

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAYANE FRAGA DE PAULA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA E COOCORRÊNCIA
DOS FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS EM MULHERES
BRASILEIRAS DE IDADE REPRODUTIVA**

BELO HORIZONTE
2019

THAYANE FRAGA DE PAULA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA E COOCORRÊNCIA
DOS FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS EM MULHERES
BRASILEIRAS DE IDADE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações.

Orientadora: Prof^a Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

**BELO HORIZONTE
2019**

P324p Paula, Thayane Fraga de.
Prevalência e fatores associados à ocorrência e
coocorrência dos fatores de risco comportamentais em mulheres
brasileiras de idade reprodutiva [manuscrito]. / Thayane Fraga de
Paula. - - Belo Horizonte:2019.
105f.: il.
Orientador (a): Mariana Santos Felisbino Mendes.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Fatores de Risco. 2. Doenças não Transmissíveis. 3.
Cuidado Pré-Concepcional. 4. Saúde da Mulher. 5. Dissertações
Acadêmicas. I. Mendes, Mariana Santos Felisbino. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III.Título.

NLM: WX 157

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9886 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 592 (QUINHENTOS E NOVENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA THAYANE FRAGA DE PAULA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezanove, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação- 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA E COOCORRÊNCIA DOS FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS EM MULHERES BRASILEIRAS DE IDADE REPRODUTIVA*", da aluna *Thayane Fraga de Paula*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mariana Santos Felisbino Mendes (orientadora), Dorotéia Aparecida Höfelmann (participou da sessão por videoconferência) e Kleyde Ventura de Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2019.

Prof.^a. Dr.^a Mariana Santos Felisbino Mendes
Orientadora (EEUFMG)

Prof.^a. Dr.^a. Dorotéia Aparecida Höfelmann
(UFPR)

Prof.^a. Dr.^a. Kleyde Ventura de Souza
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 11/03/2019

Profa. Dra. Kénia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

DEDICATÓRIA

*Mylene Mayara Santos Dias (in memoriam) e
Tassiana Elena de Souza (in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus** por ter me proporcionado viver este momento especial de conquista, dando-me sabedoria e força para vencer os entraves durante a caminhada.

Aos meus pais, **Maria Aparecida e Herberte** pelo apoio incondicional, pela torcida, carinho e amor ao longo de todos esses anos. Agradeço por investirem em mim, comprarem minhas ideias, mesmo que as vezes elas não lhes parecessem tão palpáveis. A confiança de vocês significou muito.

À minha irmã **Thaís**, pelo amor, pelo apoio e conselhos que por vezes foram e ainda são muito pertinentes em minha jornada. Espero que se orgulhe de mim um dia, assim como me orgulho de você, minha pequena!

À minha companheira **Patrícia** pelo apoio e compreensão em tempos difíceis, muitas vezes lidando com momentos de ausência que se justificava pela dedicação à pesquisa. Agradeço também por tornar o caminho menos árduo e solitário. Certamente todos os percalços vividos serão compensados com um futuro mais prazeroso e tranquilo!

À minha orientadora **Prof^ª. Dr^ª. Mariana Santos Felisbino Mendes** por sua orientação, paciência, ensinamentos e amizade.

Às **meninas da sala 410**, em especial a Luiza (grande presente que a UFMG me concedeu), Yasmin, Bárbara, Gleice, Fernanda, Raquel, Bruna e Laís, que se tornaram a minha família na pesquisa. Aprendi muito com vocês, GRATIDÃO!

Aos **meus queridos amigos**, em especial à Ágatha, Lívy, André, Íbera, Helen, Juliana, Mateus, Priscila, Jéssica e Fernanda, por caminharem ao meu lado compartilhando não só os dias de luta, mas também os de glória. Essa conquista também é de e por vocês!

Aos meus **mestres de Viçosa**, pela excelente formação de base que me proporcionaram, possibilitando que eu alcançasse o mestrado e por consequência esta conquista.

À todos que direta ou indiretamente participaram dessa caminhada!

RESUMO

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm acarretado grande número de mortes prematuras, incapacidades e perda da qualidade de vida entre as mulheres, mesmo elas sendo as principais usuárias do sistema de saúde. Ao longo dos anos, os processos de urbanização e globalização contribuíram para o aumento dos fatores de risco comportamentais (FRC), elevando a prevalência das DCNT. Sabe-se que os FRC para DCNT afetam a saúde da mulher, inclusive a sua capacidade reprodutiva, ocasionando desfechos reprodutivos negativos. **Objetivos:** Estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos e de acesso à ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para doenças crônicas não transmissíveis na população de mulheres em idade reprodutiva. **Metodologia:** Estudo transversal que utilizou dados das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, que responderam à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013. Estimou-se a ocorrência e coocorrência dos seguintes FRC: consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes (FLV), inatividade física, consumo de álcool e tabagismo. Em seguida, estimou-se prevalências e razões de prevalência da ocorrência e coocorrência dos FRC, de acordo com as características sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, região, zona de moradia, cor da pele/raça, estado civil) e de acesso, utilizando a combinação das variáveis plano de saúde e Papanicolau. Estimou-se também a prevalência da autoavaliação de saúde de acordo com FRC. Foram calculados os intervalos de 95% de confiança das estimativas. Utilizou-se Regressão de Poisson para estimar a razão de prevalência. Considerou-se o desenho amostral complexo do inquérito para obter estimativas populacionais. **Resultados:** Dentre as mulheres estudadas, mais de 70% apresentaram consulta recente no serviço de saúde. Entretanto, 89% das mulheres apresentaram consumo insuficiente de FLV; 79,9% eram inativas; 18,8% consumiam álcool; 9,7% eram tabagistas, 10% ex-tabagistas e mais da metade das mulheres apresentavam acúmulo de dois ou mais fatores de risco (65,3%). Mulheres com maior escolaridade, residentes na região Sul, que viviam na zona urbana, bem como com consulta recente no serviço privado apresentaram maior prevalência de consumo de álcool ($p < 0,05$). Mulheres na faixa etária de 40-49 anos, com menor escolaridade e com consulta recente no serviço público apresentaram maior prevalência de inatividade física ($p < 0,05$). Para o tabaco houve menor prevalência entre ambos os grupos de acordo com o acesso ($p < 0,05$). Mesmo na presença de FRC, as mulheres autoavaliaram sua saúde majoritariamente como positiva. **Conclusões:** A maioria das

mulheres brasileiras em idade reprodutiva tem acesso a uma consulta de saúde da mulher, contudo foi identificada alta ocorrência e coocorrência de FRC. Também foi identificada alta ocorrência e coocorrência de acordo com as características sociodemográficas, principalmente nas mulheres mais velhas e com baixa escolaridade. Sabe-se que esses FRC podem interferir na saúde pré-concepcional das mulheres que desejam ou não engravidar, reforçando a necessidade de ações de promoção da saúde que devem ser incorporadas às rotinas de assistência à mulher.

Descritores: Fatores de Risco Comportamentais; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Idade Reprodutiva; Saúde Pré-Concepcional; Saúde das Mulheres; Enfermagem; Consulta de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Chronic noncommunicable diseases (NCDs) have led to a high number of premature deaths, disabilities and loss of quality of life among women, even though they are the main users of the health system. Over the years, urbanization and globalization processes have contributed to the increase of behavioral risk factors (BRF), raising the prevalence of NCDs. We know that BRFs for NCDs affect women's health, including their reproductive capacity, leading to negative reproductive outcomes.

Objectives: To estimate the prevalence and associated factors (sociodemographic and access) to the occurrence and co-occurrence of behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases in the reproductive age women population. **Methodology:**

Cross-sectional study using data from Brazilian women of reproductive age who responded to the National Health Survey (PNS), in 2013. We estimated the occurrence and co-occurrence of the following BRFs: insufficient consumption of fruits and vegetables (FLV), physical inactivity, alcohol consumption and smoking. Next, we estimated prevalence and prevalence ratios of BRF occurrence and co-occurrence according to socio-demographic characteristics (age range, schooling, region, dwelling area, skin color / race, marital status) and access using the combination of health plan and pap smear variables. It was also estimated the prevalence of health self-assessment according to the BRF. The 95% confidence intervals of the estimates were also calculated. Poisson regression was used to estimate the prevalence ratios. We considered the complex sample design of the survey to obtain population estimates.

Results: Among the women studied, more than 70% had a recent consultation in the health service. However, 89% of the women had insufficient FLV consumption; 79.9% were inactive; 18.8% consumed alcohol; 9.7% were smokers and 10%, former smokers. More than half of the women had an accumulation of two or more risk factors (65.3%). Women with higher levels of schooling, living in the South, who lived in the urban area, as well as with a recent consultation in the private service, showed a higher prevalence of alcohol consumption ($p < 0.05$). Women in the age group 40-49, with lower schooling and with a recent public service consultation had a higher prevalence of physical inactivity ($p < 0.05$). For tobacco, there was lower prevalence between both groups according to access ($p < 0.05$). Even in the presence of BRF, women self-rated their health as positive. **Conclusions:** Most Brazilian women of reproductive age had access to a women's health consultation, however, a high occurrence and co-occurrence of

BRF has been identified. High occurrence and second co-occurrence were also identified according to sociodemographic characteristics, especially in older women with low schooling. It is known that these BRFs may interfere with the preconceptional health of women who wish to become pregnant or not, reinforcing the need for health promotion interventions that should be incorporated into women's health care routines.

Keywords: Behavioral Risk Factors; Chronic Noncommunicable Diseases; Reproductive Age; Preconceptional Health; Women's Health; Nursing; Office Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Cadeia de causalidade dos fatores de risco não modificáveis, comportamentais e intermediários para DCNT	17
Figura 2. População de estudo, PNS – 2013	26
Quadro 1. Variáveis dependentes de interesse para o estudo, PNS – 2013	28
Quadro 2. Variáveis independentes de interesse para o estudo, PNS – 2013	33
Figura 3. Prevalência e intervalo de 95% de confiança dos fatores de risco comportamentais para DCNT de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos) (n= 21.645), 2013	37
Tabela 2. Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49anos), 2013.....	40
Tabela 3. Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49anos), 2013.....	43
Tabela 4. Prevalência e razões de prevalência não ajustadas de coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.....	45
Tabela 5. Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013 .	47
Tabela 6. Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013 .	48
Tabela 7. Prevalência do acesso e utilização dos serviços de saúde, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013	52
Tabela 8. Prevalência e razões de prevalência não ajustadas de coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013	53
Tabela 9. Prevalências e razões de prevalências não ajustadas de autoavaliação do estado de saúde, de acordo com a ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013	55

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	Autoavaliação de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AHA	American Heart Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CDC	Center of Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSTE	Council of State and Territorial Epidemiologists
DALY	Disability Adjusted Life Years
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
FLV	Frutas, Legumes e Verduras
GBD	Global Burden of Disease
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDA	Personal Digital Assistance
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades Primárias de Amostragem
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
YLL	Years of Life Lost

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Objetivos.....	7
2.1. Objetivo Geral.....	7
2.2. Objetivo Específico	7
3. Referencial Teórico	8
3.1. Transição populacional: demográfica, epidemiológica e nutricional.....	8
3.2. A saúde cardiovascular e a saúde pré-concepcional	11
3.2.1. Saúde cardiovascular	12
3.2.2. Saúde pré-concepcional	13
3.2.3. Interseção entre saúde cardiovascular e saúde pré-concepcional.....	16
3.3. Fatores de risco para as DCNT para a avaliação da saúde pré-concepcional.....	16
3.4. Políticas públicas de atenção à saúde das mulheres	20
4. Métodos	24
4.1. Tipo de Estudo	24
4.2. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	24
4.3. População do Estudo	26
4.4. Variáveis do Estudo.....	27
4.4.1. Variáveis Dependentes	27
4.4.2. Variáveis Independentes	32
4.5. Análise de Dados.....	35
4.6. Aspectos Éticos	37
5. Resultados.....	38
5.1. Fatores de risco comportamentais para DCNT	39
5.1.1. Consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes (FLV)	39
5.1.2. Inatividade Física	39
5.1.3. Consumo de Álcool	41
5.1.4. Tabagismo	41
5.2. Coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT.....	44
5.3. Acesso e utilização dos serviços de saúde e os fatores de risco comportamentais para DCNT.....	45

5.4. Níveis de acesso das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, de acordo com as características sociodemográficas.....	50
5.5. Acesso e utilização dos serviços de saúde e a coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT.....	52
5.6. Ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais e a autoavaliação do estado de saúde das mulheres.....	54
6. Discussão	56
6.1. Análise da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais, de acordo com as características sociodemográficas	56
6.2. Análise da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais, de acordo com acesso.....	64
6.3. Análise da autoavaliação de saúde das mulheres, de acordo com os fatores de risco comportamentais.....	70
6.4. Limitações.....	73
7. Considerações Finais.....	75
Referências	77

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares (DCV), cânceres, diabetes, dentre outras, têm gerado grande número de mortes prematuras (BRASIL, 2011; OMS, 2011), além de perda de qualidade de vida, acarretando impactos significativos no âmbito econômico (BRASIL, 2016), bem como grande impacto social, quando se pensa nas incapacidades ocasionadas pelas mesmas (MALTA *et al.*, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, do total de 56 milhões de óbitos, pode-se destacar que 45% estavam relacionados a doenças cardiovasculares, 22% a neoplasias, 10% às doenças respiratórias crônicas e 4% a diabetes (OMS, 2014a; OMS, 2017). Ainda segundo estimativas realizadas pela OMS, aproximadamente 42% de mortes anuais por doenças crônicas são prematuras, ou seja, antes dos 70 anos de idade (ENES; NUCCI, 2017; BRASIL, 2016; OMS, 2014b).

Dados mostram também que, do total de mortes prematuras por DCNT, 82% ocorrem em países de baixa e média renda (ENES; NUCCI, 2017; OMS, 2013), como o Brasil. No país, em 2014, aproximadamente 74% de todas as mortes de brasileiros foram associadas a tais condições, com destaque para as DCV (OMS, 2014b). Ademais, essas condições foram responsáveis por cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016; ENES; NUCCI, 2017). O estudo da carga global de doenças (*Global Burden of Disease – GBD*) mostrou aumento significativo na mortalidade prematura da população brasileira atribuídos à DCNT (GBD, 2018; MALTA *et al.*, 2017b).

O aumento da carga global de DCNT tem sido atribuído a alguns processos, como a globalização e a urbanização (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2017). Tais processos ocasionaram efeitos negativos à saúde das populações. A exemplo, têm-se os estilos de vida não saudáveis, definidos pelo acúmulo de fatores de risco comportamentais (BONITA *et al.*, 2013; LINARDAKIS *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2016). Amplamente documentado por estudos internacionais, os fatores de risco comportamentais, sendo eles, principalmente, o tabagismo, a inatividade física, o consumo de álcool e dieta inadequada, podem aumentar significativamente o risco de DCNT e, por consequência, a mortalidade prematura (LINARDAKIS *et al.*, 2015; MORRIS, 2016; OMS, 2011).

Vale destacar, ainda, que cada um dos fatores de risco supracitados tem potencial por si só de causar vários problemas de saúde (LINARDAKIS *et al.*, 2015) e, por isso, grande parte da literatura se dedica a estudá-los individualmente, bem como as características que

estariam associadas a elas. Porém, estudos já evidenciam que a coocorrência dos fatores de risco comportamentais pode potencializar os riscos para a saúde dos indivíduos, aumentando as chances de desenvolver DCNT (DANAEI *et al.*, 2009). Embora alguns comportamentos possam estar correlacionados, pouco se sabe sobre a coocorrência ou agrupamento desses comportamentos de saúde (DUMITH *et al.*, 2012; POORTINGA, 2007), principalmente entre as mulheres.

Além disso, uma revisão sistemática acerca da associação dos fatores de risco comportamentais e a mortalidade evidenciaram que a presença de quatro ou mais comportamentos saudáveis no estilo de vida associou-se a um declínio de quase 70% no risco de mortalidade (LOEF; WALACH, 2012). Isso se deve porque os fatores de risco comportamentais não influenciar diretamente nos fatores de risco metabólicos, como sobrepeso e obesidade, pressão arterial elevada, dentre outros, podendo resultar em acidente vascular encefálico, câncer e outras doenças crônicas (RIBEIRO *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Estudo com dados obtidos pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), com estimativas para o ano de 2011, encontrou prevalências superiores a 70% para fatores de risco comportamentais e superiores a 10% para fatores de risco intermediários, entre mulheres brasileiras em idade reprodutiva (MPOFU *et al.*, 2016). Além disso, no Brasil, a ocorrência destes fatores tem se destacado em comparação às doenças materno-infantis, doenças infecciosas e outras condições de saúde que têm diminuído (MALTA *et al.*, 2017b; PETERS *et al.*, 2016).

As DCNT vêm sendo consideradas uma das causas primordiais de morte e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY*) entre as mulheres em todo o mundo. Sabe-se que dois terços de mortes de mulheres estão relacionados às causas crônicas e à violência (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; GBD, 2012; PETERS *et al.*, 2016). Além disso, o número absoluto de morte de mulheres relacionado à DCNT, em 2012, totalizou cerca de 16,2 milhões, sendo bastante semelhante ao dos homens, fato alarmante, uma vez que as DCNT eram consideradas doenças do sexo masculino (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; SALOMON *et al.*, 2012). Ainda em estudos realizados em 2012, a estimativa de mortes de mulheres por condições crônicas foi de 18,1 milhões, sendo 8,8 milhões relacionados a causas cardiovasculares (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; GBD, 2012; GBD, 2016; PETERS *et al.*, 2016).

Uma vez instaladas, as condições crônicas de saúde interferem ao longo de toda a vida da mulher, inclusive durante o seu período reprodutivo, podendo ocasionar desfechos negativos para sua saúde, a de sua prole e também para mulheres que não desejam reproduzir, influenciando, por exemplo, na escolha da anticoncepção (CORRÊA *et al.*, 2017; OMS, 2009). As condições crônicas podem surgir do período reprodutivo e perdurar, bem como ter sua gênese a partir de fatores de risco anteriores ao processo reprodutivo e independente dele (CHEN *et al.*, 2010; SIRIMI; GOULIS, 2010; HURST; LINTON, 2015).

Ademais, pesquisas conduzidas em âmbito internacional apontam diferenças significativas nas formas de tratamento para determinadas doenças crônicas no que se refere ao gênero (AGGARWAL *et al.*, 2018). Muitas vezes, os profissionais tendem a minimizar as queixas das mulheres quando elas se referem a algum sinal ou sintoma de DCNT (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Outrossim, estudo conduzido nos Estados Unidos também mostrou que mulheres mais jovens, muitas vezes, apresentam sinais e sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico caso o profissional não conheça bem a fisiologia da mulher e só reconheça os sintomas clássicos das DCNT (AGGARWAL *et al.*, 2018). Isso, junto ao fato de que as mulheres são enquadradas em vários programas específicos relacionados à saúde materna e ginecológica, na maioria das vezes evidencia a sua invisibilidade no que tange à promoção, prevenção e controle de agravos crônicos, ressaltando possíveis vieses de gênero e desigualdades no tratamento das populações (AGGARWAL *et al.*, 2018; BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; RISBERG; JOHANSSON; HAMBERG, 2009).

Diante disso, visando supervisionar de uma forma mais integral as condições de saúde das mulheres, Broussard e colaboradores (2011) propõem indicadores de saúde para essa população específica, levando em consideração particularidades da saúde das mulheres, separados por áreas consideradas prioritárias na atenção à saúde das mesmas. Tais indicadores proporcionam uma visão ampliada em saúde, avaliando aspectos de acesso, DCNT, fatores de risco, dentre outras necessidades que envolvem a saúde das mulheres (BROUSSARD *et al.*, 2011).

Acredita-se que, para garantir a supervisão da saúde das mulheres de maneira mais ampla, faz-se importante a monitorização dos fatores de risco para DCNT, contemplados na proposta de Broussard e cols. e que poderiam ser mensurados para a população brasileira a partir dos inquéritos nacionais para o grupo específico de mulheres em idade reprodutiva, mas que atualmente não tem sido prioridade em pesquisa e ações de saúde para as mulheres dessa

faixa etária no país. Dentre os indicadores propostos pela autora para monitorar os fatores de risco comportamentais tem-se o tabagismo atual e passivo, o consumo de álcool, consumo de frutas, verduras e legumes, e a atividade física (BROUSSARD *et al.* 2011).

