizam para sua sobrevivência. Nesse sentido, entende-se que as expressões *apoio social* e *apoio mútuo* são sinônimas.

A discussão sobre a variável apoio social teve seu início em intensos debates sobre saúde pública, nos EUA, em relação ao chamado *social support*. Sua definição envolve uma gama de fatores inter-relacionados dentre eles as redes sociais, as relações íntimas e as relações comunitárias. O apoio social é um importante preditor de condições de saúde. Investigações vêm mostrando que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a inatividade física, os quais acarretam implicações clínicas (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; PIETRUKOWICZ, 2001).

Embora os mecanismos específicos pelos quais o apoio social influencia na saúde ainda não tenham sido completamente elucidados, estudos apontam para o papel do efeito tampão que o apoio social exerce sobre o organismo. O apoio social atua amenizando os efeitos patogênicos do estresse, incrementando a capacidade em lidar com situações difíceis. Outro efeito seria a contribuição de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde do indivíduo. Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o processo no qual os indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ganhar

mais controle sobre seus destinos (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; GRIEP et al., 2005).

O desequilíbrio orgânico pode advir de um processo natural de adoecimento, ou da falta de qualidade nas relações sociais. Pode-se assinalar que o suporte social fornecido pelas redes de apoio tem a finalidade de contribuir para o bem-estar ao desempenhar as funções de troca afetiva e companhia social além de promover a saúde dos indivíduos (FAQUINELLO; MARCON, 2011).

O mecanismo que explica a influencia do apoio social sobre a saúde ainda não está elucidado, porém sabe-se que o apoio social e as relações podem prover assistência, encorajar diretamente adesão a práticas preventivas, divulgar informação, e incentivar o autocuidado (SILVA; GRIEP; ROTENBERG, 2009).

Na década de 70 do século XX, as investigações epidemiológicas inseriram os fatores sociais no modelo de determinação de doenças. Os primeiros estudiosos Sidney Cobb (1976) e John Cassel (1974 e 1976) sugeriram que as lacunas entre as relações e convívio social afetavam a defesa do organismo. Os mesmo autores defendem que a força do apoio social, bem como a capacidade de todo organismo vivo em se adaptar a ampla variedade de circunstâncias ambientais teria efeito protetor contra os danos causados pela doença (GRIEP et al., 2005).

Os efeitos benéficos do apoio social dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelo indivíduo. Portanto, rede social pode ser concebida como a estrutura social através da qual o apoio é fornecido. O apoio social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social que ampara o individuo. Trata-se de um sistema formado por relações formais e informais através do qual um indivíduo pode receber ajuda emocional, cognitiva e material para enfrentar situações geradoras de estresse (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; GRIEP et al., 2005).

Uma das maneiras pelas quais podem ser compreendidas as influências positivas da rede social na saúde – em particular, quando nos referimos a ações terapêuticas, é a constatação de que a convivência favorece comportamentos de monitoramento da saúde. Comportamentos corretivos, nos quais uns chamam a atenção dos outros para mudanças visíveis, além de aconselhar e incentivar práticas de cuidado (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; GRIEP et al., 2005).

O referido comportamento incentiva a rotina de dieta, exercícios, sono, adesão a medicamentos e cuidados com a saúde em geral. Assim, as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da

identidade por meio das ações dos outros (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; GRIEP et al., 2005).

A pesquisa aqui desenvolvida considerou como apoio social positivo o fato das mulheres entrevistadas contarem com uma ou mais pessoas em suas necessidades de verbalizar sobre quase tudo, bem como alguma frequência em atividades esportivas em grupo, reuniões, trabalho voluntário ou participação em cultos religiosos pelo menos uma vez por semana.

2 JUSTIFICATIVA

A discussão sobre alterações de pressão arterial e fatores associados em mulheres em diferentes ciclos da vida, do final da adolescência à maturidade, moradoras em área comum de abrangência com cobertura pela estratégia de saúde da família, poderá gerar conhecimento não somente para os profissionais da saúde, mas também para aqueles que trabalham na docência e na pesquisa a fim de despertar o interesse em prevenir desfechos desfavoráveis.

Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial possam identificar mulheres adultas com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (CASTRO et al., 2004).

Despertou o interesse em desenvolver a pesquisa na área da saúde da mulher, tendo em vista o convívio profissional do autor com mulheres que têm um ritmo de vida estressante, que assumem a maioria das responsabilidades domésticas acumulando-as com jornadas, às vezes com vínculos duplos de trabalho fora do lar. Responsáveis pela educação domiciliar das crianças, acompanhamento do desempenho escolar, e eventos de saúde de seus familiares, enfrentando as diversas funções assumidas como mães, esposas, filhas e profissionais.

Pessoas com dificuldade de adesão a dietas, muitas vezes, resistentes aos aconselhados estilos saudáveis de vida, porém interessadas nas mais diversas fórmulas medicamentosas emagrecedoras. Algumas dessas mulheres com relatos de diagnóstico médico de hipertensão arterial após automedicação para emagrecimento.

Sabe-se que a exaustão diária predispõe ao sedentarismo físico exceto pelas atividades de deslocamento e dos afazeres domésticos. Assim, estudos epidemiológicos sobre a pré-hipertensão e hipertensão arterial são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição, do adoecimento e das condições que influenciam a dinâmica de controle de risco a fim de propor prevenção em saúde.

Os indicadores alcançados por esse trabalho poderão contribuir para a discussão das políticas internas do serviço de saúde voltados para as mulheres

adscritas às UAPS, que conforme o perfil epidemiológico poderá subsidiar propostas de prevenção e promoção de condições de vida mais favoráveis à saúde de usuárias de um serviço público de atenção primária, além de refletir sobre as práticas de saúde e discutir novos conceitos.

3 OBJETIVO

Estimar a prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial e fatores associados em uma população de mulheres com idade entre 20 a 59 anos de idade, residentes em área adscrita à Unidade de Atenção Primária com Estratégia de Saúde da Família de um município da zona da mata mineira.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa de delineamento transversal que, segundo Medronho e outros (2006), é caracterizado pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível. A análise de mais de duas variáveis tem por estratégia avaliar a relação entre elas para esclarecer a associação de um agravo e de um fator de exposição específico considerando a influência exercida pelas demais variáveis.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2011 a agosto de 2012, em duas Unidades de Atenção Primária de Saúde, em um município de médio porte localizado na Zona da Mata no sudeste de Minas Gerais, com uma população de aproximadamente 526.706 habitantes, composição demográfica com maioria feminina (52,39%). Uma das unidades localizada na região Oeste e a outra unidade de saúde localizada na região Nordeste da cidade.

Estas Unidades sediaram a 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”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. A população de estudo foi constituída pelas mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, excetuando-se as grávidas, virgens e hysterectomizadas.

A amostra foi composta de 2077 mulheres residentes nas áreas adscritas às UAPS que realizaram a entrevista, as medidas e a colpocitologia. Apenas 23

mulheres que fizeram o exame de Papanicolaou se recusaram a participar da pesquisa. Do total de mulheres, 2036 teve a pressão arterial avaliada.

4.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa “Pesquisa sobre a Saúde da Mulher (Anexo A), foi elaborado pela equipe pesquisa com base no instrumento que estava sendo preparado para a Pesquisa Nacional de Saúde, por meio da autorização de seus coordenadores. Abordou questões sociodemográficas, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher além de dados aferidos. Foi elaborado visando conhecer aspectos da saúde da mulher incluindo os desfechos pré-hipertensão e hipertensão e possíveis variáveis associadas.

A captação das mulheres para participação na pesquisa ocorreu com ampla divulgação nos bairros, pelo movimento de saúde denominado *Campanha de Preventivos para Rastreamento de Câncer de Colo de Útero*, com exposição 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 principalmente orientações nas visitas domiciliares (VDs) dos Agentes Comunitários de Saúde. Para controle e acompanhamento, os ACS listaram todas as mulheres elegíveis.

As participantes do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), responderam questionário, tiveram suas medidas aferidas e realizaram exame ginecológico com coleta de material para o preventivo.

A pressão arterial foi aferida por meio de duas medidas independentes com intervalo de um minuto entre ambas, com a participante assentada, com o antebraço próximo ao nível do coração. Procedimento realizado conforme as normas e técnicas de enfermagem para aferição dos sinais vitais (POTTER; PERRY, 2006) que vão ao encontro das recomendações descritas na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012). Estimado a pressão arterial sistólica por meio do método palpatório, utilizando instrumentos da UAPS, calibrados conforme manutenção técnica da unidade de saúde.

Para a avaliação antropométrica foi aferido o peso por meio de 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. O índice de massa corporal foi calculado dividindo o peso pela altura ao quadrado. A cintura abdominal foi aferida com a mulher em pé com fita métrica inelástica passando pela cicatriz umbilical envolvendo toda circunferência abdominal. Dado avaliado no final de uma expiração normal com o avaliador em frente à mulher.

A coleta de dados foi realizada em local reservado e individualizado, por enfermeiras antes da realização do exame ginecológico. Após a entrevista o instrumento de coleta de dados foi examinado e revisado por supervisores de campo, a fim de garantir o controle de qualidade. Os questionários foram guardados em local seguro até o envio para a digitação.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram definidas como variáveis dependentes a pré-hipertensão e a hipertensão arterial. Considerou-se como pré-hipertensão arterial os valores aferidos para pressão sistólica maior que 120 e menor ou igual a 139 mmHg e diastólica maior que 80 mmHg. A hipertensão arterial foi definida por pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a diastólica maior ou igual a 90 mmHg, de acordo com o preconizado pelo JNC-7 (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2003) e pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Foram considerados, também hipertensos os indivíduos que afirmaram ter recebido diagnóstico médico de pressão em alguma consulta médica.

Foram selecionadas como variáveis independentes as características sociodemográficas: idade, grau de instrução, situação conjugal, cor/raça, paridade, renda familiar; hábitos e comportamentos: autoavaliação do estado de saúde, apoio social, consumo de bebida alcoólica, prática regular de atividade física, tabagismo, acesso à UAPS, tempo da última aferição de pressão arterial, história familiar de HA, uso de método contraceptivo oral e medidas como circunferência abdominal e Índice de Massa Corporal (IMC). O quadro 2 apresenta como foram agrupadas as variáveis exploradas no estudo.

Quadro 2. Variáveis independentes

Bloco	Variável	Questão*	Agrupamento
Variáveis demográficas	Idade	B01	20 a 29 anos 30 a 39anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos
	Cor da pele autotclassificada segundo IBGE (branca, negra, amarela, parda, indígena)	B02 1 Branca 2 Negra 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena	Negro + pardo (2+4) Outras (1+3+5)
	Estado conjugal (nunca foi casada, casado ou vive com o companheiro, separada, divorciada, viúva)	B03 1-Nunca foi casada 2-Casada ou vive com companheiro 3-Separada 4-Divorciada 5-Viúva	Solteira (1+3+4+5) Casada (2)
	Grau de instrução (anos completos de estudo)	B04 Até Elementar incompleto (1, 2) Elementar completo a ensino médio incompleto (3, 4) Ensino médio completo e mais (5, 6)	Até Elementar incompleto Elementar completo a ensino médio incompleto (1+2+3+4) Ensino médio completo e mais (5+ 6)
Variáveis socioeconômicas	Situação de trabalho	1-Trabalha atualmente (inclui estagio remunerado). 2-Trabalha, mas não está em atividade atualmente. 3-Já trabalhou, mas não trabalha mais. 4-Nunca trabalhou em atividade diferente aos afazeres doméstico	Trabalha atualmente (1) Não trabalha, nunca trabalhou (2+3+4)
Apoio social	Pessoas com as quais se possa contar para falar sobre quase tudo (familiares, amigos e ambos). Atividade em grupo social – frequência mensal de participação em atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, e outros) ou atividades artísticas em grupo.	C1 a C6	Nenhum 1 ou mais
Autoavaliação do estado de saúde	Como avalia a saúde?	D1 1-Muito boa 2-Boa 3-Regular 4-Ruim 5. Muito ruim	Muito boa (1+2) Ruim (3+ 4+5)
	Procurou atendimento na UAPS nos últimos 12 meses	D4 0-Sim 1-Não	Sim Não

Estilo de vida	Consumo de álcool	E25 1-sim 2 -Não bebo nunca 3- Uma vez ou mais	Sim (1) Não (2+3)
	Consumo de 04 doses de álcool em um a única ocasião	E-29 0. Sim 1. Não	Sim Não
	Pratica regular de exercícios	E-30 0. Sim 1. Não	Sim Não
	Tabagismo.	E41 1-Sim, diariamente 2-Sim, menos que diariamente. 3-Não fumo atualmente	Sim (1+2) Não (3)
Morbidade	Tempo da última aferição de PA	F01 1-Há menos de 6 meses 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-Há 3 anos ou mais 6-Nunca	Há menos de 6 meses (1) Entre 6 meses e menos de 3 anos (2+ 3+,4) 3 anos ou mais /nunca (5+6)
	Diagnóstico médico de HA	F02 1-Sim 2-Apenas na gravidez 3-Não	Sim (1) Não (2+3)
Saúde da mulher	- Método contraceptivo	1. Sim	2. Não
Dados aferidos	I2, I3 = IMC= Kg/m ²		≥ 25,0 excesso de peso
	I4 - Circunferência abdominal	0. Normal 1. Sobrepeço abdominal	1 sobrepeço abdominal ≥ 88cm

Fonte: O autor

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados em um banco no programa Epi Info (versão 6.04b) e posteriormente realizadas as análises univariada, bivariada e multivariada pelo programa Stata 11.0. A análise seguiu os seguintes passos:

Análise univariada, para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada.

Análise bivariada, para identificação da associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, efetuada pelo cruzamento da variável dependente, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência e teste qui-quadrado.

Foram verificadas as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas por meio de regressão de Poisson com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p . Na análise multivariada foram testadas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ ou aquelas consideradas relevantes para o estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação seguiu as recomendações da legislação brasileira de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos tendo sido 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 (Anexo B).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de 2 artigos:

Artigo 1: Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em mulheres de área adscrita à estratégia de saúde da família de um município da zona da mata mineira

Artigo 2: Prevalência e fatores associados à pré-hipertensão arterial em mulheres de área adscrita à estratégia de saúde da família de um município da zona da mata mineira

Artigo 1 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES DE ÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

José do Carmo Rocha, Maria Teresa Bustamante Teixeira

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em mulheres de 20 a 59 anos, adscritas à duas Unidades de Atenção Primária à Saúde que adotam a Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal inserido em um projeto de pesquisa sobre saúde da mulher, desenvolvido em parceria entre Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal de Juiz de Fora. A população do estudo composta por 2077 mulheres. A variável dependente foi hipertensão (Pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg e/ou afirmativa de diagnóstico médico de Hipertensão arterial). A análise dos dados compreendeu: análise univariada, bivariada e multivariada por meio do modelo de regressão de Poisson, que incluiu as variáveis com valor de $p < 0,20$. **Resultados:** das 2.077 mulheres que participaram da pesquisa 596 foram consideradas hipertensas perfazendo uma prevalência de 28,70%. Os fatores associados foram idade, escolaridade, cor da pele, história familiar positiva para hipertensão, autoavaliação positiva de saúde, aferição de PA há menos de seis meses e sobrepeso corporal. **Conclusão:** Assim como em todas as regiões do país, foi alta taxa de prevalência de hipertensão, o que reflete além da doença, uma das condições crônicas que as unidades de saúde pesquisadas devem ter como prioridade, por se tratar de questão de saúde pública. O perfil epidemiológico levantado diz respeito a pessoas pelas quais uma equipe multiprofissional presta seus conhecimentos em serviços de atenção básica com possibilidade de manter e estabelecer novos vínculos. O excesso de peso está significativamente associado à prevalência de Hipertensão Arterial. A prevenção e o tratamento do sobrepeso influencia na redução do risco de desenvolver a hipertensão, intervenção viável na atenção primária.

Palavras-chave: Estudos transversais. Pressão sanguínea. Mulheres.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of associated factors of hypertension in women from 20 to 59 years, enrolled in two Primary Health Care Units who adopt the Family Health Strategy. **Methods:** A cross sectional study on women's health, developed in a partnership between Universidade do Estado do Rio de Janeiro and Universidade Federal de Juiz de Fora- Brasil. The study population consisted in 2077 women. The dependent variables was blood hypertension (BP \geq 140/90 mmHg and/or affirmative of physician diagnosis concerning blood hypertension). Data analysis included: Univariate, bivariate and multivariate analysis using the Poisson regression model that included variables with $p < 0.20$. **Results:** Considering 2077 women who participated in the study 596 were considered hypertensive making a prevalence of 28.70%. Associated factors were age, education, race, blood hypertension family history, self positive rated health and measure of PA for less than 6 months and overweight body. **Conclusion:** As in all regions of the country, was high prevalence of hypertension, which reflects well the disease, one of the chronic conditions that need to be researched as a priority, because it is a public health issue. The epidemiological profile raised concerns people for whom a multidisciplinary team providing their expertise in primary health care with the possibility to maintain and establish new ties. Excess weight is significantly associated with prevalence of hypertension. The prevention and treatment of overweight influence in reducing the risk of developing hypertension, viable intervention in primary care.

Keywords: Cross-sectional studies. Blood pressure. Women.

INTRODUÇÃO

Na América Latina e no Caribe as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade. Entre elas os acidentes vasculares cerebrais e a doença isquêmica do coração são as mais frequentes em termos de mortalidade, e a hipertensão arterial sistêmica em termos de prevalência. A hipertensão lidera os fatores de risco de mortalidade mundial superando o uso do tabaco, da glicemia aumentada, do colesterol alto e da obesidade. O que enfatiza a importância da modificação do estilo de vida para prevenir e controlar a doença^{1,2}.

Conforme a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física³. A obesidade é o principal fator relacionado a hipertensão segundo análises multivariadas após controle por estilo de vida e fatores socioeconômicos⁴.

Existem duas categorias de obesidade: obesidade generalizada mediada pelo índice de massa corporal, e a obesidade abdominal que é medida pela circunferência do abdome. O excesso de gordura na região abdominal pode ter maior capacidade preditiva que a massa corporal total para o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral^{5,6}.

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em mulheres atendidas em duas unidades de atenção à saúde que adotam como modelo a Estratégia de Saúde da Família, em um município da zona da mata mineira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com captação domiciliar e coleta de dados realizado em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em um município de médio porte, localizado na Zona da Mata, sudeste de Minas Gerais. Das UAPS estudadas, uma conta com cerca de 13 mil habitantes em sua área de abrangência, enquanto a outra tem uma população adscrita de cerca de 6.600 pessoas. Ambas adotam como modelo de atenção a estratégia de saúde da família desde o ano de 2002.

Foram incluídas no estudo todas as mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, excetuando-se as grávidas, virgens e histerectomizadas conforme requisitos da pesquisa maior. As mulheres foram relacionadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e agendadas para a entrevista na Unidade de Saúde de referência.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado questionário que abordou fatores sociodemográficos, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher.

Os níveis de pressão arterial foram avaliados conforme a última publicação do JNC-7, (*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure*), que considera pré-hipertensos os indivíduos com Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120-139 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg e como hipertensão níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mm Hg⁷. Foram consideradas hipertensas as mulheres que declaram ter recebido diagnóstico médico de pressão arterial alta e aquelas que tiveram a pressão aferida maior ou igual a 140/90 mmHg.

Os dados antropométricos foram avaliados observando o que diz a maioria dos estudos epidemiológicos em que o diagnóstico da obesidade é feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e altura ao quadrado (medida em metros)⁸. Foi considerado excesso de peso quando o IMC atingiu valor igual ou superior a 25 kg/m². A medida da cintura abdominal maior ou igual a 88 cm foi considerada obesidade abdominal².

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Os dados foram armazenados em um banco desenvolvido no programa *Epi Info* (versão 6.04b) e as análises realizadas no programa Stata 11.0. A análise seguiu os seguintes passos: Análise univariada para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes; análise bivariada para identificação da associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta. Foram verificadas as Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas com respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) e valores de p , por meio de regressão de Poisson. Na análise multivariada foram testadas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$.

Este estudo é parte integrante 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 da zona da mata, Minas Gerais”, uma parceria do

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. A fim de garantir as questões éticas a presente pesquisa foi 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 2077 mulheres residentes nas áreas adscritas às UAPS que realizaram a entrevista, as medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e a colpocitologia. Do total de mulheres, 2036 tiveram a pressão arterial medida. A média de idade das participantes foi de 38,5 anos (DP 11,04) e suas características estão apresentadas na Tabela 1.

Da população de estudo, 53% referiram ser da cor preta ou parda. Relataram viver com companheiro 61%. Em relação à escolaridade 82% concluíram, no mínimo, o ensino fundamental, tendo 31% o ensino médio completo e apenas 2% o ensino superior. Estão empregadas 53 % das mulheres (Tabela 1)

A maioria das entrevistadas (91%) afirmou a participação social em cultos ou atividades religiosas pelo menos alguma vez ao ano e 71,7% participam regularmente. Em contrapartida, a participação social motivada por atividades esportivas em grupos, reuniões de trabalho ou de associações de moradores foi declarada por apenas 8% do total de participantes do estudo (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida o estudo mostrou que a prática regular de atividade física é exercida por 23 % das mulheres. Em contrapartida, em relação ao consumo de bebida alcoólica e consumo de tabaco, 42,7% bebem pelo menos uma vez ao mês e 22% afirmaram ser tabagista.

Do total da amostra 263 mulheres (12,92%) apresentaram nível tensórico maior ou igual a 140/90 mmHg (hipertensão) e 366 mulheres (17,62 %) apresentaram pressão maior do que 120/80 e menor que 140/90 mm Hg. Quando questionadas sobre ter tido diagnóstico médico de hipertensão arterial, 500 (24,10%) responderam afirmativamente e 61 (2,94%) relataram hipertensão arterial apenas durante a gravidez (Tabela 1).

Neste estudo foram identificadas como hipertensas 596 mulheres que representam aquelas que referiram diagnóstico médico e aquelas com pressão arterial aferida maior ou igual a 140/90 mm Hg que não referiram a condição anterior.

Das mulheres participantes do estudo 63% aferiram a pressão arterial há pelo menos 6 meses. A história familiar positiva para hipertensão foi comum a 82% delas. As medidas antropométricas determinadas pelos índices de massa corporal (IMC) e pela medida da cintura abdominal revelaram que aproximadamente 40% das mulheres foram classificadas dentro do padrão de normalidade.

Tabela 1. Características sociodemográficas de 2077 mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família de um município da zona da mata mineira

Variáveis	n	%
<i>Faixa Etária</i>		
20-29 anos	542	26,10
30-39 anos	586	28,20
40-49 anos	522	25,10
50-59 anos	427	20,60
<i>Estado civil</i>		
Nunca foi casada	431	20,80
Casada ou vive com companheiro	1266	61,00
Separada ou divorciada	293	14,10
Viúva	86	4,10
<i>Grau de instrução</i>		
Analfabeto/Menos de um ano de instrução	33	1,60
Elementar Incompleto	297	14,50
Elementar Completo e Fundamental Incompleto	611	29,70
Fundamental Completo e E. Médio Incompleto	433	21,10
Ensino Médio Completo e Superior Incompleto	639	31,10
Superior Completo ou mais	42	2,00
<i>Cor raça</i>		
Branca	922	44,40
Negra	553	26,60
Amarela	51	2,50
Parda	546	26,30
Indígena	5	0,20
<i>Apoio social: apoio amigos+parentes Pessoas com as quais se possa contar nas necessidades de saúde (familiares e amigos)</i>		
Nenhum	250	12,00
Um ou mais	1818	88,00
<i>Apoio social - frequência mensal de participação em atividades esportivas ou artísticas em grupo</i>		
Mais de uma vez por semana	99	4,78
Uma vez por semana	49	2,37
De 2 a 3 vezes por mês	18	0,87
Algumas vezes no ano	29	1,40
Uma vez no ano	16	0,77
Nenhuma vez	1857	89,71
<i>Frequência participação de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras.</i>		
Mais de uma vez por semana	33	1,59
Uma vez por semana	50	2,42
De 2 a 3 vezes por mês	28	1,35
Algumas vezes no ano	83	4,01
Uma vez no ano	38	1,84
Nenhuma vez	1837	88,79

<i>Frequência comparecimento a cultos ou atividades religiosa</i>		
Mais de uma vez por semana	567	27,40
Uma vez por semana	627	30,30
De 2 a 3 vezes por mês	289	13,97
Algumas vezes no ano	327	15,80
Uma vez no ano	66	3,19
Nenhuma vez	193	9,33
<i>Autoavaliação de saúde</i>		
Boa	245	11,80
Muito boa	958	46,30
Regular	755	36,50
Ruim	91	4,40
Muito ruim	21	1,00
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>		
Não bebo nunca	1186	57,10
Menos de uma vez por mês	343	16,50
Uma vez ou mais por mês	544	26,20
<i>Fuma</i>		
Sim, diariamente	391	19,00
Sim, menos que diariamente	50	2,43
Não fumo atualmente	1617	78,53
<i>Tempo que aferiu a pressão arterial</i>		
Há menos de 6 meses	1307	62,99
Entre 6 meses menos de 1 ano	348	16,77
Entre 1 ano e menos de 2 anos	264	12,72
Entre 2 anos e menos de 3 anos	63	3,04
3 anos ou mais	361	3,61
Nunca	13	0,63
<i>Diagnóstico médico de hipertensão</i>		
Sim	500	24,10
Apenas durante a gravidez	61	2,94
Não	1501	72,34
<i>História familiar positiva para HA</i>		
Não	1687	81,22
Sim	374	18,01
<i>Contraceptivo pílula</i>		
Não	857	41,26
Sim	563	27,11
<i>Número de filhos</i>		
Nenhum ou até 2 filhos	1136	54,69
Mais de 2 filhos	679	87,39
<i>Circunferência abdominal</i>		
Normal	818	39,38
Sobrepeso	1207	58,11
<i>IMC</i>		
Normal	800	38,52
Sobrepeso	1242	59,80
<i>PA - Pressão Arterial</i>		
Normal	1407	67,74
Pré-hipertensão	366	17,62
Hipertensão	263	12,66

Nota: *O total (n) de cada variável pode diferir devido a ocorrência de dados ignorados

A prevalência de hipertensão arterial encontrada foi de 28,70%, observando-se prevalências crescentes de acordo com as faixas etárias. O nível de escolaridade interferiu significativamente no desfecho, verificando-se na população do estudo maior prevalência de hipertensão arterial em mulheres com menor nível de escolaridade. As mulheres que declararam ser de cor preta e parda tiveram maiores taxas de prevalência de HA.