O monitoramento dos indicadores que avaliam os fatores de risco denominados comportamentais (NASCIMENTO *et al.*, 2017), sendo estes o uso de álcool, tabagismo, dieta não saudável e inatividade física (LINARDAKIS *et al.*, 2015; MORRIS, 2016; OMS, 2011) devem ser acompanhados, uma vez que eles servem de parâmetro para avaliação do perfil de morbimortalidade associada às DCNT (PATRÃO *et al.*, 2018), bem como podem contribuir para o surgimento de agravos que antecedem as DCNT, chamados fatores de risco intermediários ou metabólicos (MALTA; SILVA-JÚNIOR, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2016).

Outro indicador importante que vem sendo amplamente utilizado nos inquéritos de saúde é a autoavaliação de saúde (AAS). Tal indicador consiste não somente na avaliação do próprio sujeito em relação ao bem-estar físico, mas refere-se também ao bem-estar psíquico e social. A AAS auxilia na descrição do estado de saúde de uma determinada população, bem como ajuda a estabelecer desigualdades em relação à morbimortalidade de determinados subgrupos populacionais (SZWARCOWALD *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Além disso, esse indicador também fornece suporte para comparações acerca das necessidades de serviços e recursos baseados em certas características da população de interesse, como as características sociodemográficas (SZWARCOWALD *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que esse indicador também faz parte da proposta de Broussard e cols. (2011), junto aos fatores de risco comportamentais, pode auxiliar na ampliação do entendimento acerca da relação entre tais fatores e a percepção de saúde das mulheres, elucidando possíveis lacunas passíveis de intervenções.

Acredita-se que a integração de programas de controle e prevenção existentes no SUS, como os planos para DCNT (BRASIL, 2011), com programas já existentes para as mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 1985), como os de saúde sexual e reprodutiva e saúde materna, constituiriam avanços significativos para a melhoria da saúde e bem-estar biopsicossocial das mulheres brasileiras.

Outra perspectiva a ser levada em consideração é que, apesar das mulheres serem uma das principais usuárias dos sistemas de saúde, o acesso aos serviços de saúde para tal população encontra dificuldades, principalmente no que se refere à operacionalização de uma rede de assistência que consiga de fato atender a todas as demandas, não somente as sexuais e

reprodutivas. Essa rede deve proporcionar às mulheres continuidade e integralidade de ações e minimização de barreiras existentes, como sexismo, questões socioculturais, geográficas, econômicas, dentre outras condições (GOES; NASCIMENTO, 2013; BRITO-SILVA, 2014; MALTA *et al.*, 2017a).

Apesar de, em teoria, muito se falar na ênfase em garantir a integralidade da atenção à saúde, os investimentos referentes à ampliação do acesso à saúde das mulheres na rede não vêm sendo suficiente para atender as necessidades integrais das mesmas (SILVA *et al.*, 2013; ROSSETTO *et al.*, 2017). Muitas vezes, a atenção à mulher é tida em um formato reducionista, o que interfere diretamente na possibilidade de proporcionar, à mulher atendida, integralidade em saúde (ROSSETTO *et al.*, 2017). Sem desconsiderar a importância das demandas materno-infantilistas, deve-se pensar também no sentido de se ampliar o escopo dessa atenção, buscando contemplar outros aspectos relevantes que também se fazem presente na vida das mulheres, como as DCNT e seus fatores de risco, que estão em franca ascensão nesta população, visando a redução da morbimortalidade, bem como uma abordagem da clínica ampliada e, de fato, integral para todas (ROSSETTO *et al.*, 2017; FRIGO *et al.*, 2016). Esses fatores estão contemplados na avaliação pré-concepcional, que por sua vez, contempla também a avaliação cardiovascular. Ambas vão para além de um olhar voltado unicamente à reprodução, preocupando-se com a saúde da mulher como um todo, a fim de que esta tenha uma boa condição de saúde durante período reprodutivo.

Destaca-se, ainda, que o acesso à saúde não é igual para todas as mulheres, uma vez que mulheres negras apresentam 7,9% de acesso, enquanto mulheres brancas possuem 15,4% (GOES; NASCIMENTO, 2013), assim como mulheres sem moradia fixa apresentam apenas 25% de acesso (MAEDA *et al.*, 2007). Em contrapartida, mulheres brancas com nível superior apresentam 41,6% de acesso, bem como mulheres com carteira assinada apresentam cerca de 30% de acesso (GOES; NASCIMENTO, 2013; MAEDA *et al.*, 2007; BONITA, BEAGLEHOLE, 2014).

Nessa perspectiva, torna-se relevante também o monitoramento do acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres em idade reprodutiva, uma vez que tal fator é um importante potencializador da preservação de um bom estado geral de saúde, buscando enfoque no estilo de vida saudável, apesar de não se constituir como único fator contribuinte para uma boa condição de vida (GOES; NASCIMENTO, 2013; MALTA *et al.*, 2017).

Assim, tendo em vista o cenário alarmante das doenças crônicas e seus fatores de risco, principalmente os comportamentais, bem como desigualdades de acesso entre as

mulheres, e diante da escassez de publicações em nível nacional que abordam os fatores de risco comportamentais para DCNT nessa população específica, torna-se relevante analisar a prevalência de ocorrência e coocorrência desses fatores de risco comportamentais na população de mulheres em idade reprodutiva e seus fatores associados, dentre eles os sociodemográficos, os de acesso e utilização dos serviços de saúde. Faz-se importante, também, conhecer como mulheres que possuem tais fatores de risco percebem seu estado de saúde, pois isso também pode influenciar diretamente no seu estilo de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos e de acesso à ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para doenças crônicas não transmissíveis na população de mulheres em idade reprodutiva.

2.2. Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT na população de mulheres em idade reprodutiva;
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas com a ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva;
- Verificar a associação entre as características de acesso e utilização dos serviços de saúde com a ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva;
- Estimar a prevalência da percepção do estado de saúde e sua associação com a ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo buscou associar duas grandes áreas do conhecimento sendo estas, a saúde cardiovascular e a saúde pré-concepcional, visando conferir uma abordagem mais integral à perspectiva da saúde das mulheres no que se refere principalmente à atenção primária. Atualmente na literatura ainda existe uma lacuna no que tange à união dessas áreas de conhecimento, uma vez que, no geral, tais áreas são abordadas separadamente, dificultando o norteamento de uma escrita mais ampliada. Neste capítulo, buscou-se apresentar um caminho que demonstrasse a união da saúde pré-concepcional e saúde cardiovascular na saúde das mulheres. Para tanto, a cadeia de eventos inter-relacionados foi dividida em quatro tópicos sequenciais com o intuito de contextualizar nossa abordagem de maneira mais clara.

No primeiro tópico, “Transição populacional: demográfica, epidemiológica e nutricional”, foram abordadas as principais transformações populacionais a nível global que são trabalhadas na literatura como os pilares para a mudança do perfil de morbimortalidade atual, acarretando o aumento de DCNT. O tópico seguinte intitulado “A saúde cardiovascular e a saúde pré-concepcional”, dedica-se a continuidade a questão do aumento de mortes e incapacidades por DCNT principalmente por doenças cardiovasculares, e aborda algumas métricas relacionadas a saúde cardiovascular e a incorporação de tais métricas na saúde pré-concepcional das mulheres em busca de uma abordagem mais integral à saúde. O terceiro tópico deste capítulo, “Fatores de risco para as DCNT para a avaliação da saúde pré-concepcional”, contextualiza os fatores de risco no que se refere à cadeia causal dos mesmos até o desfecho crônico, bem como apresenta os impactos destes fatores na vida e saúde das mulheres de maneira sinérgica. O último tópico, “Políticas públicas de atenção à saúde das mulheres”, traz uma abordagem histórica de evolução das políticas públicas para as mulheres, visando uma atenção mais ampliada à saúde, assim como as dificuldades ainda enfrentadas para que se ofereça uma saúde integral para as mesmas, principalmente no que se refere aos desfechos crônicos não transmissíveis.

3.1. Transição populacional: demográfica, epidemiológica e nutricional

Desde a década de 1990, o Brasil vem passando por transformações no perfil de morbimortalidade populacional, as quais são atribuídas, principalmente, às transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, que resultaram no aumento das mortes e

incapacidades ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2017).

De acordo com a teoria da transição demográfica, a transição de uma população majoritariamente rural para uma população industrializada afetaria diretamente o ritmo de crescimento populacional, bem como causaria alterações nas taxas de natalidade e mortalidade. O Brasil, que a princípio apresentava altas taxas de mortalidade e fecundidade, com o passar dos anos vem apresentando redução da mortalidade precoce e da natalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

O primeiro estágio da transição demográfica foi descrito como um período de equiparação populacional resultante das altas de natalidade e mortalidade. No segundo momento, acontece a expansão demográfica resultante da queda da taxa de mortalidade infantil e a constância da elevada taxa de fecundidade. No período subsequente, com a rápida queda das taxas de fecundidade e baixas taxas de mortalidade, acontece o envelhecimento populacional. Por fim, a última etapa da transição caracteriza-se por baixas taxas de fecundidade e mortalidade, retornando à equiparação da população (OLIVEIRA, 2004).

Essa mudança no perfil demográfico do país se deu, principalmente, pelo processo de urbanização associado a outras transformações na estrutura social da população. A exemplo, tem-se o avanço do desenvolvimento tecnológico, maior inserção da mulher na sociedade e no mercado de trabalho, acesso a saneamento básico, campanhas de vacinação, rearranjos familiares, dentre outros motivos que influenciaram diretamente as taxas de mortalidade e fecundidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Associado a esse processo, tem-se a transição epidemiológica, que se caracteriza por redução da mortalidade precoce devido às doenças infecto-parasitárias e ao aumento das mortes e incapacidades por DCNT, superando outras causas de mortes combinadas (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014). Alguns autores (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2004) afirmam que existe relação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, uma vez que ambas acontecem simultaneamente e a mudança na estrutura etária causada pela transição demográfica acarreta, junto a outros fatores, uma mudança no perfil de morbimortalidade social (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2004; MALTA *et al.*, 2006).

Ademais, a transição epidemiológica brasileira vem sendo caracterizada pela coexistência de altas taxas de morbimortalidade por DCNT e pela manutenção ou exacerbação das doenças infecto-parasitárias (ARAÚJO, 2012). No Brasil, na década de 1940,

as principais causas de morte eram as doenças infecto-parasitárias, sendo responsáveis por aproximadamente 44% do total de óbitos, enquanto outras causas, como as doenças do aparelho circulatório, correspondiam apenas a 15%. Três décadas mais tarde, nos anos de 1970, as doenças do aparelho circulatório já representavam a principal causa de morte, sendo responsáveis por aproximadamente 25% das mortes, enquanto as doenças infecto-parasitárias contribuíam com apenas 16% do total de mortes (ARAÚJO, 2012; FRENK *et al.*, 1991). Essa mudança no perfil de mortalidade foi motivada por inúmeros fatores, incluindo a própria mudança demográfica brasileira (MALTA *et al.*, 2006).

Esse fenômeno está presente nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, sendo denominado de polarização epidemiológica, ou seja, nota-se simultaneamente a existência de morbimortalidade por DCNT, bem como o (re)aparecimento das doenças infecto-parasitárias, na qual a mortalidade ainda se faz elevada quando comparada com a de países desenvolvidos (ARAÚJO, 2012; FRENK *et al.*, 1991). Outro ponto a se destacar é que o processo de polarização ainda pode ser influenciado por desigualdades de renda, saneamento básico, moradia, educação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros, acarretando em uma polarização social que é representada pela diferença nos indicadores de morbimortalidade dentro de uma mesma região ou estado (ARAÚJO, 2012; FRENK *et al.*, 1991). Todos esses fatores contribuem para um processo mais prolongado de transição epidemiológica (FRENK *et al.*, 1991).

Em consonância com as transformações demográficas e epidemiológicas da população brasileira, observa-se a queda na prevalência de desnutrição e a ascendência significativa de sobrepeso e obesidade, caracterizando a chamada transição nutricional (GUIMARÃES; BARROS, 2001; KAC; VELASQUEZ-MELENDZ, 2003; PEREIRA *et al.*, 2017). Conceitualmente, a transição nutricional relaciona-se a mudanças nos modelos de nutrição, como a diminuição do padrão alimentar caseiro a partir do momento em que a mulher adentrou ao mercado de trabalho; bem como às transformações da ingestão alimentar, que majoritariamente voltou-se para a procura por alimentos rápidos (*fast-foods*) como efeito de modificações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias (OPAS, 2000).

A transição nutricional também pode ser dividida em estágios. No primeiro, percebe-se um desaparecimento da desnutrição grave; em um segundo momento, tem-se a redução das manifestações epidêmicas das carências nutricionais e, concomitante a isso, redução de doenças evitáveis, aumento da expectativa de vida, mudança nos hábitos alimentares e queda nos níveis de atividade física. Em relação ao terceiro estágio, tem-se uma correção do déficit

estatural e consequente instalação do sobrepeso e obesidade (BATISTAFILHO; ASSIS; KAC, 2007).

Assim, devido a tais etapas desse processo nutricional, a partir do final da década de 50 e início da década de 60, as necessidades energéticas populacionais foram reduzidas de 2800 para duas mil calorias. Houve também uma queda do chamado metabolismo de trabalho (133%) em relação ao metabolismo basal (66%), acarretando em queda de mais de 50% entre os dois valores (BATISTA FILHO; ASSIS; KAC, 2007). Além das demandas energéticas reduzidas pelo sedentarismo e a mudança de estilo de vida populacional, a modernidade trouxe uma maior oferta de alimentos, principalmente alimentos industrializados, juntamente com preços mais baixos e acessíveis à população, contribuindo ainda mais para a ascensão do sobrepeso e da obesidade (BATISTA FILHO; ASSIS; KAC, 2007; POPKIN; ADAIR; NG, 2012).

Dessa forma, a ocorrência da transição nutricional, concomitantemente à transição epidemiológica e demográfica, resulta em alterações nos perfis de saúde e doença, alterações na estrutura populacional e, por consequência, nas demandas em saúde da população. Uma vez que cada transição exerce influências sobre as outras, a construção de políticas públicas em saúde torna-se essencial para que sejam atendidas todas as demandas em saúde que as transições em curso ainda podem proporcionar à população (TADDEI *et al.*, 2016).

Ademais, essas mudanças transicionais impactam diretamente em âmbitos específicos da saúde populacional. A mudança do perfil populacional, compreendendo uma população mais velha, devido à acentuada queda da taxa de fecundidade e mortalidade, em consonância com a mudança no padrão alimentar ditado, principalmente, por alimentos ultraprocessados, associado a um estilo de vida mais sedentário, resultam diretamente em uma má saúde cardiovascular e consequente surgimento de morbimortalidade por DCNT. Para mais, quando se refere à saúde das mulheres particularmente, além da saúde cardiovascular, tem-se um comprometimento da sua saúde pré-concepcional, como será abordado na próxima seção.

3.2. A saúde cardiovascular e a saúde pré-concepcional

A carga global de doenças entre as mulheres vem aumentando significativamente nos últimos anos. Atualmente, têm-se um predomínio das DCNT como causas primordiais de morte e incapacidade para as mulheres ao redor do mundo (PETERS *et al.*, 2016). Dentre todos os grupos de DCNT, o das doenças cardiovasculares (DCV) ganha destaque por ser responsável pelo maior número de mortes no mundo, além de ser considerado o maior desafio

para o desenvolvimento humano sustentável (ROTH *et al.*, 2017; CLARK, 2013). Em 2008, as DCV representaram 33,2% do total de mortes de mulheres no mundo (OMS, 2008).

As elevadas prevalências de DCV são repercussões das mudanças no estilo de vida da população, ocasionados pela globalização, transição nutricional, demográfica e epidemiológica (OMS, 2011a; MATOZINHOS *et al.*, 2017; OPAS, 2000). Em 2016, as DCV foram uma das maiores causas de anos de vida potencialmente perdidos por morte prematura ajustados por incapacidade (DALY), no Brasil (GBD, 2018). Mesmo com o passar dos anos e os investimentos na saúde cardiovascular, os números relacionados a DCV, AVC e outros agravos ainda continuam alarmantes. Essas condições impactam diretamente na qualidade de vida da população e nos gastos em saúde, sejam eles diretos ou indiretos (LLOYD-JONES *et al.*, 2009; LLOYD-JONES *et al.*, 2010).

Apesar do gradual aumento das DCNT, as mesmas continuam negligenciadas e marginalizadas no âmbito da saúde das mulheres, uma vez que, em geral, os interesses primordiais, no que se refere à agenda de saúde, são para beneficiar sua saúde sexual e reprodutiva (PETERS *et al.*, 2016). Ademais, além de existirem desigualdades no tratamento das DCNT ocasionadas pelas diferenças socioeconômicas, de idade e raça, desigualdades em relação ao sexo também são observadas (GARCIA *et al.*, 2016).

Estudos mostram que as estratégias de prevenção de DCV, bem como reduções gerais no risco para o seu desenvolvimento, são mais prevalentes na população de homens do que em mulheres (GARCIA *et al.*, 2016; OKEREKE; MANSON, 2017). Em vista disso, deve-se pensar em estratégias para aperfeiçoar a agenda de saúde das mulheres a nível global, de forma que ela se torne mais ampla, a fim de priorizar abordagens que incluam, além da saúde sexual e reprodutiva, as DCNT e seus fatores de risco, visto seus prejuízos para as mulheres (PETERS *et al.*, 2016).

3.2.1. Saúde Cardiovascular

A *American Heart Association* (AHA), principal organização de saúde voltada ao âmbito das doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (AVC), detém um papel fundamental na implantação de ações para promoção de saúde para melhorias no tratamento das DCV e AVC e possíveis reduções nas taxas de morbimortalidade atuais (LLOYD-JONES *et al.*, 2010). Para tanto, a AHA implementou medidas visando mensurar e avaliar a saúde cardiovascular das populações. As métricas envolvem fatores relacionados aos hábitos de vida e fatores clínicos. Os comportamentos avaliados são: ausência do tabagismo, prática regular

de atividade física, índice de massa corporal (IMC) <25 kg/m² e dieta saudável. Os fatores clínicos avaliados são: colesterol <200 mg/dl, pressão arterial <120/80 mmHg e glicemia de jejum <100 mg/dl (LLOYD-JONES *ET AL.*, 2010). A presença dos sete fatores simultaneamente indica uma saúde cardiovascular ideal. Estudos indicam que a existência de seis a sete fatores ideais reduziria mais de 70% a incidência de DCV, em relação a grupos que tenham apenas um fator ideal (FORD *et al.*, 2007; FORD; CAPEWELL, 2007).

A exemplo tem-se a coorte realizada por Stampfer e colaboradores (2000) com enfermeiras de meia idade dos Estados Unidos. Foram avaliadas cinco métricas relacionadas ao estilo de vida, sendo estas: ausência de tabagismo, IMC <25kg/m², atividade física moderada a vigorosa diária de pelo menos 30 minutos, consumo de meia taça de vinho diariamente e dieta saudável (definida como alto teor de fibras, baixa carga glicêmica, baixo teor de gorduras trans, dentre outros). Após 14 anos de acompanhamento, enfermeiras que possuíam três, quatro ou cinco comportamentos apresentados acima tiveram redução de 57%, 66% e 83% no risco de doença coronariana.

No Brasil, estudos conduzidos em nível populacional e também em população rural mostraram baixas prevalências de saúde cardiovascular ideal (MATOZINHOS *et al.*, 2017; VELASQUEZ-MELENDZ *et al.*, 2015; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2014). Apesar das mulheres apresentarem melhores desempenhos em métricas como tabagismo, dieta adequada e IMC normal, a prevalência de saúde cardiovascular ideal foi menor que 1% (VELASQUEZ-MELENDZ *et al.*, 2015; MATOZINHOS *et al.*, 2017). O mesmo foi observado na população de mulheres da zona rural (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2014). Do total estudado, nenhuma das mulheres apresentou saúde cardiovascular ideal, ou seja, cumpria os requisitos das métricas de saúde utilizadas pelo estudo (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2014). Vale lembrar que todas as evidências científicas indicam maiores riscos de DCV em grupos com baixos níveis de saúde cardiovascular ideal (VELASQUEZ-MELENDZ *et al.*, 2015).

3.2.2. Saúde Pré-concepcional

Fundamentalmente, o cuidado pré-concepcional é definido por uma gama de intervenções que tem por objetivo identificar e minimizar o risco à saúde da mulher ou ao desfecho negativo da gravidez por meio da prevenção e controle, devendo ocorrer em qualquer momento em que o profissional de saúde assiste uma mulher em idade reprodutiva (BERGHELLA *et al.*, 2010).