Ao analisar o apoio social foi constatado que 88% das mulheres contam com amigos e/ou parente com quem podem falar sobre quase tudo e essas tiveram menores prevalência de HA (RP = 0,78 IC95% = 0,62-0,98) (Tabela 2).

Pela frequência apurada é baixa a adesão das mulheres do estudo em atividades sociais, em grupo ou em trabalhos voluntários. No entanto, verificou-se uma alta adesão a atividades ou cultos religiosos (90,70%) que se revelou associado à presença de hipertensão arterial (RP = 1,38 IC95% 1,01-1,90). Para Vasconcelos⁹ a busca da religiosidade para o alívio dos sofrimentos empreendida pelas classes mais populares pode ser compreendida em dois sentidos: alívio do sofrimento físico e mental e alívio do processo que atinge determinados órgãos do corpo

Tabela 2. Fatores associados e prevalência de hipertensão arterial, 2036 mulheres adscritas a ESF, de um Município da Zona da Mata Mineira

Variáveis	Total		Prevalência de H A	RP	IC 95%	P
	n	%				
<i>Idade (anos)</i>						
20-29	542	26,10	7,56	1,00		
30-39	586	28,20	16,72	2,21	1,54-3,18	0,000
40-49	522	25,10	36,59	4,84	3,45-6,78	0,000
50-59	427	20,60	62,30	8,24	5,93-11,44	0,000
<i>Escolaridade (anos)</i>						
Até Elementar incompleto	333	16,18	45,35	1,00		
Elementar completo	1725	83,82	25,51	0,56	0,47-0,68	0,000
Ensino médio	2058	100,00	28,72			
<i>Cor</i>						
Preto e pardo	922	44,39	26,25	1,00		
Outros	1155	55,61	30,65	1,17	0,99-1,37	0,063
<i>Apoio social parentes = Pessoas com as quais se possa contar para falar sobre quase tudo (familiares), amigos e ambos)</i>						
Não	516	24,93	32,36	1,00		
Sim (1 ou + parentes)	1554	75,07	27,48	0,84	0,70-1,01	0,070
<i>Apoio social amigos Pessoas com as quais se possa contar para falar sobre quase tudo (amigos)</i>						
Não	909	43,91	31,90	1,00		
Sim (1 ou + amigos)	1161	56,09	26,18	0,82	0,69-0,96	0,010
<i>Apoio amigos + parentes Pessoas com as quais se possa contar nas necessidades de saúde (familiares e amigos)</i>						
Sem apoio	250	12,00	35,20	1,00		
Com apoio	1818	88,00	27,78	0,78	0,62-0,98	0,040
<i>Participação em cultos ou atividades religiosas</i>						
Não	193	41	9,30	1,00		
Sim	1876	553	90,70	1,38	1,01-1,90	0,043
<i>Autoavaliação de saúde</i>						
Muito boa e boa	1204	58,14	19,68	1,00		
Regular, ruim e muito ruim	867	41,86	41,29	2,09	1,78-2,47	0,000
<i>Procurou UAPS no último ano</i>						
Não	757	49,06	23,25	1,00		
Sim	786	50,94	33,33	1,43	1,18-1,73	0,000
<i>Consumo de álcool</i>						
Sim	891	42,90	25,70	1,00		
Não	1186	57,10	30,94	1,20	1,02-1,42	0,027
<i>Consumo de 4 doses álcool em única ocasião</i>						
Não	1632	78,73	29,66	1,00		
Sim	441	21,27	25,17	0,85	0,70-0,97	0,119
<i>Prática regular de atividade física</i>						
Sim	473	22,82	27,27	1,00		
Não	1600	77,18	29,19	1,07	0,88-1,30	0,495

<i>Tabagismo</i>							
Não	1617	78,57	28,57	1,00			
Sim	441	21,43	29,48	0,97	0,84-1,25	0,753	
<i>Tempo de aferição de PA</i>							
Mais de 6 meses	763	36,86	13,63	1,00			
Menos de seis meses	1307	63,14	37,64	2,76	2,22-3,41	0,000	
<i>Familiar com PA alta</i>							
Sim	1687	81,85	32,55	1,00			
Não	374	18,15	13,37	0,57	0,45-0,74	0,000	
<i>IMC</i>							
Normal	800	39,18	14,63	1,00			
Sobrepeso	1242	60,82	37,92	2,59	2,11-3,17	0,000	
<i>Circunferência abdominal</i>							
Normal	818	40,40	14,62	1,00			
Obesidade	1207	59,60	37,92	2,39	1,97-2,91	0,000	

Nota: *O total (n) de cada variável pode diferir devido a ocorrência de dados ignorados

Quanto aos hábitos de vida e cuidados com a saúde 58,1% das mulheres se declararam com bom estado de saúde e tiveram prevalência de 19,68% de HA. Nas que declararam o contrario a prevalência foi de 41%, 109% superior àquelas que revelaram boas condições de saúde (RP = 2,09 IC95% 1,78-2,47). Procuraram a UAPS, no ultimo ano, 51% das mulheres. Responderam consumir bebida alcoólica 42%, sendo que 21% relataram ingerir mais de 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Mulheres com três ou mais filhos tiveram 45% a mais de possibilidade de apresentar o desfecho (RP = 1,45 IC 95% 1,22-1,70).

A hipertensão é de duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, especialmente entre as mais idosas e obesas. Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes, o anticoncepcional oral está contra-indicado¹⁰.

O aparecimento de hipertensão arterial durante o uso de anticoncepcional oral impõe a interrupção imediata do contraceptivo¹. As mulheres que participaram dessa pesquisa que afirmaram o uso de contraceptivos tiveram 57% a mais de possibilidade de H A comparadas aquelas que não utilizam o método.

Cerca de 60% das mulheres apresentou sobrepeso corporal e abdominal. Quando considerado o IMC e a circunferência abdominal, o estudo revelou probabilidade 159% e 139% maior, respectivamente, de H A destas mulheres em relação às classificadas com parâmetros normais.

As variáveis com maior significância estatística para o desfecho hipertensão arterial, após a análise multivariada foram faixa etária, cor da pele, nível de escolaridade, autoavaliação de saúde, tempo de aferição de pressão arterial, história familiar positiva para hipertensão arterial e índice de massa corporal conforme (Tabela 3).

Tabela 3. Análise multivariada de fatores associados e prevalência de Hipertensão arterial, 2036 que aferiram pressão arterial adscritas a ESF

Variáveis	RP Bruta	IC 95%	P	RP Ajustada	IC-95%	P
<i>Idade (anos)</i>						
20-29	1			1		
30-39	2,21	1,54-3,18	0,000	2,03	1,40-2,96	0,000
40-49	4,84	3,45-6,78	0,000	3,87	2,73-5,49	0,000
50-59	8,24	5,93-11,44	0,000	6,02	4,27-8,48	0,000
<i>Cor/raça</i>						
Outros	1			1		
Negro (preto e pardo)	1,21	1,03-1,43	0,019	1,23	1,04-1,45	0,014
<i>Autoavaliação de saúde</i>						
Muito boa e boa	1			1		
Regular, ruim e muito ruim	2,09	1,78-2,47	0,000	1,36	1,15-1,61	0,000
<i>Tempo de aferição de PA</i>						
0= mais de 6 meses	1			1		
1= menos de seis meses	2,76	2,22-3,41	0,000	1,95	1,57-2,42	0,000
<i>Familiar com PA alta</i>						
Sim	1			1		
Não	0,57	0,45-0,74	0,000	0,73	0,58-0,91	0,006
<i>IMC</i>						
Eutrófico = 0	1			1		
Sobrepeso =1	2,59	2,11-3,17	0,000	1,84	1,50-2,26	0,000

Os resultados desse estudo indicam que a prevalência de H A em mulheres de 20 a 59, assistidas pela Estratégia de Saúde da Família, foi de 28,7%, próximos aos encontrados por Hartman et al.¹¹, que estudaram 1.020 mulheres de 20 a 60 anos de idade no sul do Brasil e encontraram 26,2%. Fuchs et al.¹² afirmam que a hipertensão arterial no Brasil atinge de 22,3 a 44% dos adultos.

Após a análise multivariada (tabela 3), a prevalência de H A mostrou-se crescente em cada faixa etária sendo que em mulheres mais velhas a prevalência foi cinco vezes maior que as mulheres da faixa etária de 20 a 29 anos (IC95% 4,27-8,48).

Dados diferentes foram encontrados nos estudos analisados quanto a maior prevalência de hipertensão entre mulheres^{13,14}, enquanto para Jardim et al.¹⁵ o sexo feminino representou fator de proteção para o risco de hipertensão arterial.

Passos et al.¹⁶ em um trabalho de revisão de literatura de estudos de base populacional brasileiros sobre prevalência de hipertensão arterial, afirmou que as taxas de prevalência estão em torno de 20%, sem distinção por sexo e com tendência de aumento com a idade. A revisão encontrou as seguintes prevalências de HA em mulheres: Cotia (SP) = 41%; Bauru (SP) = 33,9%; Ilha do Governador

(RJ) = 26,8%, Pelotas (RS) = 21,2%, Porto Alegre (RS) = 21,2%, Passo Fundo (RS) = 19,8%, Salvador (BA) = 41,9%, Bambuí (MG) = 26,9%, Catanduva (SP) = 29,9%.

Tais diferenças podem ser explicadas pelos critérios adotados, nos estudos, para a definição de H A e ainda pelas faixas etárias contempladas. Os estudos realizados em Porto Alegre-RS, Passo Fundo– RS e Pelotas-RS, exploraram limites superiores de PAS > 160 e PAD > 95 e apresentaram prevalências de 12,1%, 19,8% e 21,2%, respectivamente. Resultados inferiores aos verificados nos estudos realizados em Cotia (SP), Bauru (SP), Catanduva (SP), Salvador (BA) que utilizaram o critério atual de HA (PAS \geq 140 e PAD \geq 90). Em Minas Gerais o estudo realizado na cidade de Bambuí, em 1997, com uma amostra 1.494 mulheres de até 60 anos de idade, a prevalência de hipertensão foi de 26,9%, estimativa próxima a do presente estudo.

A proporção de adultos brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, segundo o VIGITEL¹⁷, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. O diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial aumentou com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais. Identificou-se uma relação inversa entre escolaridade e diagnóstico de HA que marca mais a população feminina: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram diagnóstico de HA, o evento ocorreu em menos da metade daquelas com doze ou mais anos de formação escolar (13,5%).

Nas UAPS pesquisadas a prevalência de HA foi compatível com os achados acima registrados. As razões de prevalência aumentaram com a idade e se revelou 40% menor em mulheres que alcançaram melhor formação escolar.

No cenário internacional mulheres jamaicanas apresentaram prevalência de H A igual a 30%¹⁸. Prevalência maior foi a de 38,9% encontrada em adultos húngaros¹⁹. Segundo Lessa²⁰, Estados Unidos e Canadá apresentam prevalências de H A semelhantes, em torno dos 30,4% para homens e 24,8% para mulheres.

Uma das variáveis amplamente estudadas e associadas à hipertensão arterial é a etnia, ainda que existam estudos que agrupem raças de maneiras diferenciadas.

No presente estudo, considerando a raça negra, os indivíduos que se auto-declararam negros ou pardos a RP foi de 1,19 (IC de 95%, 1,01-1,40). Lessa²⁰

encontrou uma prevalência de 31,7% de hipertensão em mulheres, sendo 41,1% para mulheres negras (cor da pele parda e preta) e de 21,1% em mulheres brancas.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, menos de 45% da população brasileira entrevistada se autorrepresentariam como branca contra 47% de pardos, que, somados aos que se denominam pretos, totalizariam 54,3% de população negra^{13,17}

A Hipertensão prevalece em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de até 130% em relação às mulheres brancas¹³. Além dos aspectos genéticos e da morbi-mortalidade a hipertensão arterial parece ser mais significativa na raça negra brasileira¹⁷. No presente estudo a história familiar positiva para HA foi comum a maioria das mulheres classificadas como hipertensas conforme encontrado nos estudos de Le et al.²³.

Cooper et al.²¹, observaram parâmetros mais elevados de H A na população negra feminina, considerando a faixa etária entre 35 e 64 anos (44,8% e 31,8% respectivamente). Beltrão e Sugahara²³, em estudo comparativo em relação às condições de saúde referidas no Brasil e nos Estados Unidos, por gênero, raça e grupo etário divulgaram que as taxas de prevalência de hipertensão são crescentes em ambos os países. No Brasil no que tange ao gênero, as taxas femininas são sempre superiores as masculinas, já nos Estados Unidos as taxas se entrelaçam e somente a partir dos 45 anos as taxas masculinas superam as femininas. Em relação à raça, os negros apresentam maior prevalência em hipertensão principalmente no que diz respeito às mulheres.

Em estudos epidemiológicos tradicionais as investigações sobre hipertensão têm focado nível socioeconômico, variáveis tais como renda, nível de educação, e desemprego estão significativamente associado à hipertensão e outros fatores de risco para DCV. A hipertensão tem mostrado uma relação inversa com a renda, índice de desemprego, e nível de educação²⁴.

Segundo Nilsson²⁵, está bem documentado que fatores de risco cardiovasculares, incluindo hipertensão são mais comuns em pessoas de menor classe social, com rendimentos mais baixos e com menor nível de escolaridade. Fatores adversos estão muitas vezes associados a um estilo de vida pobre, incluindo dieta menos saudável, menos exercícios, mais fumo, maior consumo de bebidas alcoólicas e, por conseguinte, um aumento da preponderância a obesidade abdominal.

Estudo de Thadhani et al.²⁵ mostrou relação direta entre consumo importante de álcool e HA e apontou que 3% a 8% dos casos de H A em mulheres seria atribuído ao consumo excessivo de álcool. Durante oito anos de acompanhamento de mulheres jovens comparando o consumo de álcool e o desenvolvimento de hipertensão os autores concluíram que o risco de desenvolver hipertensão varia de acordo com a dose diária de consumo de bebida alcoólica. As mulheres que consomem menores quantidades de álcool apresentam menor risco de desenvolver hipertensão arterial, em contrapartida, aquelas que consomem em maior quantidade apresentaram 31% de vulnerabilidade à hipertensão. Tal estudo concluiu que o consumo moderado demonstra uma discreta diminuição do risco em mulheres e aumento do fator de risco naquelas que com consomem de forma abusiva.

Em estudo de prevalência sobre hipertensão arterial no sul do Brasil, Piccini e Victora²⁶ encontraram que o consumo de álcool até duas vezes por semana representou fator de proteção significativos para H A, porém após análise multivariada por regressão logística, com o controle pelas variáveis cor preta, idade avançada, obesidade, baixa escolaridade, história paterna e materna de HA desapareceu o efeito protetor do álcool.

No presente estudo, mulheres que declararam consumir álcool apresentaram menor probabilidade de apresentar hipertensão do que as que negaram possuir tal hábito (RP = 0,8 IC 95% 1,02-1,42), o que também foi observado quando considerado o consumo de quatro ou mais doses em uma mesma ocasião RP 0,85 (IC 95% 0,70-0,97).

Ao considerar consumo habitual a ingestão de qualquer quantidade de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, e consumo abusivo a ingestão de mais de 4 doses para mulheres em pelo menos uma ocasião Moura e Malta²⁸ afirmaram que estudos sobre consumo de bebidas alcoólicas são de difícil comparação quando se restringem à quantidade de álcool ingerida, uma vez que o teor alcoólico varia entre bebidas do mesmo tipo, entre o volume de bebida bem como com a referência do informante. Segundo os autores independentemente destas variações, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é nocivo para a saúde.

A autopercepção das mulheres do estudo em relação ao seu estado de saúde revelou que aquelas que se autorreferiram em condições regulares ou ruim, apresentaram maior prevalência de H A em relação as que relataram boas condições de saúde.

Agostinho et al.²⁸ defendem que indivíduos com fatores de risco à saúde, com doenças crônicas já estabelecidas, consideravam sua saúde de maneira positiva, evidenciando uma variação entre o estado real de saúde do paciente e sua autopercepção.

Ainda segundo os mesmos autores, a autopercepção da saúde mostra-se influenciada por fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo. Ressalta-se que a maior satisfação com serviço de Atenção Primária a Saúde (APS) esteve associada a melhor autopercepção de saúde, o que segundo os pesquisadores, justifica a reorganização do Sistema Único de Saúde pela ampliação da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como a Estratégia Saúde da Família²⁸.

Segundo Pimenta¹ uma em cada 2,9 mulheres morrem de doenças cardiovasculares. Em mulheres em uso de terapias de reposição hormonal, por exemplo, as medidas de pressão arterial devem ocorrer inicialmente em um intervalo de 3 a 6 meses independente das dificuldades enfrentadas.

É comum a procura de UAPS por mulheres hipertensas, ou por aquelas que se preocupam com a pressão arterial a fim de participar de grupos informativos, aferição de PA e consultas com clínico geral. A percepção do nível de saúde está associada à adoção de comportamentos que buscam promover a saúde, e as evidências indicam que a prevalência de comportamentos de risco é maior entre sujeitos com percepção negativa de saúde, isto é, aqueles que consideram sua saúde atual como regular ou ruim²⁸.

Uma variável pouco estudada que, segundo autores pesquisados, pode interferir no processo saúde – modificando a exposição à doença, é o apoio social. Faquinello e Marcon²⁹ defendem que o apoio social pode favorecer a maior adesão ao tratamento e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida dos hipertensos. Afirmam, também que as pessoas hipertensas participam de atividades comunitárias e grupos sociais, o que beneficia uma melhor condição de saúde. Para os autores a rede familiar é fundamental na vida dos indivíduos, mas não exclusivamente, uma vez que os amigos desempenham um papel essencial no apoio físico e mental aos indivíduos.

Considerando como apoio social, o fato de o indivíduo poder contar com amigos ou parentes para verbalizar as suas confidências, a razão de prevalência bruta foi de 0,78 (IC 95% 0,62-0,98), caracterizando uma situação de proteção em relação aos que não podem contar com alguém, o que não se confirmou após o

ajuste na análise multivariada. Vale destacar que 12% das mulheres pesquisadas não contam com nenhum amigo ou parente para verbalizar suas confidências ou contar com alguém íntimo nas suas necessidades de saúde.

Em relação ao sobrepeso, para estimar a prevalência de obesidade abdominal os autores Pinho et al.³⁰ adotaram como critério a medida de circunferência abdominal maior que 80 cm, para mulheres e encontraram uma prevalência de 27,1% IC 95% (23,8-30,7). Os autores optaram por um ponto de corte de maior sensibilidade uma vez que a obesidade abdominal, mesmo em menores proporções concorre para o risco de doenças cardiovasculares. Utilizando o ponto de corte de 88 cm, as mulheres avaliadas na presente pesquisa apresentaram 59,60% de obesidade abdominal e apresentaram uma razão de 139% de vulnerabilidade à HA.

Dados do VIGITEL 2011 mostram que a frequência de adultos com excesso de peso variou entre 39,8% em São Luís e 55,4% em Porto Alegre. As maiores frequências de excesso de peso foram observadas no caso de mulheres, em Porto Alegre (50,7%), Fortaleza (49,6%) e Manaus (48,3%). Em Belo Horizonte foi de 42,2%¹⁷.

Pinto et al.³¹, avaliando a associação entre níveis pressóricos elevados e o estado antropométrico, observaram, para os que apresentaram excesso de peso, uma possibilidade 3,13 vezes maior de apresentarem pré-hipertensão arterial e 3,02 vezes maior de hipertensão arterial.

Essa associação é também relatada em inúmeros estudos epidemiológicos, ratificando que o excesso de peso impacta negativamente na pressão arterial^{23,32}.

A obesidade é um importante fator de risco para hipertensão Yadav et al.³³ encontraram que obesidade ou sobrepeso aumentam 2,2 a 1,6 vezes respectivamente a chance de tornar-se pré ou hipertenso. Em mulheres, avaliando o IMC, Rezende et al.³⁴ observaram 40% de sobrepeso.

Os resultados do presente estudo mostraram que 60% das mulheres estudadas estão com sobrepeso corporal e tiveram RP = 2,59 CI95% 2,11-3,17 para o desfecho H A, em relação às de peso normal. Conforme Feijão et al.³⁶, existe uma forte associação entre IMC e pressão arterial. Independente do sexo, a prevalência de hipertensão arterial é diretamente proporcional ao aumento da massa corporal.

Nas duas capitais mais próximas ao município cenário do presente estudo, segundo a última pesquisa do VIGITEL 2011¹⁷, mostrou que em Belo Horizonte o

sobrepeso em mulheres foi de 42,2% e no Rio de Janeiro foi de 44,2%, frequências inferiores à da população estudada. Jardim et al.¹⁵ encontraram um excesso de peso de 43,6% com prevalência de hipertensão arterial de 48,8%, com RP = 2,78 (IC95% 2,05-3,77). No presente estudo as mulheres que apresentaram sobrepeso tiveram a razão de prevalência de 2,39 IC 95% (1,97-2,91).

As principais limitações dos estudos transversais são as dificuldades de causalidade reversa, uma vez que as variáveis dependentes e independentes são verificadas em um mesmo momento, impossibilitando a temporalidade como critério causal. Além do mais, uma única aferição de PA pode ser caracterizada também como fator limitante, embora o procedimento único possa chamar a atenção para a necessidade de acompanhamentos futuros.

Uma aferição de pressão arterial elevada não é qualificada como diagnóstico de hipertensão arterial. Entretanto se o enfermeiro avalia uma leitura alta durante a primeira consulta o paciente é encorajado a retornar para futuras avaliações. Quando o diagnóstico for estabelecido o enfermeiro educa sobre os valores da pressão arterial, sobre a continuidade do cuidado e a terapia a longo prazo. Além disso, a falta de sintomas usuais, a capacidade da terapia para controlar e não curar a doença e um plano de tratamento orientado e consistente que possa assegurar um estilo vida normal faz parte do cuidado de enfermagem³⁷.

CONCLUSÃO

A alta prevalência de H A sugere avaliação e melhorias em relação à oferta de assistência à saúde das mulheres, bem como a exploração de estudos posteriores diante do perfil e da riqueza de dados que a pesquisa proporcionou.

A procura por consulta médica no último ano e aferição de pressão em tempo inferior à seis meses mostram que a unidade de UAPS tem recebido os hipertensos em suas programações e mantido vínculos com uma população específica das usuárias o que oportuniza diferenças no cuidado à saúde e amplia oportunidades de pesquisa.

Controle de doenças crônicas não se resume em aferir pressão e procurar atendimento médico. Para dar sustentabilidade à prevenção de complicações comuns às doenças crônicas não transmissíveis, que além de fatores genéticos estão intimamente relacionadas com o envelhecimento, um dos caminhos é a

incorporação de hábitos saudáveis como atividade física e manutenção de medidas antropométricas padrão, lacunas apontadas nos resultados da pesquisa em tela.

O estudo permitiu conhecer que além do desfecho hipertensão arterial e fatores associados existe também uma significativa parcela da população estudada com níveis de pré-hipertensão, o que nos instiga uma perspectiva de coorte com mulheres com alterações de pressão arterial e dignas de medidas de promoção à saúde conforme proposto pelos consensos modernos.

Além disso, constatou-se uma prevalência significativa de hipertensão entre aquelas com excesso de peso e com acúmulo de gordura abdominal, representada pela circunferência abdominal acima dos valores considerados limites. Conclui-se, portanto, que o excesso de peso e a circunferência aumentada da cintura estão fortemente associados à presença de HA, o que importa para o esclarecimento dos profissionais de saúde, educadores e familiares acerca da urgência de modificações do estilo de vida traduzidos pelos hábitos comportamentais, biológicos e sociais. Importa também compreender que a prevenção e tratamento do sobre peso influencia na redução de possibilidades de desenvolver a hipertensão. Nesse sentido e os discursos de políticas locais das UAPS e o planejamento dos grupos de prevenção em saúde devem convergir para diminuição de riscos.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta E. Hypertension in women. *Hypertens Res.* 2012 Feb;35(2):148-52.
2. Slimko ML, Mensah GA. The role of diets, food, and nutrients in the prevention and control of hypertension and prehypertension. *Cardiol Clin.* 2010 Nov;28(4):665-74.
3. World Health Organization. Global Strategy on diet, physical activity and health. In: World Health Organization. Fiftty-seventhy world health assembly. 2004. [citado em 4 set 2011]. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
4. Meng XJ, Dong GH, Wang D, Liu MM, Liu YQ, Zhao Y, et al. Epidemiology of prehypertension and associated risk factors in urban adults from 33 communities in China--the CHPSNE study. *Circ J.* 2012;76(4):900-6.
5. Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets JB, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? *Eur J Public Health.* 2010 Dec;20(6):665-70.

6. Castro LCV, Franceschini SCC, Priore SE, Pelúzio MCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Rev. Nutr.* 2004 Sep;17(3): 369-77.
7. World Health Organization. Technical report series 894: "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Geneva: World Health Organization; 2000. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
8. Hartmann M, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussil MP, Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(8):1857-66.
9. Fuchs FD, Fuchs SC, Moreira LB, Gus M, Nóbrega AC, Poli-de-Figueiredo CE, et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER-prevention trial. *Trials.* 2011 Mar 5;12:65.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1):1-51.
11. Ministério da Saúde (Brasil). *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007;88(4):452-7.
13. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude* 2006;15(1):35-45.
14. Ministério da Saúde (Brasil). *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Ferguson TS, Younger NOM, Tulloch-Reid MK, Wright MBL, Ward EM, Ashley DE, Wilks RJ. Prevalence of prehypertension and its relationship to risk factors for cardiovascular disease in Jamaica: Analysis from a cross-sectional survey. *BMC Cardiovascular Disorders* 2008; 8:20.