O modelo da saúde pré-concepcional atual utiliza uma seleção de indicadores baseados nas grandes áreas da saúde da mulher e materno-infantil, que foram agrupados em domínios (BROUSSARD *et al.*, 2011). Estes foram estabelecidos conforme consenso internacional, envolvendo pesquisadores de diversas áreas para monitoramento da saúde das mulheres em idade reprodutiva. A escolha da população de mulheres em idade reprodutiva para os indicadores pré-concepcionais se justifica, segundo Broussard e colaboradores (2011), pela diversidade de perfis pré-concepcionais, bem como de fatores de risco e de demandas em saúde que são passíveis de prevenção nessa população. Posteriormente, a partir do levantamento de problemas dentro deste recorte, consegue-se traçar intervenções mais efetivas para a saúde das mesmas por meio de políticas públicas (BROUSSARD *et al.*, 2011).

Essa proposta vem sendo construída desde 2007, quando o grupo de trabalho em saúde pública do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) instituiu um comitê em sete estados dos Estados Unidos, objetivando estabelecer indicadores de saúde pré-concepcional que fossem válidos, confiáveis e mensuráveis pelos estados (BROUSSARD *et al.*, 2011). As etapas seguidas para a escolha dos indicadores contaram com a colaboração do CDC e do *Council of State and Territorial Epidemiologists* (CSTE), que previamente já haviam estabelecido possíveis indicadores de saúde baseados nas necessidades das populações com enfoque mais integral, incluindo os fatores de risco para DCNT e as próprias doenças (CDC, 2004; THOMSEN *et al.*, 2007). É importante destacar que, a princípio, os indicadores pré-selecionados pelo CDC e pelo CSTE não eram necessariamente voltados à população de mulheres em idade reprodutiva especificamente, e sim tinham um enfoque global da população.

Posteriormente, os indicadores foram agrupados por domínios visando ajudar a identificar possíveis lacunas nos programas de monitoramento vigentes, como *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), bem como nas métricas utilizadas para avaliar os indicadores selecionados pelo grupo. Os esforços para a criação dos indicadores eram centrados de tal forma a abordar a saúde pré-concepcional e associar a ela conhecimentos específicos na área das DCNT (BROUSSARD *et al.*, 2011). No total foram identificados 11 domínios de saúde das mulheres, que incluem o estado geral de saúde e a satisfação com a vida, determinantes sociais da saúde, cuidados de saúde, saúde reprodutiva e planejamento familiar, tabaco, álcool e uso de substâncias, nutrição e atividade física, saúde mental, apoio emocional e social, condições crônicas, infecções e genética. Além disso, essa separação visa

auxiliar na compreensão mais ampla das condições de saúde, proporcionando uma análise do todo e não somente de um único indicador isolado (BROUSSARD *et al.*, 2011).

Para alguns autores, a associação destas grandes áreas é fundamental, uma vez que as DCNT vêm cada vez mais desenvolvendo um papel significativo na vida reprodutiva das mulheres, contribuindo para o surgimento de complicações ou simplesmente tendo sua gênese a partir da gestação. Mulheres que não possuem peso ideal antes da gravidez têm maior risco de desenvolverem problemas correlacionados à gestação, como, por exemplo, diabetes gestacional, maior chance de cesariana, sofrimento fetal e morte prematura do feto (AZENHA, 2013; OMS, 2009).

Além do mais, estudos mostram que desfechos neonatais, como baixo peso ao nascer, neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG) e prematuridade, estão relacionados com maior risco de desenvolvimento de DCNT nas mães e em seus filhos, posteriormente (SIRIMI; GOULIS, 2010; HURST; LINTON, 2015). Ainda, a gestação é um momento em que pode-se ocorrer o surgimento das condições crônicas nas mulheres (SIRIMI; GOULIS, 2010).

Adicionalmente, independente da gestação, as DCNT e seus fatores de risco também podem influenciar a vida reprodutiva daquelas mulheres que não desejam engravidar. Por exemplo, mulheres com hipertensão arterial, ou tabagistas com idade superior a 35 anos quando usam contracepção oral combinada têm mais riscos de apresentarem infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), dentre outros (GROSSMAN *et al.*, 2011).

Estudo conduzido no Brasil, com mulheres que responderam ao sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2008, mostrou que cerca de 21% das mulheres brasileiras apresentaram pelo menos uma contraindicação de uso de contraceptivos orais (CORREA *et al.*, 2017). Fato preocupante, uma vez que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e, ademais, tais fatores se apresentam como limitadores na escolha das mulheres à anticoncepção (IHME, 2013; GBD, 2018).

Além disso, a saúde pré-concepcional vai muito além de um enfoque exclusivamente voltado à reprodução, concentrando-se na saúde da mulher como um todo e, de forma mais abrangente, ajudando a melhorar sua saúde durante o período reprodutivo, (STRUTZ *et al.*, 2014), independente das suas escolhas reprodutivas. Incluem-se nas ações pré-concepcionais a promoção de nutrição adequada, ambiente seguro, a prevenção do uso de drogas lícitas e

ilícitas, o aconselhamento genético, a promoção de saúde mental, a identificação de condições precárias de vida, a prevenção e o controle de doenças, o tratamento da infertilidade, dentre outros (BORGES *et al.*, 2016). Ou seja, a mulher é assistida de maneira holística, abrangendo-a em suas necessidades de maneira geral e não só as vinculadas à reprodução, uma vez que é importante pensar que nem todas as mulheres desejam engravidar.

3.2.3. Interseção entre a saúde cardiovascular e a saúde pré-concepcional

Tendo em vista a proposta de integralidade do cuidado, os conceitos e métricas propostos pela teoria da saúde cardiovascular devem ser pensados e incorporados ao contexto reprodutivo, mais precisamente à saúde pré-concepcional. Dessa forma, a saúde pré-concepcional deve incluir indicadores que também monitorem e avaliem os fatores de risco para as DCNT na saúde das mulheres, tendo como norte os preceitos da saúde cardiovascular ideal (BROUSSARD *et al.*, 2011; LLOYDE-JONES *et al.*, 2010).

Além disso, os indicadores devem ser passíveis de mensuração e possuir métricas confiáveis para garantir efetividade de ações intervencionistas para a melhora da saúde das mulheres (BROUSSARD *et al.*, 2011). A prevenção de doenças e promoção de saúde deve ser de responsabilidade do governo e fazer parte da agenda de saúde das mulheres, tratando o tema com a sua devida relevância para a saúde pública (PETERS *et al.*, 2016; LLOYDE-JONES *et al.*, 2010; BROUSSARD *et al.*, 2011).

Para tanto, o presente estudo utilizou como referencial a teoria da saúde cardiovascular proposta pela AHA (LLOYD-JONES *et al.*, 2010), associado ao modelo teórico de monitoramento da saúde pré-concepcional das mulheres em idade reprodutiva proposto por Broussard e colaboradores (BROUSSARD *et al.*, 2011), dando enfoque aos fatores de risco comportamentais para DCNT nas mulheres em idade reprodutiva, uma vez que as DCNT têm progressivo papel ao longo de todo o ciclo de vida das mulheres (BROUSSARD *et al.*, 2011; BERGHELLA *et al.*, 2010).

3.3. Fatores de risco para as DCNT para a avaliação da saúde pré-concepcional

Apesar de não possuírem origem completamente explicada, sabe-se que as DCNT sofrem influência direta de fatores de risco, sendo estes passíveis ou não de modificações (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Por sua vez, o termo fatores de risco remete a particularidades pessoais, circunstâncias ambientais e aspectos comportamentais que contribuem para o

acréscimo da probabilidade de ocorrência de desfechos negativos à saúde dos indivíduos (MALTA *et al.*, 2017c).

Vale ressaltar, ainda, que o acúmulo de fatores de risco gera maior efeito adverso quando comparado aos efeitos individuais isolados (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Ademais, o conceito de fatores de risco, quando aplicado no campo da saúde pública, faz referência a probabilidades estatísticas agregadas a um grupo de indivíduos (OMS, 2003).

A interação entre os fatores de risco resulta em uma rede complexa de eventos. O resultado acerca do desenvolvimento da condição crônica em si depende da maneira como tais fatores de risco relacionam-se. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente 80% de todas as doenças do coração, AVC e diabetes tipo 2 poderiam ser prevenidos caso os fatores de risco fossem eliminados; outrossim, 40% dos cânceres também seriam passíveis de prevenção. Além disso, no Brasil, em 2016, a principal causa dos *Years of life lost* (YLL) foi devido às DCV e, posteriormente, às neoplasias (OMS, 2005; GBD, 2018).

Em relação aos óbitos atribuíveis a determinadas causas, os principais fatores de risco reconhecidos mundialmente são: hipertensão arterial (que acarreta em 19% dos óbitos no mundo), tabagismo (11%), hiperglicemia (10%), excesso de peso (9%) e inatividade física (3%) (GBD, 2018). No Brasil, em 2015, a má alimentação, ou seja, dieta rica em sódio e pobre em frutas, verduras e legumes, bem como a hipertensão arterial, foram consideradas os principais fatores de risco no ranking relacionado à carga global de doenças no país (MALTA *et al.*, 2017c).

Alguns estudos têm classificado os fatores de risco como não modificáveis e modificáveis (CASADO; VIANNA; THULER, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2017; OMS, 2003). No que se referem aos fatores modificáveis, estes ainda podem ser classificados em comportamentais e metabólicos ou intermediários (MALTA; SILVA-JÚNIOR, 2013; OMS, 2003). Atualmente, entende-se que os fatores de risco modificáveis sobrepõem-se aos fatores de risco não modificáveis e, em conjunto, dão origem ao desenvolvimento dos fatores de risco metabólicos ou intermediários (Figura 1) (NASCIMENTO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2011).



Fonte: OMS. STEPS – a framework for surveillance, 2003, adaptado.

Figura 1. Cadeia de causalidade dos fatores de risco não modificáveis, comportamentais e intermediários para DCNT.

Dentre os inúmeros fatores de risco reconhecidos globalmente, o sexo, a raça, a idade e a herança genética são considerados fatores de risco não modificáveis (OMS, 2005). Uma revisão de literatura (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017) descreveu a relação desses fatores com o surgimento e aumento na prevalência de DCNT. Para mais, os fatores não modificáveis, com frequência, sofrem interferência de fatores modificáveis. A exemplo, tem-se o sexo, uma vez que estudos mostram que mulheres tendem a apresentar estilos de vida mais saudáveis em relação aos homens (HANKONEM, 2011; PATRÃO *et al.*, 2018; SÁNCHEZ-LÓPEZ; CUELLAR-FLORES; DRESCH, 2012).

Os fatores de risco modificáveis podem ser comportamentais ou metabólicos (MALTA *et al.*, 2017). Principalmente no que tange aos primeiros, é fundamental que sua prevalência seja monitorada, uma vez que eles podem funcionar como alerta para o aumento da morbimortalidade associada às DCNT (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Estudiosos da área (VRDOLJAK *et al.*, 2014; PATRÃO *et al.*, 2018) afirmam que quatro comportamentos são considerados os “grandes pilares” para um estilo de vida não saudável, e dentre eles tem-se o uso abusivo de álcool, o tabagismo, dieta não saudável e a inatividade física (PATRÃO *et al.*, 2018; OMS 2003; OMS, 2005).

Pensando no contexto da saúde pré-concepcional, faz-se necessário levar em consideração a saúde das mulheres de maneira integral, uma vez que os fatores de risco aumentam a chance para a ocorrência de desfechos desfavoráveis à saúde das mulheres e são prejudiciais também no que se refere a uma possível gravidez (HURST; LINTON, 2015). Muitos estudos fazem menção à importância do aconselhamento pré-concepcional

pelos profissionais de saúde, para que ocorram mudanças de estilo de vida ao longo dos anos reprodutivos das mulheres (PANDOLFI *et al.*, 2014; BERGHELLA *et al.*, 2010).

Nos casos em que a mulher deseja engravidar, fatores como tabagismo, consumo de álcool, dieta inadequada, sedentarismo, bem como algumas condições crônicas, como a hipertensão, podem contribuir significativamente para aumentar o risco de ocorrência de desfechos adversos na gravidez, tais como: abortamentos, prematuridade, crescimento uterino restrito, malformações, morte e mortalidade neonatal, além da morte materna (BERGHELLA *et al.*, 2010; PANDOLFI *et al.*, 2014). Ademais, consolidar comportamentos saudáveis e melhorar a saúde das mulheres antes da concepção se faz fundamental, principalmente devido a mais da metade (55%) de todas as gravidezes no Brasil não serem intencionais (VIELLAS *et al.*, 2014).

Outrossim, estudos que versam sobre a prevalência de fatores de risco em mulheres em idade reprodutiva de outros países (PANDOLFI *et al.*, 2014) apontam para altas prevalências de comportamentos não saudáveis e condições crônicas associadas a esses fatores, como diabetes, hipertensão, obesidade, dentre outros, fazendo referência também à população de mulheres de baixa renda e diferentes etnias (STRUTZ *et al.*, 2014). Vale ressaltar ainda que as doenças crônicas, em geral, causam morte prematura e incapacidades importantes. Para mais, verifica-se que seus índices têm se ampliado devido a uma combinação de fatores, como o envelhecimento populacional, a transição nutricional e epidemiológica e, também, o aumento da ocorrência dos fatores de risco, principalmente entre as mulheres em idade reprodutiva como, por exemplo, a obesidade (ARAÚJO *et al.*, 2019; AZENHA *et al.*, 2013; OMS, 2011).

A dieta inadequada pode levar à condição de sobrepeso e obesidade (SIRIMI; GOULIS, 2010), que, por sua vez, vem aumentando aceleradamente em todo o mundo, inclusive entre as mulheres em idade reprodutiva, podendo afetar a função reprodutiva da mulher, além de aumentar o risco para o desenvolvimento de DCNT (SIRIMI; GOULIS, 2010). Além disso, na última década, a obesidade cresceu 60% no Brasil (BRASIL, 2017).

Visto a complexidade dos fatores de risco, suas interações, suas consequências para a saúde da população e, principalmente das mulheres em idade reprodutiva, bem como as vantagens atribuídas em caso de redução às exposições, faz-se necessário pensar ações que visem a prevenção das DCNT, promoção, vigilância em saúde e, principalmente, monitoramento de tais fatores nos países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Além disso, em âmbito nacional, a vigilância e prevenção de

tais fatores são preconizados pelo ministério da saúde por meio de políticas, visando melhorar a saúde da mulher e prevenir a sua morbimortalidade (BRASIL, 2004).

Finalmente, no contexto da saúde pré-concepcional cuja interseção já está posta e a necessidade do cuidado integral à saúde das mulheres, independente da reprodução, mas entendendo que se tratam de mulheres jovens e possíveis progenitoras, e a saúde como um ciclo e construção, considerando a transferência transgeracional da saúde, essa dissertação pretende se debruçar no estudo dos fatores de risco nas mulheres brasileiras em idade reprodutiva em nível nacional. Esses fatores são modificáveis e o seu estudo poderia apontar a situação atual de saúde dessas mulheres e a necessidade de mudança.

3.4. Políticas públicas de atenção à saúde das mulheres

A saúde da mulher, a partir da década de 1970, passou a ser incluída nas políticas nacionais de saúde no Brasil, porém, tais políticas restringiam-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Nos anos subsequentes, foram elaborados programas com abordagens também materno-infantilistas, baseados majoritariamente na especificidade biológica e no papel social da mulher, responsável pela concepção, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares. Além disso, esses programas contavam com intervenções realizadas de maneira vertical, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde dos indivíduos (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Na década de 1980, um dos marcos fundamentais das políticas para as mulheres no país foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituída em 1984, perante maciça ação do movimento feminista. Esse programa demonstrou uma ampliação dos conceitos norteadores da política de saúde para as mulheres e a especificação de outras prioridades, tais como atenção às adolescentes e mulheres climatéricas e implementação de atividades para identificação de outras patologias prevalentes na população feminina (BRASIL, 1985). Assim, a frente do seu tempo, o PAISM integrou ideias de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços (SANTOSNETO *et al.*, 2008). Nesse contexto, mais a frente, o Ministério da Saúde, visando melhorar ainda mais o enfoque à saúde integral da mulher, implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, que ainda segue vigente atualmente, com abordagem ao enfrentamento à violência, atenção ao abortamento, direitos sexuais e reprodutivos, promoção de saúde, enfoques de gênero, integralidade, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus impactos, dentre outros (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, as diretrizes norteadoras de tais propostas pleiteavam uma nova postura de trabalho no que se refere às equipes de saúde frente ao atendimento às mulheres. Partindo do ponto de vista da integralidade, o propósito era atender as demandas das mulheres para além da reprodução, enfatizando que todo e qualquer contato com as mulheres deveria ser pensado com um olhar voltado à promoção, proteção e reabilitação da saúde (BRASIL 1985; BRASIL, 2004).

Contudo, a atenção à saúde da mulher nos dias atuais, principalmente no que se refere às mulheres em idade reprodutiva, ainda é constantemente resumida ao planejamento reprodutivo, à gravidez, parto e puerpério com uma assistência focada principalmente na reprodução (FERRAZ; KRAICZYK, 2010; FRIGO *et al.*, 2016; RAMOS; SANCHEZ; SANTOS, 2016). Vários avanços, como o maior acesso às intervenções de saúde materna, queda da mortalidade infantil, dentre outros, foram alcançados com as políticas no âmbito da saúde materno-infantil (VÍCTORA *et al.*, 2011). Entretanto, sabe-se que ainda são necessários aperfeiçoamentos das políticas públicas em relação à saúde materna e à reprodução, bem como ainda há uma necessidade de abordagem integral da mulher, que vai além da sua saúde sexual e reprodutiva (FRIGO *et al.*, 2016).

Geralmente, o primeiro contato das mulheres com os serviços de saúde ocorre por meio de demandas sexuais e reprodutivas, como o pré-natal, parto e puerpério, o planejamento familiar, e o rastreamento de câncer de colo de útero (FRIGO *et al.*, 2016; RAMOS, SANCHEZ, SANTOS, 2016; MALTA *et al.*, 2017). No entanto, a visão fragmentada da atenção à mulher por programas específicos, atrelada a uma ótica medicalizada do corpo e sua fisiologia, “desnaturaliza” as fases e contextos da vida cotidiana (FRIGO *et al.*, 2016; VARGENS, PROGIANTI, 2004), o que contribui para a limitação dos cuidados ofertados à mulher apenas durante o ciclo gravídico-puerperal e, às vezes, para se evitar uma gestação indesejada. Todos esses fatores ocasionam oportunidades perdidas de captação e controle de saúde, incluindo ações de promoção e prevenção (BRITO-SILVA, 2014; FRIGO *et al.*, 2016; RAMOS, SANCHEZ, SANTOS, 2016).

O mau aproveitamento das oportunidades de captação dessas mulheres, atrelado às transições em saúde, dentre elas, o maior número de mortes e incapacidades atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gera consequências significativas no contexto da saúde das mulheres (BONITA, BEAGLEHOLE, 2014; MALTA *et al.*, 2017; PETERS *et al.*, 2016). A mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, com o aumento das condições crônicas, sobretudo em mulheres (IBGE, 2015; BONITA, BEAGLEHOLE,

2014), exige modificações no conteúdo da agenda nacional de saúde pública para população feminina.

Demandam ainda estratégias mais integradas para a elaboração da proposta de cuidados, uma vez que a mudança do paradigma do processo de saúde-doença acarreta modificações nas demandas desse grupo populacional, que vão além de necessidades gravídico-puerperais, adquirindo perspectivas mais amplas em relação à saúde das mulheres e suas diligências em saúde (PETERS *et al.*, 2016; BRASIL, 2004). A exemplo, têm-se as DCNT e seus fatores de risco, que em teoria são abordadas pela PNAISM, porém, na prática, ainda pouco se avançou em relação às ações voltadas a tal problemática e a essa população específica (BONITA, BEAGLEHOLE, 2014; PETERS *et al.*, 2016; BRASIL, 2004).

Ademais, sabe-se que as condições crônicas podem aparecer na vida das mulheres antes mesmo da concepção, ou surgir a partir dela, como é o caso da hipertensão arterial ou diabetes gestacional. Outrossim, as DCNT também afetam as mulheres que desejam fazer a anticoncepção, uma vez que, a depender das condições que aquela mulher apresenta, suas opções de métodos contraceptivos se tornam mais restritas (CORRÊA *et al.*, 2017). Com isso, ressalta-se a importância de integrar programas que visem tanto as demandas reprodutivas quanto àquelas que são voltadas para outras instâncias, como por exemplo, a prevenção dos fatores de risco para DCNT (NORTON *et al.*, 2016; BRASIL, 2011).

Por outro lado, cabe ressaltar que inúmeros desafios relacionados às desigualdades de gênero imperam no atendimento à saúde das mulheres. Nos atendimentos em saúde, o termo gênero é habitualmente usado equivocadamente como sinônimo de sexo biológico; porém, o pouco conhecimento em relação às particularidades de gênero pelos profissionais de saúde pode levar a um viés de gênero durante seu atendimento e tomada de decisão (RISBERG; JOHANSSON; HAMBERG, 2009).

Vários estudos relatam divergências infundadas durante a investigação e proposta terapêutica em relação a homens e mulheres (RISBERG; JOHANSSON; HAMBERG, 2009; AGGARWAL *et al.*, 2018). Em geral, tais diferenças não são baseadas em evidências científicas. Para mais, majoritariamente percebem-se essas desigualdades em estudos relacionados às doenças cardiovasculares, como a doença coronariana (AGGARWAL *et al.*, 2018). Porém, elas persistem em várias outras condições de saúde, como a doença renal (JINDAL *et al.*, 2005), HIV/AIDS (RAINE, 2000), dentre outras. Vale destacar ainda que, na maioria das vezes, o viés tende a não beneficiar a mulher, dificultando seu diagnóstico, tratamento e plano de cuidados (RISBERG; JOHANSSON; HAMBERG, 2009).

Conforme já relatado, em estudos anteriores, a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres podem contribuir de maneira ímpar para a melhoria da saúde delas, visando maior acesso aos cuidados em saúde e desconstruindo papéis sociais tradicionais que limitam condutas terapêuticas atreladas a elas (AZENHA *et al.*, 2013; PETERS *et al.*, 2016). Embora as questões de gênero estejam bem estabelecidas e sejam mais estudadas nos países de alta renda, o mesmo não ocorre nos países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. Nestes países, as questões de gênero ainda estão em estágio introdutório nas agendas em saúde da mulher, reafirmando a necessidade de se enfatizar as abordagens que visam reduzir as DCNT e seus fatores de risco nesta população específica, conforme preconizado internacionalmente (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; PETERS *et al.*, 2016; NORTON *et al.*, 2016).

Por fim, é importante ressaltar que a ausência de integração de programas mais amplos configura-se em perdas significativas no que se refere às ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle dos agravos gerados pelas DCNT e seus fatores de risco. Cabe enfatizar que a maioria das mulheres em idade reprodutiva acessa e utiliza frequentemente os serviços de saúde, principalmente por demandas reprodutivas (MALTA *et al.*, 2017d). A incorporação de programas mais amplos com abordagem voltada para DCNT, bem como para outras demandas em saúde, são de suma importância para a evolução em saúde e bem-estar das mulheres (PETERS *et al.*, 2016).

Vários benefícios poderiam surgir da fusão de tais programas, como redução do risco cardiovascular entre as mulheres e menores chances de desfechos maternos e neonatais adversos (PETERS *et al.*, 2016, NORTON *et al.*, 2016). Para tanto, torna-se relevante conhecer mais a fundo o impacto e a evolução das DCNT e seus fatores de risco na população de mulheres, fomentando ações mais concretas para controle e prevenção dessas enfermidades e seus fatores de risco.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados das mulheres brasileiras em idade reprodutiva que responderam à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013.

4.2. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). É um inquérito domiciliar, de âmbito nacional, realizado no ano de 2013. A pesquisa contou com a participação de especialistas membros do Ministério da Saúde e do IBGE, durante o processo de elaboração (IBGE, 2015; DAMACENA *et al.*, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015).

Fundamentalmente, a PNS é orientada por três eixos: o comportamento do sistema de saúde brasileiro; o estado de saúde dos brasileiros; e o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco (IBGE, 2015; DAMACENA *et al.*, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015). A seleção da amostra da PNS se deu por conglomerados, acontecendo em três estágios: no primeiro, foi realizada a seleção dos setores censitários ou conjuntos de setores constitutivos das Unidades Primárias de Amostragem (UPA); a fase subsequente selecionou os domicílios para a pesquisa; e, finalmente, a terceira etapa da amostra, consistiu em selecionar um morador adulto (18 anos ou mais) de cada domicílio, com equiprobabilidade de seleção entre os indivíduos residentes no mesmo domicílio, para responder ao questionário individual (DAMACENA *et al.*, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015).

Presumindo-se uma taxa de não resposta de 20%, o total estimado para amostra da PNS foi por volta de 80 mil domicílios. As perdas ocorreram por: domicílio fechado ou vazio; recusa dos moradores em atender o entrevistador; e não conseguir entrevistar o informante após três ou mais tentativas, lembrando que as mesmas eram previamente agendadas (DAMACENA *et al.*, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015; SZWARCOWALD *et al.*, 2014). Por fim, o total de domicílios visitados foi de 81.167, sendo que destes, 69.994 encontravam-se ocupados e 64.348 entrevistas domiciliares foram realizadas. O total de entrevistas individuais, ou seja, com o morador selecionado

do domicílio, foi de 60.202 (DAMACENA *et al.*, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015; SZWARCWALD *et al.*, 2014).

As entrevistas da PNS foram realizadas por meio de aparelhos eletrônicos, *Personal Digital Assistance* (PDA), programados para o processamento das variáveis coletadas (DAMACENA *et al.*, 2015; IBGE, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015). O inquérito da PNS foi composto por três partes: A primeira consiste no inquérito domiciliar, contendo questões sobre o domicílio e visitas dos agentes de saúde/equipe de saúde. Nesta etapa, o questionário foi respondido por qualquer pessoa que detinha tais informações sobre o domicílio, seja ela responsável ou não pela residência. A segunda parte consistiu no inquérito acerca dos moradores do domicílio, contendo questões referentes às características gerais dos moradores daquela residência em relação ao trabalho, renda, escolaridade, acesso e utilização dos serviços de saúde, dentre outros. Nesta etapa do questionário, as informações do domicílio ainda são gerais e todos os moradores deveriam responder. Caso não houvesse possibilidade de entrevistar todos os moradores, o responsável pelo domicílio poderia responder ao questionário em substituição do morador ausente, ficando tal informação armazenada no inquérito.

A terceira parte do inquérito consistiu em questões individuais direcionadas a um morador adulto, com 18 anos ou mais, selecionado por aleatorização simples. A ideia era obter informações acerca do estado de saúde, doenças crônicas, estilo de vida, violências e acidentes, dentre outros. Nesta etapa, apenas o morador selecionado respondeu às questões, sendo proibido que outrem respondesse por ele (IBGE, 2015; SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2015; SZWARCWALD *et al.*, 2014).

Em linhas gerais, o inquérito da PNS contou com um total de 21 módulos. Os módulos A e B constituíram o questionário do domicílio e continham questões acerca das características do domicílio selecionado, como por exemplo, tipo do domicílio, estrutura física, saneamento básico, itens nele compreendidos, dentre outros. Em relação ao módulo B, ele continha perguntas sobre o cadastro do domicílio na unidade básica de saúde (UBS), bem como a visita dos agentes comunitários de saúde (ACS) ao domicílio e a frequência em que elas ocorriam (IBGE, 2015).

O segundo questionário do inquérito, denominado questionário dos moradores do domicílio, foi composto pelos módulos C a L. O módulo C ocupou-se com as características gerais dos moradores, enquanto o D buscou obter as características relacionadas à educação dos moradores que possuíam idade igual ou superior a cinco

anos. Em relação ao módulo E, este avaliou as características de trabalho e renda dos moradores com idade igual ou superior a 14 anos, residentes no domicílio, ao passo que no F foram abordadas questões acerca do rendimento mensal dos moradores do domicílio. Quanto ao módulo G, o mesmo destinou-se a pesquisar as pessoas com algum tipo de deficiência, seja ela temporária ou permanente. Com relação ao módulo I, este foi responsável pelas questões relacionadas à cobertura de plano de saúde, ao tempo que o J enfocou questões acerca da utilização dos serviços de saúde. Logo após, o módulo K foi direcionado aos moradores com idade igual ou superior a 60 anos, e também à cobertura de mamografia nas mulheres com idade igual ou superior a 50 anos. Por fim, o L foi destinado para as características das crianças menores de dois anos que residiam no domicílio (IBGE, 2015).

Finalmente, tem-se o questionário do morador adulto selecionado, constituído pelos módulos M a X. No módulo M, foram perguntadas características de trabalho e rede de apoio social do morador; no N, tratou de questões referentes à percepção do estado de saúde. A seguir, o módulo O ocupou-se com questões acerca dos acidentes e violências recentes, ou seja, nos últimos 12 meses. Subsequente, no módulo P, o morador foi perguntado acerca do seu estilo de vida e hábitos como: atividade física, tabagismo, dentre outros. Em relação ao módulo Q, foram abordadas questões referentes às condições crônicas de saúde, diagnósticos e tratamentos. Quanto ao módulo R, este se destinou às mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e abordou exames preventivos, história reprodutiva, dentre outros. O módulo S abordou a atenção pré-natal das mulheres com filhos com idade igual ou menor de dois anos. A seguir, tem-se o módulo U, que tratou de questões referentes à saúde bucal e à assistência odontológica. Logo após, o módulo X contou com perguntas referentes ao atendimento médico, ao acesso e à avaliação do atendimento recebido, fechando o bloco de perguntas destinadas ao morador (IBGE, 2015).

4.3. População do Estudo

Neste estudo foram incluídas todas as mulheres cuja faixa etária estava entre 18-49 anos e que tiveram respostas válidas para as variáveis de interesse da pesquisa. De acordo com a OMS (2009), entende-se por mulheres em idade reprodutiva todas as mulheres com a faixa etária entre 15-49 anos. No Brasil, a PNAISM, elaborada pelo Ministério da saúde, considera mulheres em idade reprodutiva todas as mulheres com a faixa etária entre 10-49 anos (BRASIL, 2004). Isto posto, a presente amostra foi

composta por mulheres na faixa etária de 18-49 anos, visto que, para ser elegível a responder o questionário individual da PNS, a mulher precisaria ter no mínimo 18 anos ou mais.

Para esse recorte amostral, foram excluídos os indivíduos do sexo masculino (n=25.920), restando um total de 34.282 mulheres. Destas, foram excluídas 11.661 mulheres que eram inelegíveis devido à faixa etária ser superior à do pretendido pelo estudo (≥ 50 anos), ou seja, mulheres fora do período reprodutivo. Também foram excluídas as gestantes (n=800) e as mulheres que não sabiam se estavam grávidas (n=176), uma vez que a gestação pode ocasionar uma mudança de hábitos de vida nas mulheres, fato que poderia causar uma subestimação dos resultados encontrados. Permaneceu, assim, apenas as mulheres em idade reprodutiva, não grávidas, público alvo da pesquisa, totalizando 21.645 mulheres (Figura 2).

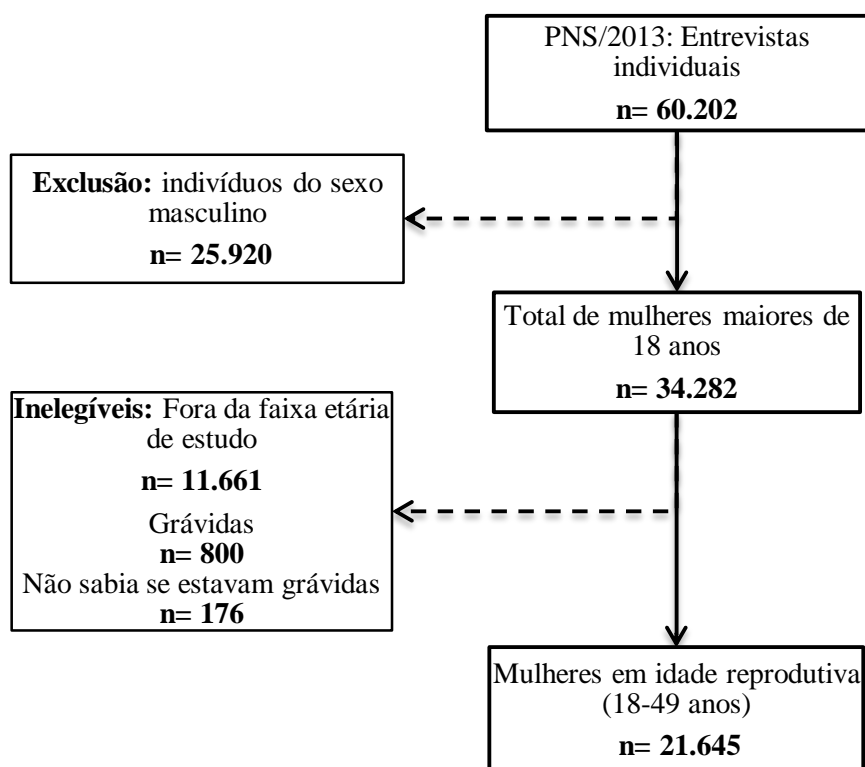


Figura 2 – População de estudo, PNS – 2013.

4.4. Variáveis do Estudo

4.4.1. Variáveis Dependentes

Seguindo os modelos conceituais da saúde pré-concepcional e da saúde cardiovascular, para descrever e analisar os fatores de risco comportamentais das

mulheres brasileiras em idade reprodutiva foram consideradas como variáveis dependentes três dos onze domínios: Nutrição e Atividade Física; Uso de Álcool e Tabaco; Estado Geral de Saúde e Satisfação de Vida (BROUSSARD *et al.*, 2011). Desses três domínios, foram extraídos cinco indicadores, todos contidos na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS de 2013. Vale ressaltar que, para os indicadores referentes aos comportamentos em saúde, neste estudo trabalharemos com risco, sendo que os comportamentos avaliados foram: consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes (FLV); inatividade física no lazer; consumo de álcool e tabagismo. No que se refere ao indicador de percepção geral de saúde, o indicador avaliado foi: autoavaliação de saúde (Quadro 1).

O Quadro 1 apresenta os domínios e os indicadores utilizados como variáveis dependentes. Em relação aos domínios Nutrição e Atividade Física e Consumo de Álcool e Tabaco, foram determinados dois indicadores. No domínio Estado Geral de Saúde e Satisfação com a Vida, foi determinado um indicador. Todos os indicadores foram extraídos de módulos da PNS, além das perguntas utilizadas para obter tal indicador. Os módulos contemplados foram: Módulo N: Percepção do Estado de Saúde (1 indicador); Módulo P: Estilo de Vida (4 indicadores).

Quadro 1 – Variáveis dependentes de interesse para o estudo, Pesquisa Nacional de Saúde – 2013.

Domínios (Broussard <i>et al.</i>, 2011)	Variáveis Dependentes	Módulo PNS 2013	Perguntas	Categorias
Consumo de Álcool e Tabaco	Tabagismo Anterior e Atual	Módulo P	P50. Atualmente, a Sra. fuma algum produto do tabaco? P51. E no passado, a Sra. fumou algum produto do tabaco diariamente? P52. E no passado, a Sra. fumou algum produto do tabaco?	0 – Nunca Fumou 1 – Ex-Tabagista 2 – Tabagista
	Consumo de Álcool	Módulo P	P27. Com que frequência a Sra. costuma consumir alguma bebida alcoólica?	0 – Não consome 1 – Consome
Nutrição e Atividade Física	Consumo insuficiente de Frutas, Legumes e Verduras (FLV)	Módulo P	P8. Em geral, quantas vezes por dia a Sra. come este tipo de salada? P10. Em geral, quantas vezes por dia a Sra. come verdura ou legume cozido? P19. Em geral, quantas vezes por dia a Sra. come frutas?	0 – Consumo suficiente 1 – Consumo insuficiente
	Inatividade Física no Lazer	Módulo P	P34. Nos últimos três meses, a Sra. praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (<i>não considere fisioterapia</i>) P35. Quantos dias por semana a Sra. costuma praticar exercício físico ou esporte? P36. Qual o exercício físico ou esporte que a Sra. pratica com mais frequência? P37. Em geral, no dia que a Sra. pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	0 – Ativa 1 – Inativa
Estado Geral de Saúde e Satisfação de Vida	Autoavaliação do estado de saúde	Módulo N	N1. Em geral, como a Sra. avalia sua saúde?	0 – Muito Boa/Boa 1 – Regular/Ruim/Muito ruim
Consumo de Álcool e Tabaco; Nutrição e Atividade Física; Estado Geral de Satisfação de Vida	Coocorrência dos fatores de risco comportamentais		Soma das variáveis: consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo insuficiente de FLV e inatividade física no lazer. A cada fator apresentado foi atribuído o valor 1. A soma dos comportamentos variou de 0 a 4.	0 – Nenhum fator 1 – Um fator 2 – Dois ou mais fatores

Os critérios utilizados para a categorização dos fatores de risco comportamentais foram:

a) Tabagismo atual e anterior: Dividido em três categorias: nunca fumou; ex-tabagista e tabagista atual. Este comportamento foi considerado de risco se a mulher respondeu sim a alguma das perguntas no quadro. Mulheres que responderam sim à pergunta P50 foram categorizadas como tabagistas; mulheres que responderam sim às perguntas P51 e P52 foram categorizadas como ex-tabagistas; mulheres que responderam não à pergunta P50, P51 e P52 foram categorizadas como nunca fumou (CDC, 2004b).

b) Consumo de Álcool: Dividido em duas categorias: não consome e consome. Este comportamento foi considerado de risco se a mulher respondeu à pergunta P27 consumir bebidas alcoólicas uma vez ou mais por mês. Mulheres que responderam beber uma ou mais vezes no mês foram categorizadas como consumidoras de álcool; mulheres que responderam nunca beber ou beber menos que uma vez no mês foram categorizadas como não consumidoras de álcool.

c) Consumo Insuficiente de Frutas, Verduras e Legumes (FLV): Dividido em duas categorias: consumo suficiente e consumo insuficiente. A cada pergunta realizada (P8, P10 e P19) a mulher respondia de 0 a 7 em relação à quantidade de porções de frutas, verduras, legumes que eram consumidos diariamente. Este comportamento foi considerado de risco quando a mulher obteve uma somatória de consumo menor ou igual a 5 (estas foram categorizadas como consumo insuficiente de FLV) e mulheres que somaram 6 pontos ou mais foram categorizadas como consumo suficiente de FLV (JOHNSON *et al.*, 2009).

d) Inatividade Física no Lazer: Dividido em duas categorias: ativa e inativa. A princípio, o tempo de atividade física referido foi transformado em minutos; em seguida, os minutos foram multiplicados pela quantidade de dias da semana que a mulher referiu realizar a atividade física. Os minutos por semana de atividade física para cada mulher foram calculados, sendo consideradas atividades moderadas e vigorosas. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, voleibol/futevôlei e dança foram consideradas atividades moderadas, enquanto corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futsal/futebol, basquetebol e tênis foram consideradas atividades vigorosas.

Este comportamento foi considerado de risco quando a mulher não realizava atividade física, ou realizava atividade física abaixo dos níveis recomendados. Mulheres

que realizavam menos de 75 minutos de atividade vigorosa na semana, ou menos de 150 minutos de atividade moderada foram categorizadas como inativas; mulheres que realizavam 75 minutos ou mais de atividade vigorosa na semana ou 150 minutos ou mais de atividade moderada na semana foram categorizadas como ativas (CDC, 2008).

Para avaliar a coocorrência dos fatores de risco comportamentais, foi criada uma soma dos fatores de risco comportamentais para cada uma das participantes. Trata-se da soma dos fatores de risco comportamentais das mulheres. A soma variou de 0 a 4 pontos, ou seja, para cada fator de risco da mulher era atribuído 1 ponto à soma. O estilo de vida saudável foi definido como a ausência dos quatro fatores de risco comportamentais. Por fim, as categorias dois, três e quatro comportamentos foram unidas em uma mesma categoria, uma vez que há um consenso na literatura de que o maior risco para DCNT está relacionado à coocorrência de dois ou mais fatores de risco comportamentais (LINARDAKIS *et al.*, 2015; LINARDAKIS *et al.*, 2013; LINARDAKIS *et al.*, 2014).

Considera-se que tais indicadores podem ser utilizados para monitorar o estilo de vida das mulheres brasileiras, uma vez que, dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares de acordo com a AHA, quatro são exclusivamente comportamentais (IHME, 2013; LLOYD-JONES *et al.*, 2010; PATRÃO *et al.*, 2018; MPOFU *et al.*, 2016).