16. Sonkodi B, Sonkodi S, Steiner S, Helis E, Turton P, Zachar P, et al. High prevalence of prehypertension and hypertension in a working population in Hungary. *Am J Hypertens*. 2012 Feb;25(2):204-8.
17. Cooper RS, Wolf-Maier K, Luke A, Adeyemo A, Banegas JR, Forrester T, et al. An international comparative study of blood pressure in populations of European vs. African descent. *BMC Med*. 2005;3:2.
18. Beltrão KI, Sugahara S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Ciênc. saúde coletiva* 2002;7(4):841-67.
19. Le C, Jun D, Yichun L, Zhankun S, Keying Z. Multilevel analysis of the determinants of pre-hypertension and hypertension in rural southwest China. *Public Health Rep*. 2011 May-Jun;126(3):420-7.
20. Nilsson PM. Adverse social factors can predict hypertension – but how? *Eur Heart J*. 2009 Jun;30(11):1305-6.
21. Thadhani R, Camargo CA Jr, Stampfer MJ, Curhan GC, Willett WC, Rimm EB. Prospective study of moderate alcohol consumption and risk of hypertension in young women. *Arch Intern Med*. 2002 Mar 11;162(5):569-74.
22. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *R. bras. Med. Fam. e Comun*. 2010;5(17): 9-15.
23. Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Batista Filho M, Coelho PC, Sequeira LAS et al. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(2): 313-24.
24. Pinto SL, Silva RCR, Priore SE, Assis AMO, Pinto EJ. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública* 2011;27(6):1065-75.
25. Ferreira JS, Aydos RD. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(1):97-104.
26. Yadav S, Boddula R, Genitta G, Bhatia V, Bansal B, Kongara S, et al. Prevalence & risk factors of pre-hypertension & hypertension in an affluent north Indian population. *Indian J Med Res*. 2008 Dec;128(6):712-20.

27. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho CR. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arq. bras. Cardiol 2006;87(6):728-34.
28. Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM de, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(1):29-33.
29. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier;2006.

Artigo 2 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PRÉ-HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES DE ÁREA ADSCRITA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

José do Carmo Rocha

Maria Teresa Bustamante Teixeira

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de fatores associados à pré-hipertensão em mulheres de 20 a 59 anos, adscritas a duas distintas unidades básicas de saúde que adotam como modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal sobre a saúde da mulher, desenvolvido em uma parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal de Juiz de Fora. A população do estudo consistiu em 1773 mulheres. As variáveis dependentes foram pré-hipertensão arterial - pressão arterial maior ou igual a 120/80 mmHg - e ou pressão arterial menor que 140/90 mmHg. A análise dos dados incluiu: análise univariada, bivariada e multivariada utilizando o modelo de regressão de Poisson, que incluiu as variáveis com $p < 0,20$. **Resultados:** A prevalência de pré-hipertensão foi de 20,64%, considerando 1773 mulheres com pressão arterial menor que 140/90 mmHg e sem diagnóstico anterior de pressão alta, bem como aquelas com pressão arterial maior que 120/80 mmHg. As variáveis independentes com maior significância estatística após a análise multivariada foram: idade, história positiva de hipertensão arterial, cor da pele, escolaridade, excesso de peso. **Conclusão:** A pré-hipertensão ganhou destaque nas duas últimas décadas, após publicação dos consensos modernos sobre alterações de PA, tendo em vista os benefícios de se prevenir os riscos. Esse tema tem sido discutido também no intuito de alertar os profissionais de saúde quanto à possibilidade de ser um evento que antecede a hipertensão arterial.. A identificação da pré-hipertensão e dos fatores associados tais como raça negra, sobrepeso corporal e obesidade central pode contribuir para prevenir complicações e proporcionar melhores condições de saúde.

Palavras-chave: Estudos transversais. Pressão sanguínea. Mulheres.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of factors associated with prehypertension among women aged 20-59 enrolled in two different Primary Health Care Units which follow the Family Health Strategy. **Methods:** A cross-sectional study addressing women's health, developed on a partnership between UERJ and UFJF. The study population consisted of 1,773 women. Dependent variables were prehypertension blood pressure greater than or equal to 120/80 mmHg and/or blood pressure less than 140/90 mmHg). Data analysis included: Univariate, bivariate and multivariate analysis with Poisson regression model including variables with $p < 0.20$. **Results:** The prevalence of prehypertension was estimated in 20.64%, taking into account 1,773 women with blood pressure lower than 140/90 mmHg with no previous hypertension diagnosis as well as those with blood pressure greater than 120/80 mmHg. Independent variables with greater statistical significance after multivariate analysis were age, positive family history of hypertension, skin color, level of education, age, overweight. **Conclusion:** Prehypertension gained prominence in the last two decades, after publication of recent researches concerning blood pressure alterations focusing benefits of risk prevention. This issue has been also discussed in order to inform health professionals about the possibility of an event that precedes hypertension. The identification of prehypertension and factors such as black race groups, overweight and central obesity may help prevent complications and provide better health conditions.

Keywords: Cross-sectional studies. Blood pressure. Women.

INTRODUÇÃO

A variável fisiológica pressão arterial (PA) tem distribuição normal entre a população e sua alteração está associada à doença cardiovascular. Entretanto, não há um valor-limite que separe os hipertensos que terão um evento cardiovascular daqueles que não o terão. O risco de doença cardiovascular depende da pressão arterial e dos fatores coexistentes. Neste sentido, The Seventh Joint National Committee (JNC 7) considerou pressão arterial normal e normal-alta em um único grupo, denominado “pré-hipertensão”¹. Segundo Magrini e Martini², a PA pode ser classificada como limítrofe quando os valores de pressão arterial sistólica (PAS) estão entre 130-139 mmHg, e pressão arterial diastólica (PAD) entre 85-89 mmHg; enquanto que a PAS normal é < 130 mmHg, e a diastólica é < 85 mmHg. A PA é classificada como ótima quando a PAS for < 120 mmHg e a PAD < 80 mmHg. Nesta perspectiva, a OPAS e a OMS incentivam estratégias que diminuam os impactos causados pela alteração de PA, por meio de seu controle e prevenção.

O termo pré-hipertensão foi cunhado para alertar profissionais de saúde e pacientes sobre a elevação da pressão sanguínea e o risco de progressão para hipertensão e doença cardiovascular. Consideram-se pré-hipertensos os indivíduos com níveis de pressão sanguínea sistólica maior que 120 a 139 mmHg e/ou a pressão diastólica maior que 80 a 89 mmHg. A pré-hipertensão é compreendida por estudiosos como um estágio intermediário para a hipertensão^{3,4}.

A prevalência de pré-hipertensão, fatores de riscos e incidência de eventos cardiovasculares foram determinados em uma coorte de 60.785 mulheres australianas, pós-menopausa, acompanhadas por 7,7 anos. A pré-hipertensão foi identificada em 39% das mulheres, e observou-se que estas tiveram aumento de 58% do risco de morte por evento cardiovascular, 76% de aumento de risco para infarto do miocárdio, 93% de aumento de risco para derrame, 36% de aumento do risco para hospitalização por falência cardíaca e 66% de aumento do risco para qualquer outro evento cardiovascular quando comparadas às normotensas^{5,6}.

A prevalência global de hipertensão em indivíduos com mais de 70 anos foi de 70% nas mulheres e 59% nos homens; a incidência de hipertensão aumenta com a idade até a quinta década de vida, particularmente entre os indivíduos com pressão normal alta. Quatro em cada cinco indivíduos com pré-hipertensão com idade entre 40 e 49 anos desenvolveram hipertensão em dez anos, segundo estudo de base populacional realizado em Porto Alegre, Brasil³.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de pré-hipertensão e fatores associados em mulheres adstritas a duas Unidades de Saúde, localizadas em município da zona da mata mineira, cujo modelo de atenção adotado é a Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com captação domiciliar e coleta de dados realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em um município de médio porte, localizado na Zona da Mata, sudeste de Minas Gerais. Das UAPS estudadas, uma localiza-se na região oeste e conta com cerca de 13 mil habitantes em sua área de abrangência, enquanto a outra situa-se na região nordeste da cidade e tem uma população adstrita de cerca de 6.600 pessoas.

Foram incluídas na amostra todas as mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, excetuando-se as grávidas, virgens e histerectomizadas conforme definido na pesquisa que proporcionou o trabalho. Tais mulheres foram relacionadas pelos Agentes comunitários de saúde e agendadas para a entrevista na UAPS de referência.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado questionário que abordou fatores sócio-demográficos, apoio social, autoavaliação de estado de saúde, estilo de vida, morbidade, saúde da mulher e comportamento sexual. O questionário foi aplicado por profissionais de saúde previamente capacitados.

Após as entrevistas, foram verificadas as medidas da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal e, posteriormente, foi realizado o exame ginecológico com a coleta de material para o exame de Papanicolaou. Tais procedimentos foram realizados apenas por enfermeiras ou residentes de enfermagem.

Foram consideradas pré-hipertensas as mulheres que apresentaram Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120-139 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg⁷.

Os dados antropométricos foram avaliados a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros)⁸. Foi considerado como sobrepeso o IMC com valor igual ou superior a 25 kg/m². Foi considerado sobrepeso abdominal quando a circunferência abdominal maior ou igual a 88 cm.

Os dados foram armazenados em um banco desenvolvido no programa Epi Info (versão 6.04b) e as análises realizadas no programa Stata 11.0. A análise seguiu os seguintes passos: análise univariada para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada; análise bivariada para identificação da associação de cada uma das variáveis independentes com o desfecho em pauta, efetuada pelo cruzamento da variável dependente, dicotômica, com cada uma das Na análise multivariada, foram testadas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ ou foram consideradas relevantes para o estudo.

Este estudo é parte integrante 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”, uma parceria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo e o Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. A fim de garantir as questões éticas, a presente pesquisa foi 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 1773 mulheres avaliadas, constatou-se uma prevalência de pré-hipertensão de 20,64%. Do total das mulheres incluídas nesta análise, 85% concluíram o ensino médio, 53% estavam empregadas e 52% declaram ser da raça negra ou ter cor da pele preta ou parda. Contam com apoio de amigos e/ou parentes 88% das mulheres. Em relação ao estado de saúde, 40% consideram-se em condições de saúde boas ou muito boas. O consumo de bebidas alcoólicas referido nos últimos 30 dias foi de 57% das mulheres. Quando questionadas sobre o consumo de quatro ou mais doses em uma única ocasião, responderam positivamente 22% das entrevistadas. Não praticam atividades físicas 77% delas, enquanto 21% são tabagistas. (Tabela 1),

No que tange aos cuidados com a saúde, 61% aferiram a pressão arterial há menos de seis meses e 80% relataram história familiar positiva para hipertensão arterial (HA). Fazem uso de contraceptivos 71% das entrevistadas. Em relação ao sobrepeso geral, medido pelo índice de massa corporal, e o sobrepeso abdominal, conforme a medida da circunferência abdominal, estão acima do padrão

considerado normal 58% e 57% das participantes do estudo, respectivamente. .
(Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de 1773 mulheres de 20 a 59 anos, adstritas a ESF.

Variáveis	Total*	
	n	%
Total	1773	100,00
<i>Idade (anos)</i>		
20-29	522	29,44
30-39	530	29,89
40-49	425	23,97
50-59	296	16,69
<i>Escolaridade (anos)</i>		
Até Elementar incompleto	248	14,11
Elementar completo/E.M	1510	85,89
<i>Cor/raça</i>		
Outros	848	47,83
Negro + pardo	925	52,17
<i>Apoio amigos+parentes</i>		
Sem apoio	221	12,52
Com apoio	1553	87,99
<i>Apoio religião</i>		
Não	172	9,74
Sim	1594	90,26
<i>Autoavaliação de saúde</i>		
Muito boa e boa	709	40,12
Regular, ruim e muito ruim	1058	59,88
<i>Consumo de álcool</i>		
Sim	1015	57,28
Não	757	42,72
<i>Consumo de 4 doses álcool em única ocasião</i>		
Não	381	21,50
Sim	1391	78,50
<i>Prática regular de atividade física</i>		
Sim	413	23,32
Não	1358	76,68
<i>Tabagismo</i>		
Não	1394	79,20
Sim	366	20,80
<i>Tempo de aferição de PA</i>		
Mais de 6 meses	688	38,91
Menos de seis meses	1080	61,09
<i>Familiar com PA alta</i>		
Sim	1420	80,54
Não	343	19,46
<i>Contraceptivo</i>		
Sim	1249	70,56
Não	521	29,44
<i>IMC</i>		
Normal	744	42,11
Sobrepeso	1023	57,89
<i>Circunferência abdominal</i>		
Normal	759	43,30
Obesidade	994	56,70

A prevalência de pré-hipertensão de 20,6% nas mulheres estudadas foi menor do que os valores de 35,6% encontradas por Nery et al.⁹ em adultos da

cidade de Niterói (RJ); 39,8 % em trabalhadores húngaros¹⁰; e 33,6 por Meng et al.¹¹ entre os chineses.

Na análise bivariada, a presença de pré-hipertensão mostrou-se associada a fatores como idade, raça/cor, história familiar para HA, índice de massa corporal e circunferência abdominal. A prevalência do evento aumentou de acordo com a faixa etária, apresentando razões de prevalência de 2,14 em mulheres de 30 a 39, de 4,05 na faixa de 40-49 anos e de 4,71 nas de 50-59 anos, quando comparadas às mulheres mais jovens (Tabela 2). Tal resultado concorda com os de Yadav et al.¹² no que diz respeito ao aumento significativo da pré-hipertensão a partir de 30-3anos de idade em estudo realizado com a população indiana.