O critério utilizado para a categorização da autoavaliação do estado de saúde foi:

e) Autoavaliação do estado de saúde: Dividido em duas categorias: positiva e negativa. Mulheres que autoavaliaram sua saúde como muito boa ou boa foram categorizadas como autoavaliação positiva. Mulheres que autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, foram categorizadas como autoavaliação negativa (TEO *et al.*, 2016). No que se refere à AAS, a mesma é considerada uma boa medida para avaliação mais geral do estado de saúde das mulheres, já que se trata de uma avaliação individual, que circunda várias dimensões, como a dimensão psicológica, demográfica e socioeconômica (OLIVEIRA *et al.*, 2017; BILGEL; KARAHASAN, 2018; SZWARCOWALD *et al.*, 2015).

4.4.2. Variáveis Independentes

Como variáveis independentes, têm-se as variáveis sociodemográficas: faixa etária, região de moradia, cor da pele, escolaridade, zona de moradia e estado civil (Quadro 2). Outrossim, o presente estudo utilizou um domínio sugerido por Broussard e colaboradores (2011) como variável independente a fim de avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres em idade reprodutiva. O Quadro 2 apresenta as variáveis independentes utilizadas neste estudo. Os módulos da PNS contemplados foram: Cobertura de Plano de Saúde (1 indicador); Módulo R: Saúde da Mulher (1 indicador) (Quadro 2).

Para análise do acesso e utilização dos serviços de saúde, ter realizado ou não o exame Papanicolau foi utilizado como variável *proxy* de utilização dos serviços de saúde. A escolha dessa variável se deve ao fato de que a realização do Papanicolau pelas mulheres geralmente acontece no contexto de uma consulta de saúde da mulher com o profissional de saúde, seja médico ou enfermeiro (ROSSETO *et al.*, 2017; FRIGO *et al.*, 2016). Ou seja, interpretou-se que, ao ter realizado o exame Papanicolau, a mulher utilizou o serviço de saúde e teve uma consulta de saúde da mulher. Consultas realizadas há menos de três anos foram consideradas recentes, já as realizadas há mais de três anos foram consideradas remotas. Nos casos em que a mulher declarou nunca ter realizado uma consulta, esta também foi considerada como remota.

A variável plano de saúde foi utilizada como *proxy* de acesso e status socioeconômico. A utilização desta variável se deve ao fato de que possuir plano de saúde no Brasil está associado com maior renda pelos indivíduos (MALTA *et al.*, 2011). Ademais, é sabido que indivíduos que possuem plano de saúde têm duplo acesso aos serviços, uma vez que ele pode desfrutar do acesso obtido por meio do plano e, também, pelo SUS (MALTA *et al.*, 2017; CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

Por fim, para a análise do acesso, os indicadores Papanicolau e plano de saúde foram combinados em uma única variável. Apesar desta variável ser utilizada no presente estudo como independente, a mesma também foi empregada como dependente com o objetivo de caracterizar as mulheres brasileiras em idade reprodutiva, segundo os níveis de acesso. As mulheres que referiram exame Papanicolau recente, no serviço privado, foram consideradas com maior acesso, seguidas pelas mulheres com Papanicolau recente realizado no serviço público; posteriormente, tem-se as mulheres que realizaram exame Papanicolau remoto, ou seja, há mais de três anos ou nunca o fizeram, no serviço privado de saúde e, por fim, representando o menor acesso, tem-se

as mulheres que relataram exame Papanicolau remoto no serviço público de saúde. Ter realizado consulta recente no serviço público foi considerada a categoria de referência por ser a mais frequente utilizada pelas mulheres, bem como esta categoria representaria o acesso e utilização dos serviços no Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 2 – Variáveis independentes de interesse para o estudo, Pesquisa Nacional de Saúde – 2013.

Domínio	Variáveis Independente	Módulo PNS 2013	Perguntas	Categorias
Sócio-demográficas	Faixa Etária	Módulo C	C8. Idade	0 – 18-29 anos 1 – 30-39 anos 2 – 40-49 anos
	Região de Moradia	-	Unidade de Federação	0 – Sudeste 1 – Centro-Oeste 2 – Norte 3 – Nordeste 4 - Sul
	Cor da Pele/raça	Módulo C	C9. Cor ou raça	0 – Branca 1 – Preta/Parda 2 – Outros: Amarela, Indígena
	Escolaridade	Módulo D	Nível de Instrução	0 – 12 ou mais anos 1 – 9-11 anos 2 – 0 a 8 anos
	Zona de Moradia	-	Situação Censitária	0 – Urbana 1 – Rural
	Estado Civil	Módulo C	C11. Qual estado civil da Sra.?	0 – Com companheiro 1 – Sem companheiro
Cuidados em Saúde	Plano de Saúde	Módulo I	I1. Tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?	0 – Sim 1 – Não
	Papanicolau Recente	Módulo R	R1. Quando foi a última vez que a Sra. fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?	0 – < 3 anos 1 – > 3 anos ou nunca ter realizado
	Níveis de Acesso	Módulo I/Módulo R	Junção da variável Papanicolau e plano de saúde. Criado 4 níveis de acesso aos serviços de saúde, onde 1 é considerado maior acesso e 3 menor acesso.	0 – Papanicolau recente no serviço público 1 – Papanicolau recente no serviço privado 2 – Papanicolau remoto no serviço privado 3 – Papanicolau remoto no serviço público

4.5. Análise de Dados

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados, estimando a prevalência dos indicadores de saúde, ou seja, dos quatro fatores de risco comportamentais (consumo insuficiente de FLV, inatividade física, consumo de álcool e tabagismo) com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Em seguida, foram estimadas as prevalências dos mesmos indicadores segundo as variáveis sociodemográficas e, também, de acordo com os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde, Papanicolau e plano de saúde. Para estas estimativas também se obteve os intervalos de 95% de confiança. As diferenças estatísticas foram avaliadas usando-se o teste de qui-quadrado de Pearson com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Posteriormente, foi realizada a análise descritiva da coocorrência dos fatores de risco comportamentais com seus intervalos de 95% de confiança. Também se estimou a prevalência da coocorrência, de acordo com as variáveis sociodemográficas e os indicadores de acesso, com seus intervalos de 95% de confiança. Utilizou-se teste qui-quadrado de Pearson para verificar diferenças estatísticas entre os grupos.

Para caracterizar as mulheres em idade reprodutiva segundo os níveis de acesso, foram estimadas as prevalências, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança, da variável nível de acesso de acordo com as características sociodemográficas.

Logo após, foram estimadas as prevalências com seus respectivos intervalos de 95% de confiança para a variável autoavaliação geral de saúde. Também foram estimadas prevalências e intervalos de 95% de confiança desta variável, de acordo com os fatores de risco comportamentais e a coocorrência dos mesmos, visando entender como eles podem se relacionar à percepção de saúde das mulheres.

Posteriormente, foi realizada análise não ajustada por meio da Regressão de Poisson das variáveis sociodemográficas e de acesso com os fatores de risco comportamentais e sua coocorrência. Também foi realizada a análise não ajustada dos fatores de risco comportamentais e sua coocorrência com a autoavaliação de saúde nas mulheres por meio da Regressão de Poisson. Considerou-se que os fatores de risco comportamentais, a coocorrência dos mesmo se a autoavaliação do estado de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva foram, em sua maioria, eventos frequentes (DWIVEDI *et al.*, 2014). Neste caso, a regressão de Poisson estima a Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, sendo a medida de

associação mais apropriada para estudos de delineamento transversal cujo desfecho é frequente (DWIVEDI *et al.*, 2013).

Neste estudo, para estimar a razão de prevalência (RP) do indicador tabagismo, as categorias tabagismo atual e tabagismo anterior foram colapsadas, uma vez que as mulheres destas categorias foram expostas ao risco causado pelo tabaco (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014; MATOZINHOS *et al.*, 2017). No que se refere à coocorrência de fatores de risco comportamentais, foram colapsadas as categorias 0 e 1, ou seja, não apresentar fatores de risco e ter apenas um fator de risco para comparar com o agrupamento de dois ou mais fatores de risco, já que ter dois ou mais fatores de risco é considerado alto risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para a piora da saúde cardiovascular e pré-concepcional dessas mulheres (LINARDAKIS *et al.*, 2015; LINARDAKIS *et al.*, 2013; LINARDAKIS *et al.*, 2014). Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa estatístico Stata versão 15.0 (Statacorp.). Foram utilizados os comandos do módulo *Survey*, considerando plano complexo de amostragem com o objetivo de produzir estimativas populacionais para o cumprimento dos objetivos propostos pelo estudo.

Neste estudo, a população de interesse foi representada por meio de subpopulação para a realização das análises. Na análise *Survey*, trabalha-se com a ideia de subpopulações, uma vez que não se exclui os participantes que não cumprem o critério de exclusão para o estudo de cada desfecho (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008), apenas restringe-se as estimativas a uma subpopulação de interesse. Em se tratando de amostra complexa, este tipo de análise é extremamente recomendado, visto que permite uma abordagem mais adequada da estimação da variância (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008). A exclusão de indivíduos da amostra poderia ocasionar a exclusão de estratos e/ou setores censitários, enviesando os erros padrões, além de gerar sub-representações dos conglomerados na amostragem complexa, alterando o desenho amostral.

Quando se cria subpopulações, categorizando os participantes pelos códigos 0 (caso não cumpram os critérios de inclusão) e 1 para a população de interesse, as análises feitas no módulo *Survey* geram resultados para a população de interesse, levando em conta toda a estrutura complexa para a estimação da variância. Ademais, a estimação dos erros padrões também se faz mais fiel à realidade (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008).

4.6. Aspectos Éticos

A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi aprovada em junho de 2013 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Ressalta-se que todas as medidas previstas pela resolução 466/2012, em relação aos dados dos participantes, foram adotadas pela PNS a fim de preservar o seu sigilo. Quanto a este estudo, especificamente, por utilizar dados secundários de acesso público, sem identificação dos sujeitos, conforme preconizado na resolução 510/2016, dispensa-se análise em comitê de ética em pesquisa (BRASIL, 2016b).

5. RESULTADOS

A maioria das mulheres estudadas tinha entre 18-29 anos (37,6%), com escolaridade de 9-11 anos de estudo (42,2%), residiam na região Sudeste (42,2%), viviam na zona urbana (87,2%), autodeclaravam-se pretas ou pardas (53%) e viviam sem o companheiro (60,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos) (n= 21.645), 2013.

Características Sociodemográficas	%^a	IC95%
Faixa Etária (anos)		
18-29	37,6%	36,4-38,8
30-39	32,9%	31,9-34,0
40-49	29,5%	28,4-30,6
Escolaridade (anos)		
0-8	35,5%	34,3-36,7
9-11	42,2%	41,0-43,5
12 ou mais	22,3%	21,1-23,5
Região de Moradia		
Centro-Oeste	7,6%	7,2-8,0
Norte	8,1%	7,8-8,5
Nordeste	28,0%	26,9-29,0
Sudeste	42,2%	40,9-43,6
Sul	14,1%	13,3-14,9
Zona de Moradia		
Urbana	87,2%	86,5-87,9
Rural	12,8%	12,1-13,5
Cor da pele/raça		
Branca	45,6%	44,3-46,8
Preta/Parda	53,0%	51,7-54,2
Outros ^b	1,5%	1,2-1,8
Estado Civil		
Com Companheiro	39,2%	38,0-40,4
Sem Companheiro	60,8%	59,6-62,0

^aEstimativas populacionais; ^bOutros: Amarela, Indígena. IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

5.1. Fatores de risco comportamentais para DCNT

5.1.1. Consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes (FLV)

Dentre as mulheres brasileiras estudadas, em média 89% (IC95% 88,5-90,3) possuíam consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes, ou seja, menos que cinco porções de frutas, verduras e legumes com uma frequência menor que cinco vezes na semana. A prevalência do consumo insuficiente foi ainda maior entre as mulheres com 0-8 anos de estudo (90,5%), que residiam na região Nordeste (93%), não havendo diferenças dessas prevalências de acordo com a faixa etária, zona de moradia, cor da pele e estado civil ($p > 0,05$) (Tabela 2).

O consumo insuficiente de FLV associou-se a escolaridade e a região de moradia. Em relação a escolaridade, mulheres com escolaridade intermediária apresentaram menores prevalências de consumo insuficiente de FLV quando comparadas com mulheres com escolaridade mais elevada (RP: 0,97, IC95% 0,95-0,99). Mulheres que residiam na região Nordeste apresentaram maiores razões de prevalência de consumo insuficiente de FLV quando comparadas às mulheres que residiam na região Sudeste ($p < 0,05$) (Tabela 2).

5.1.2. Inatividade Física

No Brasil, 79,7% (IC95% 78,6-80,7) das mulheres brasileiras em idade reprodutiva eram inativas, ou seja, não praticavam pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana no lazer. Observou-se maior inatividade física entre as mulheres na faixa etária de 40-49 anos, com menor escolaridade (0-8 anos de estudo), vivendo na zona rural, autodeclaradas pretas ou pardas ($p < 0,05$), não havendo diferenças das prevalências para região ($p = 0,093$) e estado civil ($p = 0,305$) (Tabela 2). Na análise não ajustada, ser mulher com menor escolaridade, residir em zona rural e ser autodeclaradas pretas ou pardas se associou a maiores prevalências de inatividade física no lazer quando comparadas àquelas que possuíam 12 ou mais anos de estudo, que residiam na zona urbana e autodeclaradas brancas ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49anos),2013.

Características Sociodemográficas	FLV insuficiente		Inatividade Física	
	% ^b (IC95%)	RP (IC95%)	% ^b (IC95%)	RP (IC95%)
Faixa Etária (anos)	p=0,7958^c		p=0,0002^c	
18-29	89,8% (88,0-91,3)	Ref.	77,0% (75,2-78,8)	Ref.
30-39	89,0% (87,4-90,5)	0,99 (0,96-1,01)	80,6% (78,8-82,2)	1,01 (0,98-1,05)
40-49	89,4% (87,8-90,9)	0,99 (0,97-1,02)	82,0% (80,2-83,6)	1,03 (0,99-1,07)
Escolaridade (anos)	p=0,0249^c		p<0,0001^c	
0-8	90,5% (89,1-91,8)	1,00 (0,98-0,99)	88,9% (87,6-90,1)	1,30 (1,25-1,36)
9-11	88,0% (86,4-89,5)	0,97 (0,95-0,99)	78,6% (78,9-80,2)	1,17 (1,12-1,22)
12 ou mais	90,3% (88,6-91,7)	Ref.	67,1% (64,4-69,6)	Ref.
Região de Moradia	p<0,0001^c		p=0,093^c	
Centro-Oeste	86,6% (84,6-88,3)	0,98 (0,96-1,01)	77,5% (75,5-79,4)	0,96 (0,91-1,01)
Norte	88,3% (85,8-90,4)	1,00 (0,97-1,03)	82,1% (79,8-84,2)	1,03 (0,99-1,08)
Nordeste	93,0% (91,3-94,4)	1,06 (1,03-1,08)	80,7% (79,0-82,3)	1,02 (0,98-1,06)
Sudeste	87,7% (86,0-89,2)	Ref.	78,7% (76,7-80,6)	Ref.
Sul	90,8% (88,3-92,8)	1,03 (1,00-1,06)	80,2% (77,5-82,6)	0,99 (0,94-1,04)
Zona de Moradia	p=0,4611^c		p<0,0001^c	
Urbana	89,3% (88,3-90,2)	Ref.	78,3% (77,1-79,4)	Ref.
Rural	90,3% (87,8-92,3)	1,01 (0,98-1,03)	89,1% (86,9-91,0)	1,13 (1,08-1,17)
Cor da pele/raça	p=0,8923^c		p=0,0002^c	
Branca	89,4% (88,0-90,6)	Ref.	77,3% (75,6-78,9)	Ref.
Preta/Parda	89,4% (88,0-90,6)	1,00 (0,98-1,02)	81,8% (80,5-83,0)	1,07 (1,03-1,10)
Outros ^a	91,1% (82,4-95,7)	1,01 (0,94-1,09)	75,7% (64,3-84,3)	1,04 (0,92-1,16)
Estado Civil	p=0,3480^c		p=0,305^c	
Com Companheiro	88,9% (87,6-90,2)	Ref.	80,3% (78,7-81,7)	Ref.
Sem Companheiro	89,7% (88,5-90,9)	1,00 (0,99-1,02)	79,3% (77,9-80,6)	1,00 (0,97-1,03)
TOTAL	89,0% (88,5-90,3)		79,7% (78,6-80,7)	

^aOutros: Amarela, Indígena; ^bEstimativas populacionais; ^cQui-Quadrado de *Pearson*; FLV: Frutas, verduras e legumes; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; RP: Razão de Prevalência não ajustada.

5.1.3. Consumo de álcool

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 18,8% (IC95% 17,7-19,8) das mulheres relataram consumir bebidas alcoólicas. Essa prevalência foi maior entre as mulheres de 18-29 anos (21,7%), com 12 anos ou mais de estudo (21,6%), residentes na região Sul (24,3%), que vivem na zona urbana (20,1%), e vivendo sem o companheiro (22,1%). Não houve diferença dessa prevalência em relação a cor da pele ($p=0,072$) (Tabela 3).

No que se refere à análise não ajustada, o consumo de álcool se associou a todas as características sociodemográficas, com exceção da cor da pele/raça. Em relação a idade, a faixa etária de 40-49 anos apresentou menores prevalências quando comparada à faixa etária mais jovem (RP: 0,84, IC95% 0,77-0,91). Mulheres com escolaridade entre 0-8 e 9-11 anos de estudo apresentaram menores razões de prevalência quando comparadas às mulheres com maior escolaridade (RP: 0,62 IC95% 0,57-0,67; RP: 0,71 IC95% 0,66-0,77 respectivamente). Mulheres que residiam nas regiões Norte e Nordeste, vivendo na zona rural também apresentaram menores prevalências para consumo de álcool ($p<0,05$). Mulheres sem companheiro apresentaram 1,62 (IC95% 1,51-1,75) vezes a prevalência de consumo de álcool quando comparadas àquelas que viviam com companheiro (Tabela 3).

4.1.4. Tabagismo

Das mulheres estudadas, 9,7% (IC95% 9,0-10,3) declararam-se tabagistas, ou seja, faziam uso de algum produto do tabaco, enquanto 10% (IC95% 9,3-10,7) relataram ser ex-tabagistas, quando haviam consumido algum produto do tabaco em algum momento da vida. O hábito de fumar se mostrou mais prevalente entre as mulheres na faixa etária de 40-49 anos, com menor escolaridade (0-8 anos de estudo), residentes na região Sul, e vivendo sem o companheiro ($p<0,0001$), não havendo diferenças dessas prevalências de acordo com a cor da pele ($p=0,128$) e zona de moradia ($p=0,593$). A prevalência de ser ex-fumante também foi maior entre as mulheres na faixa etária de 40-49 anos, com menor escolaridade (0-8 anos de estudo), residentes na região Sul, mas vivendo com o companheiro ($p<0,0001$), não havendo diferenças para cor da pele ($p=0,128$) e zona de moradia ($p=0,593$) (Tabela 3).

A análise não ajustada mostrou que ser mais velha (30-39 e 40-49 anos) se associou à maior prevalência de tabagismo (atual e anterior) quando comparadas às

mulheres de faixa etária mais jovem (RP: 1,48 IC95% 1,37-1,61; RP: 2,21 IC95% 2,04-2,39). Mulheres com menor escolaridade (0-8 anos de estudo) apresentaram 2,24 (IC95% 2,05-2,45) vezes a prevalência de tabagismo (atual e anterior) quando comparadas a mulheres com maior nível de escolaridade. O mesmo não se observou para a faixa intermediária de escolaridade. Residir nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi associado a menores prevalências de tabagismo ($p < 0,05$). Em contrapartida, a região Sul se associou a maiores prevalências de tabagismo (atual e anterior) (RP: 1,23 IC95% 1,11-1,36). Mulheres vivendo em zona rural, que se autodeclaravam pretas ou pardas e vivendo sem o companheiro também apresentaram maiores prevalências de tabagismo (atual e anterior) ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49anos), 2013.

Características Sociodemográficas	Consumo de Álcool		Tabagismo		Tabagismo Atual e Anterior
	% ^b (IC95%)	RP (IC95%)	Tabagismo atual % ^b (IC95%)	Ex-tabagista % ^b (IC95%)	RP (IC95%)
Faixa Etária (anos)	p<0,0001^c		p<0,0001^c		
18-29	21,7% (19,8-23,7)	Ref.	6,4% (5,5-7,5)	5,8% (5,0-6,7)	Ref.
30-39	18,2% (16,6-19,8)	0,93 (0,86-1,00)	9,2% (8,2-10,3)	10,3% (9,1-11,7)	1,48 (1,37-1,61)
40-49	15,7% (14,2-17,2)	0,84 (0,77-0,91)	14,3% (12,9-15,9)	14,9% (13,5-16,5)	2,21 (2,04-2,39)
Escolaridade (anos)	p<0,0001^c		p<0,0001^c		
0-8	15,0% (13,8-16,3)	0,62 (0,57-0,67)	16,2% (15,0-17,5)	13,9% (12,7-15,2)	2,24 (2,05-2,45)
9-11	18,0% (16,4-19,8)	0,71 (0,66-0,77)	6,6% (5,7-7,6)	7,6% (6,7-8,7)	1,10 (1,00-1,21)
12 ou mais	26,1% (23,9-28,5)	Ref.	5,0% (4,1-6,1)	8,3% (7,0-9,7)	Ref.
Região de Moradia	p<0,0001^c		p<0,0001^c		
Centro-Oeste	21,0% (19,0-23,1)	1,05 (0,95-1,17)	9,3% (8,0-10,7)	7,6% (6,4-8,9)	0,86 (0,77-0,96)
Norte	12,5% (10,9-14,3)	0,65 (0,59-0,72)	7,2% (6,0-8,5)	9,3% (7,9-10,9)	0,90 (0,82-0,98)
Nordeste	16,4% (14,9-18,0)	0,83 (0,76-0,91)	8,3% (7,4-9,3)	9,8% (8,8-11,0)	0,85 (0,78-0,92)
Sudeste	19,3% (17,4-21,3)	Ref.	10,1% (9,0-11,3)	9,9% (8,7-11,4)	Ref.
Sul	24,3% (21,3-27,5)	1,15 (1,04-1,28)	12,7% (10,9-14,7)	12,1% (10,4-14,1)	1,23 (1,11-1,36)
Zona de Moradia	p<0,0001^c		p=0,593^c		
Urbana	20,1% (19,0-21,3)	Ref.	9,7% (9,0-10,4)	9,9% (9,1-10,7)	Ref.
Rural	9,6% (7,9-11,5)	0,50 (0,44-0,56)	9,2% (7,9-10,7)	10,7% (9,2-12,3)	1,09 (1,01-1,18)
Cor da pele/raça	p=0,072^c		p=0,128^c		
Branca	19,7% (18,2-21,3)	Ref.	8,8% (7,9-9,8)	10,1% (9,1-11,2)	Ref.
Preta/Parda	18,0% (16,7-19,5)	0,91 (0,82-1,02)	10,4% (9,5-11,3)	9,8% (8,9-10,7)	1,07 (1,01-1,14)
Outros ^a	13,7% (9,5-19,4)	0,70 (0,49-1,00)	8,0% (4,9-13,0)	12,9% (7,8-20,5)	1,19 (0,95-1,48)
Estado Civil	p<0,0001^c		p<0,0001^c		
Com Companheiro	13,6% (12,4-14,9)	Ref.	7,0% (6,2-8,0)	10,8% (9,6-12,1)	Ref.
Sem Companheiro	22,1% (20,7-23,5)	1,62 (1,51-1,75)	11,3% (10,5-12,3)	9,5% (8,7-10,3)	1,41 (1,32-1,51)
TOTAL	18,8% (17,7-19,8)		9,7% (9,0-10,3)	10,0% (9,3-10,7)	

^aOutros: Amarela, Indígena; ^bEstimativas Populacionais; ^cQui-Quadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; RP: Razão de prevalência não ajustada

5.2. Coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT

Em relação à coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT, observou-se que, em média 4,5% das mulheres brasileiras apresentaram um estilo de vida saudável, ou seja, consumiam frutas, verduras e legumes suficientemente, não consumiram álcool, não usaram tabaco e praticavam atividade física no lazer. Tais prevalências foram maiores entre as mulheres de 18-29 anos (6,5%), com 9-11 anos de estudo (6,0%), residentes na região Sudeste (5,2%), e que viviam na zona urbana (4,7%) ($p < 0,0001$).

No que se refere à presença de apenas um fator de risco comportamental, 30,2% das mulheres brasileiras apresentavam um comportamento negativo. Estas prevalências foram maiores entre as mulheres de 18-29 anos (33,4%), com escolaridade de 12 anos ou mais de estudo (31,8%), residentes na região Norte (36,6%) e que vivem na zona rural (34,6%) ($p < 0,0001$).

Para a coocorrência de dois ou mais fatores de risco comportamentais, 65,3% das mulheres apresentavam acúmulo de fatores de risco, isto é, a cada três mulheres, duas apresentaram coocorrência dos fatores de risco comportamentais. As maiores prevalências encontradas entre as mulheres de 40-49 anos (70,4%), baixa escolaridade (0-8 anos de estudo) (69,9%), residente na região Sul (72,3%) e que viviam na zona urbana (65,8%) ($p < 0,0001$). Não foram observadas diferenças dessas prevalências de acordo com a cor da pele ($p = 0,942$) e estado civil ($p = 0,203$) das mulheres (Tabela 4).

A coocorrência dos fatores de risco comportamentais associou-se a todas as características sociodemográficas, com exceção da cor da pele/raça. No que se refere à idade, foi observado que mulheres mais velhas, com 30-39 e 40-49 anos apresentaram, respectivamente, 1,09 (IC95% 1,05-1,13) e 1,17 (IC95% 1,12-1,22) vezes a prevalência para coocorrência de dois ou mais fatores de risco comportamentais, quando comparadas a faixa etária mais jovem. Mulheres com menor escolaridade também apresentaram maiores prevalências de ter dois ou mais comportamentos negativos, quando comparadas a mulheres com níveis mais altos de escolaridade (RP: 1,11 IC95% 1,06-1,16). Mulheres que residiam na região Sul e sem companheiro apresentaram maiores razões de prevalências de acúmulo de fatores de risco comportamentais, quando comparadas com outras regiões do Brasil ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência e razões de prevalência não ajustadas de coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.

Características Sociodemográficas	Soma de Fatores de Riso Comportamentais			Valor-p ^b	0-1 vs. 2 ou mais RP (IC95%)
	0 % ^c (IC95%)	1 % ^c (IC95%)	2 ou mais % ^c (IC95%)		
Faixa Etária (anos)					
18-29	6,5% (5,5-7,8)	33,4% (31,3-35,4)	60,1% (57,9-62,3)		Ref.
30-39	3,6% (3,0-4,3)	29,9% (28,1-31,7)	66,6% (64,7-68,4)	p<0,0001	1,09 (1,05-1,13)
40-49	3,1% (2,5-3,9)	26,5% (24,7-28,5)	70,4% (68,4-72,3)		1,17 (1,12-1,22)
Escolaridade (anos)					
0-8	2,5% (1,9-3,3)	27,6% (26,0-29,3)	69,9% (68,1-71,5)		1,11 (1,06-1,16)
9-11	6,0% (5,1-7,0)	31,5% (29,7-33,4)	62,5% (60,6-64,4)	p<0,0001	0,99 (0,95-1,04)
12 ou mais	5,1% (4,1-6,4)	31,8% (29,4-34,2)	63,1% (60,6-65,6)		Ref.
Região de Moradia					
Centro-Oeste	5,0% (4,3-6,3)	33,5% (31,1-36,0)	61,5% (58,9-64,1)		0,94 (0,88-1,00)
Norte	4,7% (3,4-6,4)	36,6% (34,1-39,1)	58,8% (55,8-61,7)		0,95 (0,90-1,00)
Nordeste	4,0% (3,3-4,9)	30,3% (28,5-32,1)	65,7% (63,7-67,6)	p<0,0001	1,01 (0,97-1,06)
Sudeste	5,2% (4,3-6,3)	30,3% (28,1-32,5)	64,6% (62,3-66,8)		Ref.
Sul	3,4% (2,5-4,5)	24,3% (21,9-27,0)	72,3% (69,5-75,0)		1,09 (1,03-1,16)
Zona de Moradia					
Urbana	4,7% (4,2-5,3)	29,6% (28,3-30,8)	65,8% (64,4-67,1)		Ref.
Rural	3,6% (2,4-5,3)	34,6% (31,8-37,4)	61,9% (58,9-64,8)	p=0,009	0,94 (0,89-0,99)
Cor da pele/raça					
Branca	4,6% (3,9-5,4)	29,6% (27,9-31,5)	65,8% (63,8-67,7)		Ref.
Preta/Parda	4,5% (3,8-5,3)	30,6% (29,2-32,1)	64,9% (63,3-66,3)	p=0,942	0,99 (0,96-1,03)
Outros ^a	5,1% (2,0-12,0)	30,8% (21,5-41,8)	64,2% (53,5-73,7)		1,02 (0,90-1,16)
Estado Civil					
Com Companheiro	4,4% (3,8-5,2)	31,4% (29,7-33,1)	64,2% (62,4-65,9)		Ref.
Sem Companheiro	4,6% (3,9-5,4)	29,4% (28,0-30,9)	66,0% (64,5-67,4)	p=0,203	1,06 (1,02-1,10)
TOTAL	4,5% (4,1-5,1)	30,2% (29,1-31,4)	65,3% (64,1-66,5)		

^aOutros: Amarela, Indígena; ^bQui-Quadrado de *Pearson*; ^cEstimativas populacionais; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência.

5.3. Acesso e utilização dos serviços de saúde e os fatores de risco comportamentais para DCNT

Em relação ao consumo insuficiente de FLV, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$). Em contrapartida, para a inatividade física no lazer, observou-se maiores prevalências entre as mulheres que tiveram consulta de saúde da mulher remota (há mais de três anos ou que nunca tiveram

uma consulta na vida) e que não possuíam plano de saúde ($p < 0,0001$) (Tabela 5 e Figura 3).

O consumo insuficiente de FLV não se associou às características de acesso. Em contrapartida a inatividade física se associou a todas as características de acesso e utilização dos serviços de saúde. A análise não ajustada, no que se refere à inatividade física, observa-se que mulheres que tiveram consulta pelo sistema privado, seja recente ou remota, apresentam menores razões de prevalência para inatividade física (RP: 0,83 IC95% 0,80-0,87; RP: 0,90 IC95% 0,82-0,98). Em compensação, mulheres que tiveram consulta de saúde da mulher remota no serviço público apresentaram maiores razões de prevalência para inatividade física (RP: 1,05 IC95% 1,01-1,09) (Tabela 5).

No que diz respeito ao consumo de álcool, maiores prevalências foram observadas entre as mulheres que relataram consulta de saúde da mulher recente e que possuíam plano de saúde ($p < 0,05$). O tabagismo anterior também foi maior entre as mulheres com consulta recente e sem plano de saúde, enquanto o tabagismo atual foi maior nas mulheres que relataram consulta remota e não possuíam plano de saúde ($p < 0,0001$) (Tabela 6 e Figura 3).

O consumo de álcool e o tabagismo atual e anterior se associaram a todas as características de acesso e utilização dos serviços de saúde, com exceção do Papanicolau. À análise não ajustada mostrou que, mulheres com consulta de saúde da mulher recente pelo sistema privado apresentaram maiores razões de prevalência para consumo de álcool (RP: 1,43 IC95% 1,33-1,54), enquanto mulheres que tiveram consulta de saúde da mulher remota pelo serviço público apresentaram menores razões de prevalência para o consumo de álcool (RP: 0,85 IC95% 0,78-0,93). No que se refere ao tabagismo atual e anterior, observa-se que, independentemente do acesso, sendo ele recente ou remoto, realizado no serviço público ou privado, as mulheres apresentam menores razões de prevalência para o tabagismo (RP: 0,70 IC95% 0,65-0,76; RP: 0,50 IC95% 0,40-0,63; RP: 0,90 IC95% 0,83-0,97) (Tabela 6).

Tabela 5 –Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos),2013.

Acesso e Utilização dos serviços de saúde	FLV insuficiente		Inatividade Física	
	% ^a (IC95%)	RP (IC95%)	% ^a (IC95%)	RP (IC95%)
Papanicolau	p=0,3980		p<0,0001	
<3 anos	89,6% (88,6-90,6)	Ref.	78,1% (76,9-79,3)	Ref.
>3 anos/Nunca fez	88,7% (86,5-90,6)	0,98 (0,96-1,01)	84,0% (82,0-85,9)	1,08 (1,05-1,12)
Plano de Saúde	p=0,5671		p<0,0001	
Sim	89,8% (88,2-91,1)	Ref.	70,5% (68,2-72,7)	Ref.
Não	89,2% (88,1-90,3)	0,99 (0,97-1,01)	83,7% (82,6-84,7)	1,19 (1,15-1,24)
Acesso e Utilização (Público/Privado)	p=0,7820		p<0,0001	
Papa <3anos público	89,4% (88,0-90,6)	Ref.	82,7% (81,4-83,9)	Ref.
Papa <3anos privado	90,0% (88,4-91,3)	1,00 (0,98-1,02)	69,7% (67,1-72,1)	0,83 (0,80-0,87)
Papa >3/NF privado	88,1% (81,6-92,6)	0,98 (0,92-1,05)	75,3% (69,4-80,3)	0,90 (0,82-0,98)
Papa >3/NF público	88,8% (86,4-90,8)	0,99 (0,96-1,02)	85,7% (83,5-87,7)	1,05 (1,01-1,09)
TOTAL	89,0% (88,5-90,3)		79,7% (78,6-80,7)	

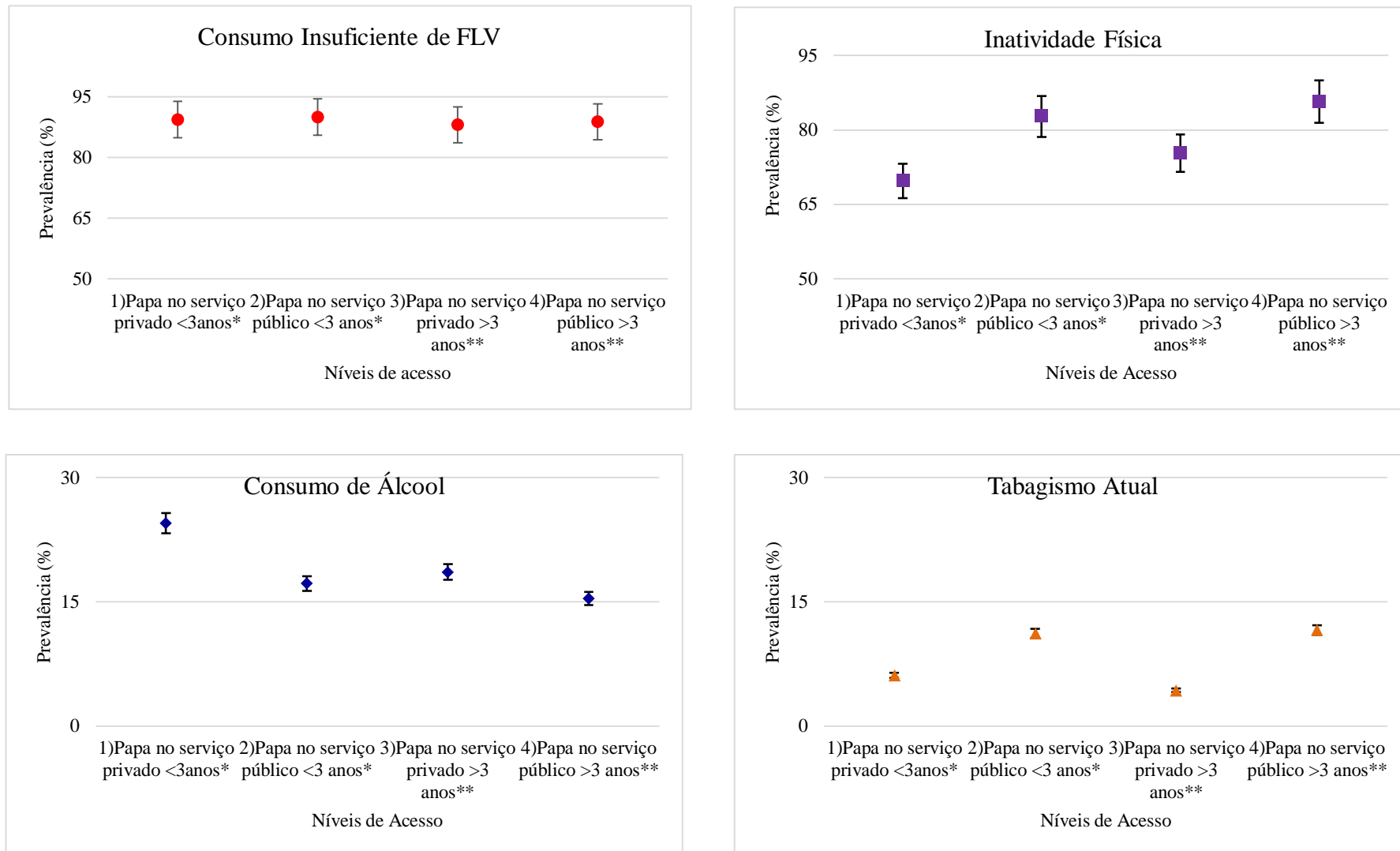
^aEstimativas populacionais; IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de Prevalência não ajustada; ^bQui-Quadrado de *Pearson*;

Tabela 6 –Prevalências e razões de prevalência não ajustadas dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.

Acesso e Utilização dos serviços de saúde	Consumo de Álcool		Tabagismo		Tabagismo Atual e Anterior RP (IC95%)
	% ^a (IC95%)	RP (IC95%)	Tabagista atual % ^a (IC95%)	Ex-tabagista % ^a (IC95%)	
Papanicolau	p=0,0009^b		p<0,0001^b		
<3 anos	19,8% (18,6-21,0)	Ref.	9,4% (8,7-10,2)	11,3% (10,4-12,2)	Ref.
>3 anos/Nunca fez	15,9% (14,2-17,9)	0,78 (0,72-0,84)	10,4% (9,1-11,9)	6,4% (5,4-7,5)	0,93 (0,86-1,00)
Plano de Saúde	p<0,0001^b		p<0,0001^b		
Sim	23,7% (21,6-25,8)	Ref.	5,8% (5,0-6,8)	9,9% (8,6-11,5)	Ref.
Não	16,6% (15,5-17,8)	0,69 (0,64-0,74)	11,3% (10,5-12,2)	10% (9,2-10,8)	1,42 (1,32-1,53)
Acesso e Utilização (Público/Privado)	p<0,0001^b		p<0,0001^b		
Papa <3anos público	17,2% (15,9-18,5)	Ref.	11,2% (10,2-12,2)	11,6% (10,6-12,6)	Ref.
Papa <3anos privado	24,5% (22,4-26,8)	1,43 (1,33-1,54)	6,1% (5,1-7,2)	10,8% (9,3-12,5)	0,70 (0,65-0,76)
Papa >3/NF privado	18,6% (13,6-24,9)	1,04 (0,87-1,26)	4,3% (2,9-6,4)	4,9% (2,7-8,6)	0,50 (0,40-0,63)
Papa >3/NF público	15,4% (13,5-17,5)	0,85 (0,78-0,93)	11,6% (10,1-13,3)	6,7% (5,6-7,9)	0,90 (0,83-0,97)
TOTAL	18,8% (17,7-19,8)		9,7% (9,0-10,3)	10,0% (9,3-10,7)	

^aEstimativas populacionais; ^bQui-Quadrado de *Pearson*; IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de Prevalência não ajustada.

Figura 3 – Prevalência e intervalo de 95% de confiança dos fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.



*Consulta Recente; ** Consulta remota.

5.4. Níveis de acesso das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, de acordo com as características sociodemográficas

No Brasil, em média 73,6% das mulheres tiveram uma consulta de saúde da mulher recente, isto é, utilizaram o serviço de saúde há menos de três anos; destas, quase a metade (47,6%) acessou a consulta por meio do SUS. Enquanto isso, 26,4% das mulheres não tiveram uma consulta há mais de três anos ou nunca a realizaram, ou seja, utilizaram o serviço de saúde remotamente; destas, apenas 4,3% acessavam a consulta por meio do plano de saúde. Em todas as faixas etárias há maiores prevalências de consulta recente pelo serviço público em relação ao serviço privado e o mesmo é observado para as consultas remotas nos serviços de saúde ($p < 0,0001$). Observa-se ainda que a faixa etária de 18-29 anos é a que mais utiliza o serviço público quando comparada às demais faixas etárias (Tabela 7).