Tabela 2. Fatores associados e prevalência de pré-hipertensão em 1773 sem hipertensão arterial, adstritas a ESF

Variáveis	Total*	Pré-hipertensão		RPBruta	IC 95%	p
	n	n	%			
<i>Idade (anos)</i>						
20-29	522	40	7,66	1		
30-39	530	87	16,42	2,14	1,47-3,11	0,000
40-49	425	132	31,06	4,05	2,84-5,77	0,000
50-59	296	107	36,15	4,71	3,28-6,78	0,000
<i>Escolaridade (anos)</i>						
Até Elementar incompleto	248	72	29,03	1		
Elementar completo/E.M	1510	291	19,27	0,66	0,51-0,85	0,002
<i>Cor/raça</i>						
Outros	848	153	18,04	1		
Negro + pardo	925	213	23,03	1,27	1,03-1,57	
<i>Apoio amigos + parentes</i>						
Sem apoio	221	59	27,83	1		0,013
Com apoio	1553	304	19,58	0,70	0,53-0,92	
<i>Apoio religião</i>						
Não	172	35	20,35	1		0,936
Sim	1594	329	20,64	1,01	0,71-1,43	
<i>Autoavaliação de saúde</i>						
Muito boa e boa	709	185	26,09	1		0,000
Regular, ruim e muito ruim	1058	179	16,92	0,92	0,52-0,79	
<i>Consumo de álcool</i>						
Sim	1015	233	22,96	1		0,014
Não	757	133	17,57	0,76	0,61-0,94	
<i>Tempo de aferição de PA</i>						
Mais de 6 meses	688	115	16,72	1		0,004
Menos de seis meses	1080	250	23,15	1,38	1,11-1,72	
<i>Familiar com PA alta</i>						
Não	343	40	11,66	1		0,012
Sim	1420	326	22,96	1,96	1,41-2,73	
<i>IMC</i>						
Eutrófico	744	78	10,48	1		0,000
Sobrepeso	1023	285	27,86	2,65	2,06-3,41	
<i>Circunferência Abdominal</i>						
Normal	759	76	10,01	1		0,000
Obesidade	994	282	28,37	2,83	2,19-3,65	

Nota: *O total (n) de cada variável pode diferir devido à ocorrência de dados ignorados

Conforme estudo realizado em Florianópolis, Silva et al.¹³ observaram que as mulheres com idades entre 50-59 anos apresentaram chance 79% maior de pré-hipertensão em relação as de 20-29 anos. Segundo Pearson¹⁴, as alterações de PA iniciam na meia idade e tendem a diminuir após os 70 anos.

Em relação à raça, as mulheres que se autorreferiram negras apresentaram, neste estudo, 27% maior probabilidade de apresentar o evento em relação as que se declaram de outra raça/cor, prevalência menor do que as encontradas por Glasser et al.⁴ em mulheres norte-americanas, cuja prevalência de pré-hipertensão foi de 62,9% em negras e de 54,1% em brancas. Ilesuo¹⁵ encontrou, em mulheres nigerianas, alta prevalência de pré-hipertensão (58,8%). O estudo de Silva, Petroski e Peres¹³ apontou associação entre a cor da pele preta e pré-hipertensão, o que, segundo os autores, pode refletir, além das características genéticas, as condições sociais discrepantes entre negros e brancos.

De acordo com a literatura¹⁶, ter parentes com história familiar de HA representou maior vulnerabilidade para pré-hipertensão. Identificou-se ainda que as mulheres que nunca fizeram ou que estavam com o exame de Papanicolaou em atraso apresentaram 30% maior probabilidade do evento, o que pode representar barreira de acesso ao serviço. Essa realidade sinaliza a necessidade da busca ativa destas mulheres pela atenção básica.

A política de rastreamento de câncer do colo de útero, com base no exame Papanicolaou, ampliou a oferta desse exame a partir de 1998. Houve aumento da cobertura nos últimos três anos. Segundo inquéritos nacionais, a cobertura passou de 73,1%, em 2003, para 78,4% em 2008. No entanto, são grandes as desigualdades nas diversas regiões do país, o que denota a necessidade de garantir o acesso e o seguimento das mulheres de áreas de maior risco, bem como o seguimento daquelas detectadas com exames alterados¹⁷.

Ilesuo¹⁵ destaca também que na quinta década de vida, de 40-49 anos, a obesidade é um dos fatores associados à hipertensão e pré-hipertensão. O autor considera ainda que esse período de vida representa um momento de transição da pré-hipertensão para a hipertensão. Sobrepeso e obesidade contribuem significativamente com a prevalência de pré-hipertensão e são passíveis de intervenção. Conhecendo características antropométricas de um determinado grupo de pessoas adstritas, é possível estimular na atenção primária medidas que busquem modificar o perfil epidemiológico.

Conforme Isezuo¹⁵, Guo et al.¹⁸ e Gupta¹⁹, a pré-hipertensão está significativamente associada à obesidade e ao sobrepeso tanto em relação ao IMC quanto à circunferência abdominal. Na pesquisa em tela, as mulheres que apresentaram IMC maior ou igual a 25 kg/m² e circunferência abdominal igual ou maior a 88 cm tiveram maior probabilidade de pré-hipertensão.

Moreira et al.²⁰ encontraram associação positiva entre alteração de PA e indicadores antropométricos. Em seus estudos, o autor destaca que indivíduos com IMC > 24,49 apresentam 2,75 vezes mais chances de elevação de PA, concordando com Jardim et al.²¹. Moreira et al.²⁰ ainda observaram que as mulheres com circunferência abdominal maior do que 80 cm tiveram 2,53 vezes mais chance de elevação de PA, dados próximos aos encontrados nesta pesquisa. Sokondi et al.¹⁰, Lin et al.²² e Singh et al.²³ também encontraram forte associação entre o IMC e alterações de pré-hipertensão e hipertensão arterial. Para Isezuo¹⁵, o referido dado antropométrico, após análise multivariada, apresentou-se como o maior fator associado à pré-hipertensão.

A pesquisa em tela mostrou que, após análise multivariada (Tabela 3), tanto o IMC quanto a circunferência abdominal apresentaram associação significativa com pré-hipertensão arterial. Mulheres com sobrepeso corporal apresentaram 54% e aquelas com obesidade abdominal 71% maior probabilidade de apresentar o evento em relação àquelas consideradas normais segundo os parâmetros antropométricos.

Tabela 3. Análise multivariada de prevalência de fatores associados e pré-hipertensão em 1773 sem hipertensão arterial

Variáveis	RP Bruta	IC 95%	p	RP Ajustada	IC-95%	p
<i>Idade (anos)</i>						
20-29	1					
30-39	2,14	1,47-3,11	0,000	1,88	1,29-2,76	0,001
40-49	4,05	2,84-5,77	0,000	3,37	2,35-4,83	0,000
50-59	4,71	3,28-6,78	0,000	3,90	2,69-5,68	0,000
<i>Cor/raça</i>						
Outros	1					
Negro + pardo	1,27	1,03-1,57		1,27	1,03-1,57	0,027
<i>Familiar com PA alta</i>						
Não	1		0,012			
Sim	1,96	1,41-2,73		1,68	1,24-2,39	0,002
<i>IMC</i>						
Eutrófico	1		0,000			
Sobrepeso	2,65	2,06-3,41		1,52	1,09-2,11	0,012
<i>Circunferência Abdominal</i>						
Normal	1		0,000			
Obesidade	2,83	2,19-3,65		1,72	1,20-2,35	0,001

CONCLUSÃO

A pré-hipertensão ganhou destaque nas duas últimas décadas, após publicação dos consensos modernos sobre alterações de PA, tendo em vista os benefícios de se prevenir os riscos. Tal tema tem sido discutido no intuito de alertar os profissionais de saúde quanto à possibilidade de ser um evento que antecede a hipertensão arterial. A prevalência de pré-hipertensão chama atenção para que medidas de prevenção e monitoramento sejam assumidas pelas equipes, em especial para as mulheres entre 30 e 49 anos. A identificação da pré-hipertensão e dos fatores associados tais como raça negra, sobrepeso corporal e obesidade central pode contribuir para prevenir complicações e proporcionar melhores condições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ortega KC, Ginani GF, Silva GV, Mion Jr. D. Pré-hipertensão: conceito, epidemiologia e o que falam as diretrizes. *Rev Bras Hipertens* 2009;16(2):83-86.
2. Magrini DW, Martini JG. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. *Enferm. glob.* 2012;11(26):344-53.
3. Fuchs FD, Fuchs SC, Moreira LB, Gus M, Nóbrega AC, Poli-de-Figueiredo CE, et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER-prevention trial. *Trials.* 2011 Mar 5;12:65.
4. Glasser SP, Judd S, Basile J, Lackland D, Halanych J, Cushman M, et al. Prehypertension, racial prevalence and its association with risk factors: Analysis of the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *Am J Hypertens.* 2011 Feb;24(2):194-9.
5. Pimenta E. Hypertension in women. *Hypertens Res.* 2012 Feb;35(2):148-52.
6. Hsia J, Margolis KL, Eaton CB, Wenger NK, Allison M, Wu L, et al. Prehypertension and cardiovascular disease risk in the Women's Health Initiative. *Circulation.* 2007 Feb 20;115(7):855-60.
7. National Institutes Of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Bethesda: National Institutes of Health; 2003.
8. World Health Organization. Technical report series 894: "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Geneva: World Health Organization; 2000.

9. Nery AB, Mesquita ET, Lugon JR, Kang HC, de Miranda VA, de Souza BG, et al. Prehypertension and cardiovascular risk factors in adults enrolled in a primary care programme. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Apr;18(2):233-9.
10. Sonkodi B, Sonkodi S, Steiner S, Helis E, Turton P, Zachar P, et al. High prevalence of prehypertension and hypertension in a working population in Hungary. *Am J Hypertens*. 2012 Feb;25(2):204-8.
11. Meng XJ, Dong GH, Wang D, Liu MM, Liu YQ, Zhao Y, et al. Epidemiology of prehypertension and associated risk factors in urban adults from 33 communities in China--the CHPSNE study. *Circ J*. 2012;76(4):900-6.
12. Yadav S, Boddula R, Genitta G, Bhatia V, Bansal B, Kongara S, et al. Prevalence & risk factors of pre-hypertension & hypertension in an affluent north Indian population. *Indian J Med Res*. 2008 Dec;128(6):712-20.
13. Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev. saúde pública* 2012;46(6):988-98.
14. Pearson JD, Morrell CH, Brant LJ, Landis PK, Fleg JL. Age-associated changes in blood pressure in a longitudinal study of healthy men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997 May;52(3):M177-83.
15. Isezuo SA, Sabir AA, Ohwovorilole AE, Fasanmade OA. Prevalence, associated factors and relationship between prehypertension and hypertension: a study of two ethnic African populations in Northern Nigeria. *J Hum Hypertens*. 2011 Apr;25(4):224-30.
16. Le C, Jun D, Yichun L, Zhankun S, Keying Z. Multilevel analysis of the determinants of pre-hypertension and hypertension in rural southwest China. *Public Health Rep*. 2011 May-Jun;126(3):420-7.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Guo X, Zhang X, Li Y, Zhou X, Yang H, Ma H, et al. Differences in healthy lifestyles between prehypertensive and normotensive children and adolescents in Northern China. *Pediatr Cardiol*. 2012 Feb;33(2):222-8.
19. Gupta R, Guptha S. Strategies for initial management of hypertension. *Indian J Med Res*. 2010 November;132(5):531-42.

20. Moreira OC, Oliveira RAR, Andrade Neto F, Amorim W, Oliveira CEP, Doimo La et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. *Rev. bras. educ. fís. Esp* 2011;25(3):397-406.
21. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, Scala LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007;88(4):452-7.
22. Lin SJ, Lee KT, Lin KC, Cheng KH, Tsai WC, Sheu SH, et al. Prevalence of prehypertension and associated risk factors in a rural Taiwanese adult population. *Int J Cardiol.* 2010 Oct 8;144(2):269-73.
23. Singh RB, Fedacko J, Pella D, Macejova Z, Ghosh S, de Amit K, et al. Prevalence and risk factors for prehypertension and hypertension in five Indian cities. *Acta Cardiol.* 2011 Feb;66(1):29-37.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade urgente de políticas públicas em saúde para prevenção e controle da hipertensão arterial é uma constante nas publicações científicas e nos discursos dos gestores e dos profissionais de saúde. Espera-se que diante do perfil demográfico e epidemiológico atual, marcado pelo envelhecimento populacional e pela predominância das doenças crônicas, o modelo de APS seja o mais efetivo. No Brasil, medidas governamentais buscam cumprir, ainda que no modelo de uma assistência voltada para a doença, a função de distribuir anti-hipertensivos. Por outro lado, a política nacional de saúde tem priorizado ações além da distribuição gratuita de medicamentos, tais como: expansão da atenção básica, prevenção do câncer de mama e de colo do útero, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, desaconselhamento do tabagismo e ações regulatórias anti-tabaco, além do apoio e financiamento de programas de atividades física.