Em relação à escolaridade, 62% das mulheres com escolaridade entre 0-8 anos de estudo tiveram consulta de saúde da mulher recente pelo serviço público, ou seja, há menos de três anos, e 26,8% tiveram consulta de saúde da mulher remota pelo serviço público, isto é, há mais de três anos ou nunca a fizeram ($p < 0,0001$), totalizando, aproximadamente, 88% de acesso e utilização do sistema público. No caso da escolaridade intermediária (9-11 anos de estudo), 46,7% das mulheres tiveram consulta de saúde da mulher recente pelo serviço público; enquanto isso, foram observadas prevalências iguais (24,2%) para consultas recentes pelo serviço privado, bem como consultas remotas pelo serviço público ($p < 0,0001$). Em contrapartida, mais de 50% das mulheres com escolaridade de 12 anos ou mais de estudo apresentaram consulta de saúde da mulher recente pelo serviço privado de saúde, ao passo que apenas 26,5% das mulheres com maior escolaridade apresentaram consulta recentemente pelo serviço público ($p < 0,0001$), totalizando apenas 36,5% de acesso e utilização do sistema público para as mulheres com alta escolaridade (Tabela 7).

Em relação às regiões do Brasil, destaca-se que mulheres que residem nas regiões Norte e Nordeste utilizam mais o sistema público de saúde, totalizando cerca de 83% do acesso e utilização; destes, 56,5% e 55,3%, respectivamente, são referentes às consultas recentes, e 27,7% e 28% são referentes às consultas remotas. Mulheres que residem nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentam aproximadamente 50% a 60% do acesso e utilização por meio do serviço público ($p < 0,0001$) (Tabela 7).

No que se refere à zona de moradia, 45,5% das mulheres que residem na zona urbana referiram a realização de consulta pelo serviço público de saúde recentemente,

ao passo que 28,9% das mulheres referiram ter realizado consulta no serviço privado, também recentemente ($p < 0,0001$). Oposto a isso, 62,3% das mulheres da zona rural referiram consulta no serviço público de saúde recentemente; em contrapartida, 30,6% das mulheres da zona rural afirmaram consulta remota pelo serviço de saúde público ($p < 0,0001$), totalizando cerca de 93% de acesso e utilização do SUS para as mulheres da zona rural contra aproximadamente 66,5% de utilização do SUS para as mulheres da zona urbana (Tabela 7).

Mulheres brancas apresentaram quase duas vezes a prevalência de consultas recentes pelo serviço privado quando comparadas às mulheres negras (35,4% e 17,8%, respectivamente). Em contrapartida, as mulheres autodeclaradas pretas ou pardas apresentam aproximadamente 79% de acesso e utilização do serviço público de saúde, sendo que deste total, 52,6% são referentes a consultas recentes e 26,4% são referentes a consultas remotas pelo serviço público de saúde ($p < 0,0001$). Já mulheres brancas apresentam, aproximadamente, 59% de consultas no serviço público de saúde; deste total 41,8% são referentes a consultas recentes e 17,1% são referentes a consultas remotas (Tabela 7).

Em relação ao estado civil, mulheres com companheiro apresentaram quase duas vezes a prevalência de consultas recentes pelo serviço privado quando comparadas às mulheres sem companheiro (36,7% e 19,1%, respectivamente). Em contrapartida, mulheres sem companheiro apresentaram aproximadamente 76% de acesso e utilização do serviço público de saúde; deste total, 47,2% são referentes a consultas recentes e 28,4% são referentes a consultas remotas pelo serviço público de saúde ($p < 0,0001$). Por sua vez, mulheres com companheiro apresentam aproximadamente 60% de consultas no serviço público de saúde, sendo que deste total, 48,2% são referentes a consultas recentes e 12,2% são referentes a consultas remotas (Tabela 7).

Tabela 7 –Prevalência do acesso e utilização dos serviços de saúde, de acordo com as características sociodemográficas das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.

<i>Sociodemográficas</i>	Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde			
	Consulta Recente ^b		Consulta Remota ^c	
	Papa no serviço privado <3anos % (IC95%)	Papa no serviço público <3 anos % (IC95%)	Papa no serviço privado >3 anos % (IC95%)	Papa no serviço público >3 anos % (IC95%)
Faixa Etária	p<0,0001^d			
18-29	18,4% (16,8-20,1)	41,3% (39,3-43,3)	7,3% (6,3-8,5)	33,0% (31,1-35,0)
30-39	30,3% (28,4-32,4)	51,3% (49,2-53,3)	2,4% (1,8-3,2)	16,0% (14,6-17,6)
40-49	30,8% (28,7-33,0)	51,7% (49,4-53,9)	2,7% (2,0-3,6)	14,9% (13,5-16,4)
Escolaridade (anos)	p<0,0001^d			
0 a 8	9,5% (8,4-10,7)	62,0% (60,0-63,9)	1,7% (1,2-2,4)	26,8% (25,1-28,6)
9 a 11	24,2% (22,4-26,1)	46,7% (44,7-48,7)	4,9% (4,1-5,8)	24,2% (22,5-26,1)
12 ou mais	55,6% (52,9-58,3)	26,5% (24,5-28,7)	7,5% (6,0-9,3)	10,4% (9,0-12,0)
Região de Moradia	p<0,0001^d			
Centro-Oeste	27,7% (25,2-30,3)	48,4% (45,8-50,9)	4,1% (3,2-5,3)	19,9% (17,7-22,2)
Norte	12,9% (11,3-14,9)	56,5% (53,7-59,3)	2,9% (2,0-4,0)	27,7% (25,1-30,6)
Nordeste	13,8% (12,4-15,3)	55,3% (53,0-57,5)	2,9% (2,1-3,9)	28,0% (26,1-30,1)
Sudeste	34,8% (32,5-37,2)	40,1% (37,8-42,5)	5,8% (4,7-7,0)	19,3% (17,5-21,3)
Sul	30,3% (27,3-33,5)	49,4% (46,4-52,5)	3,9% (2,9-5,1)	16,4% (14,3-18,8)
Zona de Moradia	p<0,0001^d			
Urbana	28,9% (27,6-30,3)	45,5% (44,1-46,9)	4,8% (4,2-5,5)	20,8% (19,7-22,0)
Rural	6,1% (4,7-8,1)	62,3% (59,1-65,3)	1,0% (0,6-1,7)	30,6% (27,5-33,9)
Cor da pele/raça	p<0,0001^d			
Branca	35,4% (33,5-37,4)	41,8% (39,9-43,7)	5,7% (4,8-6,7)	17,1% (15,8-18,6)
Preta/Parda	17,8% (16,6-19,1)	52,6% (50,9-54,3)	3,2% (2,6-3,8)	26,4% (24,9-28,1)
Outros ^a	28,9% (20,2-39,5)	48,4% (38,6-58,2)	5,0% (1,9-12,7)	17,8% (10,2-29,1)
Estado Civil	p<0,0001^d			
Com Companheiro	36,7% (34,8-38,7)	48,2% (46,2-50,2)	2,9% (2,3-3,6)	12,2% (11,1-13,4)
Sem Companheiro	19,1% (17,8-20,4)	47,2% (46,6-48,8)	5,3% (4,5-6,1)	28,4% (26,9-30,0)
TOTAL	26% (24,8-27,2)	47,6% (46,3-48,9)	4,3% (3,8-4,9)	22,1% (21,0-23,2)

^aOutros: Amarela, Indígena; ^bRecente: Consulta aos serviços de saúde há menos de três anos; ^cRemoto: Consulta aos serviços de saúde há mais de três anos ou nunca ter realizado uma consulta; ^dQui-Quadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

5.5. Acesso e utilização dos serviços de saúde e a coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT

Em relação à coocorrência dos fatores de risco comportamentais para DCNT, observou-se que, em média, 4,5% das mulheres brasileiras apresentaram um estilo de vida saudável, ou seja, consumo suficiente de frutas, verduras e legumes, não consumo de álcool, não uso de tabaco e prática suficiente de atividade física no lazer. Essas

prevalências foram maiores (4,8%) nas mulheres que relataram realização de consulta remota ($p=0,007$), não havendo diferenças dessas prevalências de acordo com o plano de saúde ($p=0,135$) (Tabela 8).

Para a coocorrência de dois ou mais fatores de risco comportamentais, 65,3% das mulheres apresentavam acúmulo de fatores de risco, sendo as maiores prevalências encontradas nas mulheres que relataram consulta recente ($p=0,007$) e não havendo diferenças dessas prevalências segundo plano de saúde ($p=0,135$) (Tabela 8). Na análise não ajustada, mulheres que realizaram consulta de saúde da mulher remota tiveram menores razões de prevalência para o acúmulo de fatores de risco comportamentais (RP: 0,94 IC95% 0,91-0,97). Em relação ao plano de saúde, não foram observadas diferenças significativas entre as razões de prevalência para o acúmulo de fatores de risco comportamentais (Tabela 8).

Observou-se que as maiores prevalências de estilo de vida saudável (6,1%) foram apresentadas pelas mulheres que referiram ter realizado consulta de saúde da mulher remota pelo serviço privado de saúde. Outrossim, a presença de apenas um comportamento negativo em saúde foi mais prevalente (34,1%) dentre as mulheres que apresentaram consulta de saúde da mulher remota pelo serviço privado de saúde ($p=0,016$). Em compensação, o acúmulo de dois ou mais fatores de risco comportamentais foi mais prevalente (67,2%) dentre as mulheres que referiram ter realizado consulta de saúde da mulher recentemente pelo serviço público de saúde ($p=0,016$) (Tabela 8).

Tabela 8 –Prevalência e razões de prevalência não ajustadas de coocorrência fatores de risco comportamentais para DCNT, de acordo com as características de acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.

Acesso e Utilização dos serviços de Saúde	Soma de Fatores de Risco Comportamentais			Valor-p ^b	0-1 vs. 2 ou mais RP(IC95%)
	0 % ^a (IC95%)	1 % ^a (IC95%)	2 ou mais % ^a (IC95%)		
Papanicolau					
<3 anos	4,5% (3,9-5,1)	29,1% (27,8-30,4)	66,5% (65,1-67,8)	$p=0,007$	Ref. 0,94 (0,91-0,98)
>3 anos/Nunca fez	4,8% (3,7-6,3)	33,3% (31,1-35,5)	61,9% (59,6-64,2)		
Plano de Saúde					
Sim	5,3% (4,5-6,4)	30,3% (28,2-32,6)	64,3% (62,0-66,6)	$p=0,135$	Ref. 1,03 (0,99-1,07)
Não	4,2% (3,6-4,9)	30,1% (28,9-31,4)	65,7% (64,3-67,0)		
Acesso e Utilização					

(Público/Privado)

Papa <3anos público	4,0% (3,4-4,8)	28,7% (27,3-30,2)	67,2% (65,7-68,7)	p=0,016	Ref.
Papa <3anos privado	5,2% (4,3-6,3)	29,7% (27,4-32,2)	65,1% (62,6-67,5)		0,97 (0,94-1,00)
Papa >3/NF privado	6,1% (4,0-9,4)	34,1% (28,4-40,3)	59,8% (53,7-65,6)		0,93 (0,87-0,99)
Papa >3/NF público	4,6% (3,3-6,3)	33,1% (30,8-35,5)	62,3% (59,8-64,8)		0,97 (0,95-1,00)
TOTAL	4,5% (4,1-5,1)	30,2% (29,1-31,4)	65,3% (64,1-66,5)		

^aEstimativas populacionais; IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de Prevalência não ajustada; ^bQui-Quadrado de *Pearson*.

5.6. Ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais e a autoavaliação do estado de saúde das mulheres

Buscando analisar a saúde dessas mulheres sob uma ótica mais ampliada, analisou-se a autoavaliação do estado de saúde de acordo com os fatores de risco comportamentais. Em média, 71,2% das mulheres brasileiras autoavaliaram sua saúde positivamente, ou seja, muito boa ou boa, enquanto 28,8% autoavaliaram sua saúde negativamente, isto é, regular, ruim ou muito ruim. Para todos os fatores de risco comportamentais observou-se altas prevalências de autoavaliação de saúde muito boa/boa (Tabela 9).

No entanto, observa-se uma autoavaliação negativa mais frequente entre as mulheres que são inativas (30,8%) e as tabagistas (38,4%) (Tabela 9). Por outro lado, mulheres com consumo insuficiente de FLV e que fazem consumo de álcool tem menores prevalências de autoavaliação ruim de saúde (27,5% e 22,4%, respectivamente).

Os fatores de risco comportamentais associaram-se à autoavaliação do estado de saúde. A análise não ajustada mostrou que mulheres com consumo insuficiente de FLV e consumo de álcool tiveram 0,89 (IC95 0,82-0,95) e 0,74 (IC95: 0,66-0,82) vezes, respectivamente, a razão de prevalência de autoavaliarem sua saúde negativamente em relação àquelas que possuem consumo suficiente de FLV e não consumiam álcool. (Tabela 9). Em contrapartida, mulheres inativas e tabagistas tiveram 1,46 (IC95 1,29-1,65) e 1,44 (IC95: 1,34-1,56) vezes, respectivamente, a prevalência de perceberem sua saúde negativamente, quando comparadas àquelas fisicamente ativas e não tabagistas (Tabela 9).

Quanto à coocorrência dos fatores de risco comportamentais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a autoavaliação de saúde das mulheres, de acordo com o número de fatores de risco (p=0,075). Isto é, mulheres que possuem acúmulos de fatores de risco comportamentais, ou seja, dois ou mais,

autoavaliam sua saúde positivamente tanto quanto mulheres que possuem um estilo de vida saudável (70,4% e 76,2% respectivamente) (Tabela 9).

Tabela 9 –Prevalências e razões de prevalências não ajustadas de autoavaliação do estado de saúde, de acordo com a ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (18-49 anos), 2013.

Fatores de risco Comportamentais	Percepção do estado de saúde		Valor-p ^c	RP ^a (IC95%)
	Positiva % ^b (IC95%)	Negativa % ^b (IC95%)		
Consumo Insuficiente de FLV	72,5% (71,1-73,8)	27,5% (26,2-28,9)	p=0,001	0,89 (0,82-0,95)
Inatividade Física no lazer	69,2% (67,9-70,5)	30,8% (29,5-32,1)	p<0,0001	1,46 (1,29-1,65)
Consumo de Álcool	77,6% (75,2-79,8)	22,4% (20,2-24,8)	p<0,0001	0,74 (0,66-0,82)
Tabagismo	61,6% (59,0-64,2)	38,4% (35,8-41,0)	p<0,0001	1,44 (1,34-1,56)
<i>Coocorrência dos Fatores de risco Comportamentais</i>				
0	76,2% (70,2-81,2)	23,8% (18,9-29,8)		Ref.
1	72,1% (70,2-74,0)	27,9% (26,0-29,8)	p=0,075	1,17 (0,92-1,48)
2 ou mais	70,4% (69,0-71,8)	29,6% (28,2-31,0)		1,24 (0,98-1,56)
TOTAL	71,2% (70,0-72,3)	28,8% (27,7-30,0)		

^aCategoria de referência: Autoavaliação de saúde Positiva; ^bEstimativas populacionais; ^cQui-Quadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de 95% de Confiança; RP: Razão de prevalência não ajustada.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram alta prevalência da ocorrência e coocorrência de fatores de risco comportamentais para DCNT dentre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Ademais, foram observadas características sociodemográficas e de acesso e utilização dos serviços de saúde associados à maior ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais. Mulheres com maior escolaridade (12 ou mais), residentes na região Sul e que viviam na zona urbana tiveram maiores prevalências de consumo insuficiente de FLV e consumo de álcool. Em contrapartida, mulheres mais velhas (40-49 anos) e com menor escolaridade tiveram maiores prevalências de inatividade física e tabagismo atual e anterior. Em relação à coocorrência dos fatores de risco comportamentais, observou-se que mais da metade das mulheres (65,3%) apresentaram acúmulo dos mesmos (dois ou mais fatores de risco), sendo mais prevalente entre as mais velhas (40-49 anos), menos escolarizadas (0-8 anos), residentes na região Sul e vivendo em zona urbana.

Em relação ao acesso, observou-se que mulheres com menor acesso tiveram menor prevalência de consumo de álcool. Essas mesmas mulheres apresentaram maior ocorrência de inatividade física. Quanto ao tabagismo, notaram-se menores razões de prevalência para as mulheres, independente do acesso. No que se refere à coocorrência de acordo com o acesso, o acúmulo de fatores de risco comportamentais foi mais prevalente entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva que eram assistidas pelo SUS e com consulta recente. Por fim, notou-se alta prevalência de autoavaliação positiva de saúde entre as mulheres, mesmo com a presença dos fatores de risco comportamentais. Mulheres fisicamente inativas e tabagistas apresentaram maiores prevalências de autoavaliação de saúde negativa, enquanto mulheres com consumo insuficiente de FLV e consumo de álcool apresentaram menores prevalências de autoavaliação de saúde negativa.

6.1. Análise da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais, de acordo com as características sociodemográficas

Uma dieta pobre em frutas, verduras e legumes entre as mulheres com menores condições socioeconômicas (9-11 anos de estudo, residentes na região Nordeste) poderia ser explicada pelo fato de que, com a menor escolaridade e conseqüente menor renda, associado à maior urbanização populacional, dietas mais energéticas e calóricas

são escolhidas, em detrimento às dietas ricas em grãos, fibras e outros componentes mais saudáveis. Isto é, existe um consumo de alimentos de baixa qualidade, principalmente pelas pessoas de baixa renda (DREWNOWSKI, 2000). Esse achado foi encontrado em outros estudos de base populacional que incluíam homens e mulheres (MORATOYA *et al.*, 2013) e em estudos com população local de adultos brasileiros (PINHO *et al.*, 2012), mostrando que, nossos achados acompanham o panorama encontrado para populações em geral. Além disso, alguns autores afirmam que ter uma escolaridade menor pode acabar limitando a quantidade de alimentos para o consumo (DREWNOWSKI, 2000; MORATOYA *et al.*, 2013; PINHO *et al.*, 2012).

Contudo, a pior qualidade da dieta vem sendo atribuída também a outros fatores. O ambiente, por exemplo, tem sido descrito como forte componente para a piora do padrão de consumo alimentar, visto que alguns ambientes podem conter maior disponibilidade e acessibilidade a alimentos mais energéticos e calóricos, bem como maior *marketing* e comercialização desse tipo de alimento em detrimento a uma alimentação mais saudável (GBD, 2017). Além disso, tais locais, no geral, também contam com menores espaços para prática de atividade física, decorrente do processo de urbanização e outras mudanças ambientais envolvidas (GBD, 2017).

Outrossim, estudo realizado com mulheres que exerciam trabalho remunerado em uma cidade do interior de Minas Gerais apontou que 63,9% das mulheres afirmaram hábitos alimentares alterados por conta do trabalho remunerado (LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012). Esses achados corroboram os de outros estudos com mulheres descritos na literatura (SCHLINDWEIN; KASSOUF, 2007; ROMBALDI *et al.*, 2014). Vale destacar que o alto consumo de refeições ultraprocessadas acarreta elevados riscos à saúde, desencadeando agravos e doenças, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, dentre outras (SCHLINDWEIN; KASSOUF, 2007).

No que se refere ao consumo de álcool, estudos realizados com a população em geral, e também com mulheres, têm demonstrado associação positiva entre a escolaridade e álcool (MACHADO *et al.*, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2014; SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016). Tal fato pode ser justificado pelo maior poder de compras nesta população, bem como maior disponibilidade financeira para o consumo de álcool, uma vez que estudos mostram que maior escolaridade em geral está associada à maior renda (CIBEIRA *et al.*, 2013). Além disso, tem-se o fácil acesso ao álcool no país e o efeito social do álcool, que está relacionado ao status social e a menores restrições

sociais (MACHADO *et al.*, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2014; SILVA; OLIVEIRA E SOUZA, 2016).

Vale ressaltar que a aceitação social do álcool acarreta o aumento de seu uso por parte das mulheres, contudo esse hábito apresenta vários danos à sua saúde. Devido a mecanismos biológicos como menor volume corporal de água e diferenças na metabolização do álcool, as mulheres, mesmo que consumam a mesma quantidade de álcool que os homens, apresentaram maiores níveis sanguíneos de álcool e (BARAONA *et al.*, 2001), por consequência, estão mais facilmente vulneráveis aos transtornos ocasionados pelo seu consumo (OPAS, 2015).