A alta prevalência de hipertensão e pré-hipertensão faz pensar que a assistência à saúde da mulher merece um planejamento diferenciado, uma vez que as mulheres continuam sendo as principais usuárias das unidades de atenção primária à saúde e, ainda assim, a prevalência de hipertensão foi alta na população investigada.

Percebeu-se que a idade mediana de 38,5 anos das participantes da pesquisa está além daquela prevista para o ano de 2050, segundo projeções da ONU em 2002. Nessas projeções, a idade mediana de 38 anos refletirá na prevalência de HA, tendo em vista o envelhecimento populacional. A maioria das mulheres pesquisadas encontra-se nas terceira e quarta décadas de vida, com variações de pressão arterial. Nesse sentido, é necessário um planejamento especial, multidisciplinar e preventivo que inclua as mulheres mais jovens, assim como já é feito para as idosas, por exemplo, em termos de assistência nos grupos de hipertensão.

O controle de doenças crônicas não se pode resumir em consultas médicas e aferição de pressão arterial. Para dar sustentabilidade à prevenção de complicações comuns às DCNT, que, além de fatores genéticos estão intimamente relacionadas com o envelhecimento não saudável, são viáveis ações básicas como a adesão às atividades físicas, a vigilância e o controle das medidas

antropométricas. Dados entendidos como desejáveis para responder às melhores expectativas de vida, lacunas apontadas nos resultados da pesquisa em tela.

Nesse sentido, as políticas locais das UAPS devem convergir para discussão sobre o controle do sobrepeso e da obesidade além da inclusão, de forma sistematizada, dos dados antropométricos nas consultas e nas intervenções de saúde, a fim de se prevenir complicações advindas das condições e doenças crônicas. Destaca-se a importância da exploração de estudos posteriores diante do perfil e da riqueza de dados que a pesquisa proporcionou, sendo que alguns merecem maiores discussões tais como medidas de adesão ou negação ao controle da hipertensão, adesão medidas não farmacológicas e às terapias a longo prazo.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. **American journal of epidemiology**, Cary, v. 175, n. 4, p. 315-324, Feb 2012.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho**: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. 2004. 259f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)– Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ATALLAH, A. et al. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? **European journal of public health**, Oxford, v. 20, n. 6, p.665-670, 2010.

BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 167-213.

BRANDÃO, A. A. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Capítulo 1. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Revista brasileira de hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 7-10, 2010.

BRANDÃO RONDON, M. U. P.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista brasileira de hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 134-139, maio 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002. Informe técnico institucional.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **ELSA Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Excesso de peso cresce nos últimos cinco anos**. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12459>. Acesso em: 29 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 369-377, jul./set. 2004.

COLOMBO, R. C. R. et al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 461- 467, jul./ago. 2003.

CONCEIÇÃO, T. V. et al. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com Fatores de Risco Cardiovasculares em Servidores da Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - Brasília, DF. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 86, n. 1, p. 26-31, jan. 2006.

DOMINGUEZ, B. Academia da saúde pública. **Radis comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 109, p. 12-13, set. 2011.

EICHNER, J. E. et al. Tobacco use and cardiovascular disease among American Indians: the strong heart study. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 7, n. 10, p. 3816-3830, 2010.

FAQUINELLO, P.; MARCON. S. S. Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1345-1352, 2011.

FERNANDES, E. A.; FUJIWARA, H. T. C.; MELO, E. M.; Genética: causas comuns da obesidade. **Revista da ABESO**, São Paulo, n. 54, p. 7-10, dez. 2011.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-104, jan. 2010

FUCHS, F. D. et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER-prevention trial. **Trials**, London, v. 12, p. 65, Mar 2011.

GLASSER, S. P. et al. Prehypertension, racial prevalence and its association with risk factors: Analysis of the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. **American journal of hypertension**, New York, v. 24, n. 2, p. 194-199 Feb 2011.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo pró-saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, maio/jun. 2005.

HSIA, J. et al. Prehypertension and cardiovascular disease risk in the Women's Health Initiative. **Circulation**, Hagerstown, v. 115, n. 7, p. 855-860, Feb 2007.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, abr. 2007.

KATZ, D.; ELMORE, J. G.; JEKEL, J. F. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LE, C. et al. Multilevel analysis of the determinants of pre-hypertension in hypertension in rural southwest China. **Public health reports**, Washington, v. 126, n. 3, p. 420-427. May/Jun 2011.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1470-1471, ago. 2010.

LUNA, R. L. Aspectos históricos da hipertensão no Brasil. **Revista brasileira de hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 263-265, jul./set. 2001.

MALACHIAS, M. V. B. Eu sou 12 por 8. **Revista brasileira de hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 2-3, 2010.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006,

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MENDES, M. C. S. et al. Obesidade e câncer as doenças do século. **Revista da ABESO**, São Paulo, n. 54, p. 11-14, dez. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

MENG, X. J. et al. Epidemiology of prehypertension and associated risk factors in urban adults from 33 communities in China – the CHPSNE study. **Circulation journal**, Kyoto, v. 76, n. 4, p. 900-906, 2012.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Heart, Lung, and Blood Institute. **Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)**. Bethesda: National Institutes of Health, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2003. 60p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças transmissíveis e não transmissíveis**: hipertensão arterial. [20--]. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&%20task=view%20&id=397&Itemid=539%20>. Acesso: 18 dez. 2012.

ORSATTI, F. L. et al. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p. 182-189, abr. 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

PIMENTA, C. P. **Prevenção das doenças cerebrovasculares no Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde**. 2009. 231f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

PIMENTA, E. Hypertension in women. **Hypertension research**, Toyonaka, v. 35, n. 2, p. 148-152, Feb 2012.

PINTO, S. L. et al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1065-1075, jun. 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução de Luciana Teixeira Gomes, Lucya Hellena Duarte, Maria Inês Correa. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

RIEGEL, R. E. **Bioquímica nutricional do exercício físico**. Porto Alegre: UNISINOS, 2005.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios e atuais. **The lancet**, London, p. 61-74, May 2011. Série Saúde no Brasil. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2011.

SILVA, I. T.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 514-521, jul./ago. 2009.

SLIMKO, M. L.; MENSAH, G. A. The role of diets, food, and nutrients in the prevention and control of hypertension and prehypertension. **Cardiology clinics**, Amsterdam, v. 28, n. 4, p. 665-674, Nov 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Eu sou 12 por 8**. [20--]. Disponível em: <<http://www.eusou12por8.com.br/a-campanha.aspx>>. Acesso em: 31 jul. 2012.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007.

VALE, A. M. O.; KERR, L. R. S.; BOSI, M. L. M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121-132, jan. 2011.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – 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

PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER

Juiz de Fora, Minas Gerais

2010



**Universidade Federal
de Juiz de Fora**



PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER

01	<p>Critérios de elegibilidade (mulheres de 20 a 59 anos, exceto as grávidas, virgens ou histerectomizadas):</p> <p>[Entrevistador: confirme apenas se a mulher preenche todos os critérios de elegibilidade]</p> <p align="center">1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Se 2: Agradeça e encaminhe-a para preventivo de rotina. Ela não participará da pesquisa.</p>
02	<p>Nome completo da mulher:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
03	<p>Número de Registro na Pesquisa:</p> <p>_____</p>	

Juiz de Fora, Minas Gerais - 2010

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal de Juiz de Fora, que tem por finalidade avaliar aspectos da Saúde da Mulher relacionados a história ginecológica e obstétrica, hábitos pessoais e alguns problemas de saúde. Para participar da pesquisa a senhora será solicitada a responder um questionário e realizar o exame preventivo ginecológico (Papanicolaou). Algumas mulheres serão sorteadas para realizar um exame complementar (teste do HPV), a partir do material da mesma coleta realizada para o preventivo. O HPV é um vírus que pode estar associado ao desenvolvimento de lesões no colo do útero. Os resultados dos exames serão entregues posteriormente durante a consulta com profissional de saúde desta unidade. Caso os resultados dos exames apresentarem alguma alteração será feito encaminhamento para confirmação diagnóstica conforme a rotina do serviço. O seguimento de todas as participantes do estudo será feito com base nos Sistemas de Informações do SUS. Deixamos claro que a participação no estudo é totalmente voluntária; todas as informações serão confidenciais e serão utilizadas apenas para uso interno da pesquisa.

Qualquer dúvida, a sra/você pode entrar em contato com os profissionais desta unidade ou com a pesquisadora Maria Teresa Bustamante da UFJF, no telefone **(032) 21023832**, nos horários de 9:00 às 16:00 hs.

Toda a equipe de pesquisa agradece antecipadamente a sua participação que será valiosa, pois os resultados deste estudo são importantes para o desenvolvimento de ações relacionadas a prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida para a população feminina brasileira

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Assinatura da Entrevistada

Assinatura do Pesquisador

Juiz de Fora, ____/____/ 201____

No seu domicílio, qual o número de:

B12	Cômodos? (São considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço, e salas do seu domicílio)	_ _	
B13	Tem banheiros dentro da casa (inclusive de serviço)?	1. Sim _ _	2. Não
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 (<i>especifique</i>): _____	
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 (<i>especifique</i>): _____	
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 (<i>especifique</i>): _____	
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 (<i>especifique</i>): _____	

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		
	_____ parentes	0. Nenhum
	_____ amigos	0. Nenhum
C1	Com quantos familiares ou parentes a sra/você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	
C2	Com quantos amigos a sra/você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? <i>(sem considerar os familiares ou parentes)</i>	
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? <i>(sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro)</i>	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 ou domésticas? <i>[Entrevistador: dificuldade se entende como precisar fazer mais esforço, ter mal estar ou dor, para subir escada ou se abaixar, por exemplo.]</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 ou domésticas? <i>[Entrevistador: dificuldade mental como esquecimento, nervosismo, irritação etc..]</i>	1. Nenhum	2. Leve	3. Médio	4. Intenso	5. Muito intenso ou não consegue realizar
D4	Nos últimos 12 meses a sra/você procurou atendimento nesta UAPS?	1. Sim. Quantas vezes? _____				2. Não
D5	Por qual motivo procurou o atendimento?	1. Ficou doente ou teve um problema de saúde				Se 2: Ir para D6
		2. Teve acidente ou lesão				
		3. Teve problema odontológico				
		4. Para continuar tratamento ou reabilitação				
		5. Para fazer pré-natal				
		6. Para exames médicos periódicos				
		7. Para exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico				
		8. Para vacinação				
		9. Para outros atendimentos preventivos (preventivo ginecológico, exame de mama, pedido de mamografia)				
		10. Para pedir atestado de saúde				
		11. Para marcar consulta com especialista				
		12. Para obter medicamento				
		13. Outro (especifique): _____				
D6	Procurou em outro lugar?	1. Sim. Qual? _____				2. Não

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?	<p>1. Menos de 1 semana</p> <p>2. Entre 1 semana e menos de 1 mês</p> <p>3. Entre 1 mês e menos de 6 meses</p> <p>4. 6 meses ou mais atrás</p>	
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	999. NSA. Não se aplica (<i>tem 20 anos</i>) 888. Não lembra/Não sabe
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?	<p>1. 1 vez por dia</p> <p>2. 2 vezes por dia</p> <p>3. 3 vezes ou mais por dia</p>		
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 7 dias)	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 7 dias)	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 7 dias)	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 2. 2 copos 3. 3 copos ou mais	0. Nenhum	
E16	Em quantos dias da semana a sra/você costuma comer frutas?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	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 2. 2 vezes por dia 3. 3 vezes ou mais por dia	0. Nenhuma	
E18	Em quantos dias da semana a sra/você costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?	____ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	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?	<p>1. Normal</p> <p>2. Diet/Light/Zero</p> <p>3. Ambos</p> <p>_____ copos</p> <p>_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)</p> <p>0. Nunca ou menos do que uma vez por semana</p>	Se 0: Ir para E23
E20	Quanto copos de refrigerante (ou suco artificial) a sra/você costuma tomar por dia (nos dias em que toma)?		
E21	Em quantos dias da semana a sra/você costuma tomar leite? (<i>não vale leite de soja</i>)	<p>1. Integral</p> <p>2. Desnatado ou Semi-desnatado</p> <p>3. Os dois tipos</p> <p>_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)</p> <p>0. Nunca ou menos do que uma vez por semana</p>	
E22	Quando a sra/você toma leite, que tipo de leite costuma tomar?		
E23	Em quantos dias da semana a sra/você come presunto, mortadela ou salame?		
E24	A sra/você costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?	<p>1. Não</p> <p>2. Sim, sempre ou quase sempre</p> <p>3. Sim, de vez em quando</p>	

As seguintes perguntas são sobre o consumo de bebidas alcoólicas

E25	Com que frequência a sra/você costuma consumir alguma bebida alcoólica?	<p>1. Não bebo nunca</p> <p>2. Menos de uma vez por mês</p> <p>3. Uma vez ou mais por mês</p>	Se 1: Ir para E30
E26	Quanto dias por semana a sra/você costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_____ dias por semana (<i>preencher de 1 a 7 dias</i>)	Se 2: Ir para E29

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?	<p>1. Sim, diariamente</p> <p>2. Sim, menos que diariamente</p> <p>3. Não fumo atualmente</p>	Se 1: Ir para E44
E42	E no passado, a sra/você fumou?	<p>1. Sim, diariamente</p> <p>2. Sim, menos que diariamente</p> <p>3. Não, nunca fumei</p>	Se 2 ou 3: Ir para E51
E43	Há quanto tempo a sra/você parou de fumar?	<p>_____ anos</p> <p>0. Há menos de um ano</p>	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	Se 2: Ir para E49
E45	Quando tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	Se 2: Ir para E49
E46	A sra/você conseguiu o tratamento com profissional de saúde?	1. Sim	Se 1: Ir para E48
E47	Porque a sra/você não conseguiu tratamento?	<p>1. A consulta está marcada, mas ainda não foi</p> <p>2. Tinha que esperar muito tempo</p> <p>3. Não conseguiu marcar</p> <p>4. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p>5. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>6. O plano de saúde não cobria o tratamento</p> <p>7. O serviço de saúde era muito distante</p> <p>8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>9. Outro (<i>especifique</i>): _____</p>	Ir para E50
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?					
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 2. Não, só quando tem algum problema 3. Sim		Se 3: Ir para F6
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 (especifique): _____		
F6	O que a sra/você faz atualmente por causa da hipertensão?	a. Dieta b. Prática de atividade física c. Toma medicamentos d. Outro (especifique): _____	1. Sim 1. Sim 1. Sim 1. Sim	
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	2. Não 2. Não 2. Não 2. Não	Se 6: Ir para F17
F8	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão, o atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não	
F9	Qual foi a 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
	F11	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial foi pedido algum exame?	
a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicédeos)		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			
F12	A sra/você fez todos os exames solicitados?		
		1. Sim	2. Não
			Se f: Ir para F14
			Se 1: Ir para F14

		<p>1. O exame está marcado, mas ainda não fez</p> <p>2. Não achou necessário</p> <p>3. Não conseguiu marcar</p> <p>4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande</p> <p>5. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante</p> <p>7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados</p> <p>9. Não sabia onde realizar os exames</p> <p>10. Outro (<i>especifique</i>): _____</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 2: Ir para F17
F14	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com um cardiologista ou outro médico especialista?		<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 1: Ir para F17
F15	A sra/você foi a todas as consultas com o médico especialista?	<p>1. A consulta está marcada, mas ainda não foi</p> <p>2. Não conseguiu marcar</p> <p>3. Não achou necessário</p> <p>4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p>5. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p>6. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>7. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p>8. O serviço de saúde era muito distante</p> <p>9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>10. Outro (<i>especifique</i>): _____</p>		
F16	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?			

	c.E colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d.E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e.E artrite?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f.E problema de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g.E hepatite?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h.E asma ou bronquite asmática?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i.E tuberculose?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j.E depressão?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k.E doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar ou psicose?	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l.E outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? ↓ Qual _____	<input type="checkbox"/>	____ anos	0. Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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]

		Se 2: Ir para F25	
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
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

Como a sra/você obtém os medicamentos de uso contínuo?				No caso de um dos itens ser respondido com 1, não pergunte os próximos itens: Ir para F25
F24	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 (<i>preencher de 1 a 14</i>)		
F27	O medicamento que a sra/você usa para dormir foi prescrito por médico?	1. Sim	2. Não	

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

	Nenhuma vez (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência a sra/você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?				
F28 Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F29 Se sentir cansada ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F30 Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F31 Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F32 Falta de apetite ou comendo demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F34	Se sentir “para baixo”, deprimida ou sem perspectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F35	Se sentir mal consigo mesma — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F36	Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total do pontos [para o codificador]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se todas as respostas = “0” ir para F37

[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 (0)	Alguns Dificuldade (1)	Muita Dificuldade (2)	Extrema Dificuldade (3)
-------------	---	-------------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------

Agora vamos falar sobre história de doenças na família

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

F37	Algum parente seu tem ou teve algumas das doenças abaixo?	1. Não	2. Sim, quem?
	a. Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	_____
	b. Diabetes:	<input type="checkbox"/>	_____
	c. Outra doença, qual _____	<input type="checkbox"/>	_____

F38	Algum parente seu teve câncer de mama?	1. Não	2. Sim, quem?	Idade do diagnóstico
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
F39	Algum parente seu teve outro tipo de câncer na família?	1. Não	2. Sim, quem?	Idade do diagnóstico
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ anos
		<input type="checkbox"/>	_____	____ ____ ____ 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 próximo módulo
		2. A cada dois meses	
		3. Duas a quatro vezes por ano	
		4. Uma vez por ano	
		5. O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses.	
		6. Nunca recebeu	
		7. Não sabe informar	

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	9. 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	9. NSA
f. Verificação do cartão de vacinação das crianças do domicílio	1. Sim	2. Não	9. 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	Se 1: Ir para G11	
G2	A sra/você ainda fica menstruada?	1. Sim	2. Não		
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 2. Sim, já usou, mas não usa mais 3. Não			Se 3: Ir para G8
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?	<p>1. Sim, usa atualmente</p> <p>2. Sim, já usou, mas não usa mais</p> <p>3. Não</p>	Se 3: Ir para G11	
	G9	O fitoterápico foi prescrito por médico?		<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>
	G10	Por quanto tempo faz / fez uso do fitoterápico? [Atenção: usar o verbo no tempo correto, segundo situação de uso atual ou passado]		<p>_____ anos</p> <p>0. Menos de um ano</p>
G11	Quando foi a última vez que a sra/você fez um exame preventivo ginecológico? [Atenção: se a não sabe sobre o exame explicar..]	<p>1. Menos de 1 ano atrás</p> <p>2. De 1 ano a menos de 2 anos</p> <p>3. De 2 anos a menos de 3 anos</p> <p>4. 3 anos ou mais atrás</p> <p>5. Nunca fez</p>	Se diferente de 4 ou 5: Ir para G13	
	G12	Qual o principal motivo da sra/você NÃO ter feito um exame preventivo (nunca ou com frequência menor de 3 anos)? [Entrevistador: Pergunte primeiro e, se necessário, leia todas as opções para a entrevistada, pode marcar mais de uma]		<p>1. Nunca teve relações sexuais</p> <p>2. Não acha necessário</p> <p>3. Nunca foi orientada para fazer o exame</p> <p>4. Teve dificuldades para marcar consulta.</p> <p>5. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande</p> <p>6. O serviço de saúde é muito distante</p> <p>7. Tem dificuldades financeiras</p> <p>8. Tem dificuldades de transporte</p> <p>9. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>10. O plano de saúde não cobre a consulta</p> <p>11. Não sabe quem procurar ou aonde ir</p> <p>12. Nunca antes escutou falar do exame</p> <p>13. Outro (especifique): _____</p>

G13	A sra/você recebeu o resultado do último exame preventivo?	<p>1. Sim, menos de 1 mês depois</p> <p>2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois</p> <p>3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois</p> <p>4. Sim, 6 meses ou mais depois</p> <p>5. Nunca recebi</p> <p>6. Nunca fui buscar</p>	Se 5 ou 6: Ir para G16
G14	O resultado do exame que a sra/você recebeu foi:	<p>1. Normal OU 2. Alterado?</p> <p>Usou algum medicamento ou pomada? 1. Sim 2. Não</p>	
G15	<p>A sra/você tem o resultado deste último exame preventivo?</p> <p><i>[Entrevistador: se a entrevistada, estiver com o exame peça para ver e anote a data. Só devolva após preencher as questões G16 e G17]</i></p> <p><i>[Para quem não tem o exame no momento: se ela não lembrar a data completa, anote pelo menos o ano; se não lembrar nem do ano, escreva "8"]</i></p>	<p>1. Sim, estou com o exame neste momento. Data: ____/____/____</p> <p>2. Sim, mas não trouxe. Data: ____/____/____</p> <p>3. Não tenho ou não sei se tenho em casa Data: ____/____/____</p>	
G16	Na última vez que fez o exame preventivo, o atendimento foi feito pelo SUS?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	
G17	Qual foi a serviço de saúde em que a sra/você realizou o último preventivo? (nome do serviço)	<p>_____ 888. Não sabe</p>	Se a resposta de G13="5" ou "6" ir para G23
G18	Após receber o resultado do exame, a sra/você foi encaminhada para consulta com médico especialista?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 2: Ir para G23
G19	A sra/você foi à consulta com o especialista?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 1: Ir para G21
G20	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido à consulta com o especialista?	<p>1. A consulta está marcada, mas ainda não foi</p> <p>2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p>3. Não conseguiu marcar</p> <p>4. Não achou necessário</p> <p>5. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p>6. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>7. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p>8. O serviço de saúde era muito distante</p> <p>9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>10. Outro (<i>especifique</i>): _____</p>	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?	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?	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 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>): _____	Se diferente de 5: Ir para G26
G25	Qual o principal motivo da sra/você não ter feito o exame de mamografia?		Ir para G36

G26	A sra/você recebeu o resultado da última mamografia?	<p>1. Sim, menos de 1 mês depois</p> <p>2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois</p> <p>3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois</p> <p>4. Sim, 6 meses ou mais depois</p> <p>5. Nunca recebi</p> <p>6. Nunca fui buscar</p>	Se 5 ou 6: Ir para G29
G27	O resultado do exame que a sra/você recebeu foi:	<p>1. Normal OU 2. Alterado?</p>	
G28	<p>A sra/você tem o resultado deste último da última mamografia?</p> <p><i>[Entrevistador: se a entrevistada, estiver com o exame peça para ver e anote a data. Só devolva após preencher as questões G29 e G30]</i></p> <p><i>[Para quem não tem o exame no momento: se ela não lembrar a data completa, anote pelo menos o ano; se não lembrar nem do ano, escreva "8"]</i></p>	<p>1. Sim, estou com o exame neste momento. Data: ____/____/____;</p> <p>2. Sim, mas não trouxe. Data: ____/____/____;</p> <p>3. Não tenho, ou não sei se tenho em casa Data: ____/____/____;</p>	
G29	Na última vez que fez a mamografia, o atendimento foi feito pelo SUS?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	
G30	Qual foi a serviço de saúde em que a sra/você realizou a última mamografia? (nome do serviço)	<p>888. Não sabe</p>	Se a resposta de G26="5" ou "6" ir para G36
G31	Após receber o resultado da mamografia, a sra/você foi encaminhada para consulta com médico especialista?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 2: Ir para G36
G32	A sra/você foi à consulta com o especialista?	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	Se 1: Ir para G34
G33	Qual o principal motivo da sra/você não ter ido à consulta com o especialista?	<p>1. A consulta está marcada, mas ainda não foi</p> <p>2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande</p> <p>3. Não conseguiu marcar</p> <p>4. Não achou necessário</p> <p>5. Não sabia quem procurar ou aonde ir</p> <p>6. Estava com dificuldades financeiras</p> <p>7. O plano de saúde não cobria a consulta</p> <p>8. O serviço de saúde era muito distante</p> <p>9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas</p> <p>10. Outro (<i>especifique</i>): _____</p>	Ir para G36

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)? [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

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
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 (especifique): _____			

Se 2: Ir para G40

Agora vou lhe fazer perguntas sobre reprodução familiar

G40	A sra/você já ficou grávida?	1. Sim	2. Não
G41	Com que idade a sra/você teve a sua primeira gravidez?	_____ anos	888. Não sabe

Se 2: Ir para o próximo módulo

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? _____ 1. Não	2. Não	
G47	Algum filho nasceu vivo e morreu antes de completar 1 ano?	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	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	999. NSA. Nos últimos 12 meses não teve relações sexuais (G36=2).
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 (isto é, <i>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? a. Feridas b. Bolhas c. Verrugas	1. Sim 1. Sim 1. Sim	2. Não 2. Não 2. Não		Se todos iguais a 2: Ir para H13
H11	Na última vez que a sra/você teve algum desses problemas, o que a sra/você fez? 1. Procurei um serviço de saúde 2. Fui diretamente à farmácia 3. Me aconselhei com parente ou amigo(a) ou outra pessoa 4. Não fez nada				Se 2, 3 ou 4: Ir para H13
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 b. Informar aos(as) parceiros(as) c. Fazer o teste de HIV d. Fazer o teste de sífilis	1. Sim 1. Sim 1. Sim 1. Sim	2. Não 2. Não 2. Não 2. Não		
H13	A sra/você já fez algum teste de sífilis?	1. Sim, no pré-natal. 2. Sim, mas não foi no pré-natal. 3. Não			Se 3: Ir para H15
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. 2. Sim, mas não foi no pré-natal. 3. Não			Se 3: Ir para o próximo módulo
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]

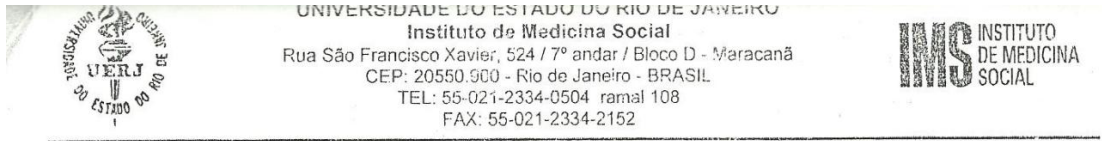
I. DADOS AFERIDOS

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	_____ _____

ANEXO B – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ**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