Neste estudo, mulheres entre 18-29 anos apresentaram maiores prevalências de consumo de álcool, corroborando achados de outros estudos anteriores que incluíam adultos brasileiros (MACHADO *et al.*, 2017; MOURA; MALTA, 2011) e estudantes universitárias de 18-25 anos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (HEREDIA *et al.*, 2017). Isso pode ser justificado pelo maior incentivo social ao consumo de álcool entre as faixas etárias mais jovens, associado às inúmeras estratégias de *marketing* voltadas a esse público específico (ANDERSON *et al.*, 2009). Além disso, estudo realizado com escolares brasileiros de ambos os sexos (MALTA *et al.*, 2014) mostram que o consumo de álcool tem sido cada vez mais precoce entre as meninas, com início entre 12 e 13 anos, e que elas têm consumido mais álcool em relação aos meninos, o que pode acarretar agravos em saúde cada vez mais precoces à essa população.

Com relação ao estado civil, estudos mostraram que mulheres sem companheiro apresentaram maior prevalência de consumo de álcool e também consumo episódico excessivo (MACHADO *et al.*, 2017; SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016). Neste estudo, encontrou-se associação positiva entre o consumo de álcool e as mulheres sem companheiro, corroborando achados da literatura (MACHADO *et al.*, 2017; SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016).

A partir das mudanças no papel social da mulher principalmente no cenário atual, por exemplo, sua inserção no mercado de trabalho, as mulheres começaram uma busca por maior liberdade e independência, principalmente no que se refere à liberdade de ação e tomada de decisões. Tal redefinição em sua identidade social de gênero, fez com que a mesma adquirisse comportamentos negativos em saúde que já eram praticados por homens, trazendo consequências (WOLLE *et al.*, 2011).

Por outro lado, esse achado pode elucidar uma questão de gênero importante, uma vez que outros estudos de base populacional com adultos brasileiros (MOURA;

MALTA, 2011; MACHADO *et al.*, 2017), revisão sistemática da literatura (SILVEIRA *et al.*, 2008) e um estudo com mulheres residentes na capital mineira (MACHADO *et al.*, 2013) ainda apresentam o fato de não possuir companheiro como fator de risco para o uso do álcool entre as mulheres.

Contrariamente ao consumo insuficiente de FLV e bebidas alcoólicas, observou-se que mulheres com características socioeconômicas desfavoráveis, como mais velhas (40-49 anos) e, menos escolarizadas (0-8 anos e 9-11 anos de estudo), apresentaram maiores prevalências de inatividade física e tabagismo. Vale destacar que a prevalência de inatividade física nesta população de mulheres é muito alta, aproximadamente 80%, independentemente das características sociodemográficas. Contudo, em determinados grupos, o cenário pode ser ainda mais preocupante.

A associação entre inatividade física no lazer e características sociodemográficas encontradas neste estudo confirmam outros resultados de estudos realizados no Brasil com mulheres residentes na capital baiana (NASCIMENTO *et al.*, 2017b), estudo de base populacional com mulheres em idade reprodutiva (MPOFU *et al.*, 2016), bem como em estudos com população de adultos brasileiros (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011; PITANGA *et al.*, 2014) e no âmbito internacional (DING *et al.*, 2016), reforçando as altas prevalências dos fatores de risco comportamentais a nível global.

Mulheres com maior idade e menor escolaridade apresentaram maiores prevalências de inatividade física no lazer (NASCIMENTO *et al.*, 2017b). Uma hipótese que justificaria tal achado é que mulheres com menor nível socioeconômico em geral tendem a deter menos compreensão e entendimento acerca de hábitos saudáveis, menor tempo disponível para realizar os níveis de atividade física recomendada e piores oportunidades para atividades recreativas, sendo estes alguns dos empecilhos para a prática de atividade física em países como o Brasil (NASCIMENTO *et al.*, 2017b; DEL DUCA *et al.*, 2015).

Em geral, mais anos de estudo está mais frequentemente associado a um maior poder aquisitivo e alta renda. Ademais, a escolaridade elevada proporciona maior capacidade crítica reflexiva de julgamento acerca dos benefícios da atividade física na promoção de saúde (ENES; NICCI, 2017). Assim, observa-se que níveis maiores de escolaridade estão positivamente associados a conjunturas sociais mais favorecidas e com maiores recursos disponíveis, propiciando locais adequados e benéficos para a prática de atividade física (ENES; NUCCI, 2017).

Além disso, estudo canadense realizado com cerca de 3.000 mulheres constatou influência do ambiente associada à inatividade física. Mulheres que residiam em locais com mais comércios apresentavam maiores chances de serem ativas, bem como melhor percepção de segurança geral. Contrariamente, mulheres que residiam em locais próximos a comércios alimentícios apresentavam maior chance de inatividade física (PRINCE *et al.*, 2011).

Outro possível argumento seria a associação entre trabalho e inatividade física no lazer. Estudo realizado por Martins e colaboradores (2009) apontou maior prevalência de inatividade física associada a mulheres com menor escolaridade, que trabalhavam, dentre outras características. Essa associação pode ser explicada pela jornada de trabalho diminuir significativamente o tempo disponível para o lazer, caracterizando-se como fator dificultador da prática de atividade física (MARTINS *et al.*, 2009).

Em relação ao tabaco, estudos prévios já demonstraram associação entre tabagismo e baixa escolaridade (SCARINCI *et al.*, 2012; SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016; COSTA *et al.*, 2017). Estudos realizados a nível populacional, utilizando dados do VIGITEL, bem como estudos locais realizados no estado do Paraná, apontaram que mulheres com baixa escolaridade tinham maior probabilidade de serem fumantes em relação àquelas com curso superior, mesmo que este não fosse completo (SCARINCI *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2009).

A associação entre maiores prevalências de tabagismo e baixa escolaridade tem sido demonstrada de forma substancial em diferentes países do mundo. A exemplo, tem-se a Rússia, que apresentou incremento da prevalência de tabaco entre mulheres com menor nível de escolaridade (PERLMAN *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009). Nos Estados Unidos, homens e mulheres de um estudo, que afirmaram nunca fumar, revelaram que isso se devia ao fato de possuírem maiores conhecimentos acerca das consequências do tabaco à saúde (YOUSSEF; ABOU-KHATWA; FOUAD, 2003), reforçando a relação entre escolaridade e tabagismo.

Outrossim, a relação entre estado civil e tabagismo também foi documentada na literatura, corroborando nossos achados. Estudos evidenciam que mulheres solteiras ou divorciadas, ou seja, sem companheiro, tendem a ter maiores prevalências de tabagismo, quando comparadas àquelas que vivem com companheiro, sendo estas casadas ou em união estável (LINDSTRÖM, 2010; COSTA *et al.*, 2017). Algumas hipóteses são pensadas para explicar a relação entre o estado civil e o tabagismo. Estudos consideram

que, quando se tem um companheiro, a cessação do tabagismo é mais fácil, uma vez que se tem maior apoio social e ajuda ao longo do tratamento. Em contrapartida, mulheres solteiras têm maior resistência a buscar e realizar até o fim o tratamento proposto, bem como apresentam maiores chances de recaídas (MARTINELLI *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2017).

Vale destacar também que, assim como para o consumo de álcool, devido às questões sociais de gênero, acarretadas pela mudança do papel da mulher em sociedade, que conferiu à mesma maior liberdade e independência (WOLLE *et al.*, 2011), as mulheres sem companheiro podem possuir maior autonomia para manterem este comportamento. Contudo, ainda existe a questão de gênero que permeiam as relações conjugais, a cessação do tabagismo, bem como a do álcool, pode vir por imposição ou exigência do companheiro, bem como diminuição da autonomia e liberdade de escolha da mulher por parte do parceiro.

Em relação à região, encontramos que mulheres que residiam no Sul apresentam maiores prevalências de tabagismo. Esse achado é corroborado por estudo prévio realizado por Scarinci e colaboradores (2012) e Azevedo e Silva e colaboradores (2009), que encontraram maiores prevalências de tabagismo nessa mesma região do Brasil. Esse achado pode ser justificado devido ao fato de o Sul ser responsável por 95% da produção do tabaco no país, logo, isso pode interferir no comportamento das mulheres que lá vivem em relação ao tabagismo devido à maior disponibilidade desse produto na região (SILVA *et al.*, 2009; SCARINCI *et al.*, 2012).

Outro resultado alarmante do presente estudo foi à alta prevalência de coocorrência dos fatores de risco comportamentais entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Mais da metade das mulheres apresentavam dois ou mais fatores de risco comportamentais para DCNT, independente das características sociodemográficas. Ademais, observou-se um pior cenário entre as mulheres mais velhas (40-49 anos), menos escolarizadas (0-8 anos de estudo), residentes na região Sul e que viviam na zona urbana. Estudos internacionais também documentaram altas prevalências de acúmulo de fatores de risco na população geral (LINARDAKIS *et al.*, 2013; LINARDAKIS *et al.*, 2014), evidenciando um cenário preocupante no Brasil e no mundo, uma vez que a literatura aponta maior risco para o desenvolvimento de DCNT a partir de dois fatores de risco (LINARDAKIS *et al.*, 2013; LINARDAKIS *et al.*, 2014). Contudo, ainda poucos estudos têm se preocupado com a relação do acúmulo dos fatores de risco comportamentais e seus efeitos na população de mulheres e, principalmente, nas

mulheres em idade reprodutiva, uma faixa etária jovem que pode apresentar agravos precoces em sua saúde, bem como complicações no caso de uma possível gestação.

Estudo desenvolvido na Europa também apresentou altas prevalências de acúmulo de fatores de risco em adultos residentes na Bélgica. Os autores concluíram que os fatores estavam associados a maiores prevalências de saúde física e mental ruim, especialmente entre as mulheres (LINARDARKIS *et al.* 2014; LINARDAKIS *et al.*, 2015). No Brasil, estudo conduzido com trabalhadores de ambos os sexos do estado de São Paulo evidenciou que as mulheres apresentaram maiores prevalências de acúmulo de fatores de risco, bem como maiores proporções de circunferência da cintura acima dos níveis recomendados (AUDI *et al.*, 2016), o que poderia já ser reflexo dos comportamentos negativos com a saúde.

Vale ressaltar que os fatores de risco comportamentais apresentam efeito sinérgico na saúde das mulheres. Alguns comportamentos agrupam-se a outros, porém ainda há lacunas na literatura em relação a tais agrupamentos (DUMITH *et al.*, 2012; POORTINGA, 2007), principalmente entre as mulheres. Pensando na cadeia causal, os fatores de risco comportamentais afetariam diretamente os fatores de risco metabólicos, acarretando maiores prejuízos à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2011). Por exemplo, uma dieta inadequada, rica em alimentos não saudáveis em consonância com a inatividade física são causas diretas para o sobrepeso e a obesidade, que têm aumentado significativamente na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva (ARAÚJO *et al.*, 2019 – no prelo). Outro exemplo: tem-se o agrupamento entre o consumo de álcool e do tabaco fortemente evidenciado no estudo com mulheres do interior de Minas Gerais (SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016). O consumo de ambas as substâncias, além de aumentarem os riscos para o desenvolvimento de hipertensão (RIBEIRO *et al.*, 2016), são responsáveis por milhares de mortes e incapacidades (PETERS *et al.*, 2016).

Conforme descrito em literatura, em geral, piores condições de estilo vida estão diretamente associadas a algumas características sociodemográficas, como renda, escolaridade, dentre outros (ENES; NUCCI, 2017). Além disso, as diferenças dos estilos de vida causadas pelas disparidades sociodemográficas são ainda maiores nos países de baixa e média renda (ENES; NUCCI, 2017), como o Brasil.

Estudos prévios com a população em geral constaram que indivíduos que apresentam níveis socioeconômicos inferiores são mais predispostos a acumularem comportamentos negativos de saúde que acentuam o risco de DCNT, além de estarem

menos predispostos a adotarem comportamentos saudáveis que reduziriam o risco de DCNT (DUARTE; BERNAL; MALTA, 2013; ISER *et al.*, 2011). Em contrapartida, indivíduos com maior nível socioeconômico são mais predispostos a aderir de forma mais rigorosa e duradoura estilos de vida mais saudáveis, visto que possuem maior disponibilidade de recursos financeiros, acesso, dentre outros (BARROS, 2008; ENES; NUCCI 2017). Além disso, há maior possibilidade de conversão de hábitos negativos em positivos (BARROS, 2008; ENES; NUCCI 2017).

As questões de gênero também se consolidam como agravantes para a adoção e acúmulo de comportamentos negativos na saúde das mulheres. Muitas vezes, o acúmulo os fatores de risco comportamentais tem sua gênese devido à mudança de papel social da mulher e sua inserção no mercado de trabalho, que pode acarretar piora na dieta, uma vez que dá-se preferência ao consumo de refeições pré-cozidas e *fast-foods* (POPKIN, 2006; SCHLINDWEIN; KASSOUF, 2007); o aumento do ensejo para beber (MACHADO *et al.*, 2013), devido a ampliação das redes sociais das mulheres, ocasionando maior busca por entretenimento e influenciando o consumo de álcool (SILVA; OLIVEIRA; SOUZA, 2016); a tripla jornada de trabalho que faz com que as mulheres despendam mais esforços físicos no ambiente domiciliar em detrimento da atividade física no lazer (DEL DUCA *et al.*, 2015).

Outrossim, ainda devido a diferenças de gênero, por vezes a assistência às mulheres fica comprometida por ser enquadrada em políticas e programas específicos relacionados às demandas ginecológicas e obstétricas (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; RISBERG; JOHANSSON; HAMBERG, 2009). Estudos internacionais (BONITA, BEAGLEHOLE, 2014; FERRAZ; KRAICZYK, 2010; AGGARWAL *et al.*, 2018) tem documentado amplamente a invisibilidade das mulheres para um atendimento mais integral com uma ótica ampliada (FRIGO *et al.*, 2016) e voltada para prevenção e controle de agravos, bem como para a promoção de saúde, acarretando desigualdades no atendimento em saúde (AGGARWAL *et al.*, 2018), e, em particular, à essa população específica.

Tal limitação no atendimento às mulheres evidencia uma fragmentação no processo de cuidar (FRIGO *et al.*, 2016) e sugere que ainda há necessidade de melhorias na formação dos profissionais assistentes, uma vez que, mesmo com um processo formativo, principalmente do profissional enfermeiro, voltado ao cuidado integral, crítico e reflexivo (OLIVEIRA, 2017b) tendo como centro a promoção de saúde, na

prática o que se percebe é uma repetição de conceitos e práticas biologicistas e curativistas (XAVIER *et al.*, 2015).

Isto posto, devido à grande associação da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais com o incremento da mortalidade, faz-se necessário enfatizar ações que consigam abordar e prevenir consequências futuras para a saúde pré-concepcional das mulheres. Intervenções como imposição de tarifas sobre o tabaco e seus produtos, álcool e alimentos ultraprocessados, bem como restrições publicitárias na mídia aberta, seriam efetivas e poderiam contribuir para a diminuição da prevalência de alguns fatores, propiciando comportamentos compatíveis com um estilo de vida mais saudável (BEZERRA *et al.*, 2013; ASSUMPCÃO *et al.*, 2016).

Ainda vale ressaltar que a maioria dos estudos realizados é com população adulta, envolvendo homens e mulheres, revelando a escassez de trabalhos voltados às mulheres em idade reprodutiva e os fatores de risco comportamentais para DCNT, dificultando a comparabilidade de nossos resultados e reforçando a necessidade de mais estudos direcionados a essa população específica.

6.2. Análise da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais, de acordo com o acesso

Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres brasileiras em idade reprodutiva, observou-se que a grande maioria das mulheres é atendida pelo serviço público de saúde, corroborando achados da literatura (ANDRADE *et al.*, 2014; SALES; ROCHA; PEDRAZA, 2014). Em relação ao acesso à consulta e Papanicolau, mais de 70% das mulheres tiveram uma consulta de saúde da mulher recentemente, sendo a sua maioria (46,5%) realizada no SUS, enquanto uma parcela menor de mulheres, aproximadamente 27%, não tiveram acesso à consulta e Papanicolau há mais de três anos ou nunca a realizaram.

No que se refere ao plano de saúde, isoladamente, conforme já demonstrado na literatura, além de importante marcador de acesso, essa variável poderia ser utilizada como um marcador ou *proxy* situação socioeconômica, assim como a escolaridade, discutida na seção anterior. Em concordância, no presente estudo, os achados encontrados para os fatores de risco comportamentais de acordo com o plano, foram bem semelhantes ao encontrado para escolaridade. Este estudo evidenciou que todas as mulheres tiveram importantes fatores de risco comportamentais para DCNT,

independentemente do acesso e utilização dos serviços. Além disto, notou-se ainda alta prevalência de coocorrência destes fatores.

Aparentemente, os fatores comportamentais estão de certa forma condicionados ao nível socioeconômico, uma vez que, no grupo com consulta no serviço privado, há maior prevalência de consumo de álcool. Em relação ao grupo com consulta no serviço público, há maior prevalência de inatividade física. Isto poderia sugerir que ter acesso não necessariamente garante a qualidade do atendimento no serviço e poderia apontar que as abordagens preventivas aos fatores de risco comportamentais, bem como as ações de promoção da saúde, não vêm sendo realizada ao longo dos atendimentos, reduzindo a consulta apenas às demandas procedimentais e de rastreio (ROSSETTO *et al.*, 2017). Apenas para o tabaco houve menor prevalência entre ambos os grupos.

A redução do tabagismo em todos os níveis de acesso pode ser atribuída a vários fatores, como o fato de a política antitabaco ser uma política pública destinada a toda população e não apenas a um grupo restrito. Além disso, ressalta-se, principalmente, intervenções de controle ao tabaco contidas em políticas públicas, como a limitação da publicidade e propaganda, a restrição do tabagismo em locais fechados e os impostos sobre os cigarros (BRASIL, 2011).

Em relação ao Papanicolau, não observamos na literatura, sua utilização como marcador de atendimento em saúde e consulta, e sim, apenas como marcador de cobertura de rastreio, dificultando a comparabilidade total de nossos achados, mas apontando uma nova possibilidade de aproximação para avaliar a qualidade da assistência. Assim a utilização do Papanicolau como marcador de atendimento em saúde vem atrelada ao contexto de consulta de saúde da mulher. Isto implicaria em assumir que, durante a consulta, conforme preconizado, além da realização do Papanicolau, haveria oportunidades para momentos de trocas entre profissional e usuária, acolhimento e relações de vínculo (FRIGO *et al.*, 2016), compreendendo a noção de integralidade em saúde para garantir a atenção de qualidade as mulheres.

Sabe-se que a consulta de saúde da mulher tem papel fundamental na promoção da saúde, podendo contribuir diretamente para a redução da morbimortalidade (ROSSETTO *et al.*, 2017). Para o alcance de uma atenção não fragmentada e integral, é necessário que as atividades profissionais englobem não apenas práticas clínicas, mas também atividades educativas e aconselhamento ao usuário. Quando realizadas em conjunto, tais práticas constituem importante estratégia de intervenção acerca dos problemas de saúde que não obrigatoriamente são demandas da usuária (XAVIER *et*

al.,2015). Ou seja, muitas vezes a ida ao serviço de saúde pode se configurar como oportunidade de intervenção nos sinais de alarme que essa mulher apresenta e que futuramente poderão desencadear sintomas e até mesmo agravos evitáveis.

De acordo com Coelho e colaboradores (2009), a integralidade na saúde das mulheres deve ser compreendida como a efetivação de práticas que assegurem o acesso das mulheres a intervenções eficazes, criadas para alcançar as singularidades do ciclo de vida das mulheres e abranger o contexto em que surgem as necessidades em saúde. Nesse sentido, deve-se proporcionar uma assistência ampliada que inclua ações de promoção de saúde e não somente com foco no sistema biológico e reprodutor, abarcando também dimensões culturais, sociais, dentre outros (XAVIER *et al.*, 2015).

No que se refere à coocorrência, de acordo com as características de acesso das mulheres, observou-se maiores prevalências de acúmulo de fatores de risco comportamentais nas mulheres brasileiras em idade reprodutiva que referiram exame Papanicolau recente. Além disso, mulheres que tiveram consulta de saúde da mulher recente pelo serviço público também apresentam maiores prevalências de acúmulo de fatores de risco. Esses achados poderiam apontar uma prática assistencial fragmentada, baseada apenas no cumprimento das demandas dos programas governamentais, bem como a invisibilidade das mulheres para as ações preventivas (AGGARWAL *et al.*, 2018), evidenciando uma assistência limitada e de qualidade não garantida, mesmo para as mulheres que possuem acesso aos serviços. Isto é, ao que tudo indica, a mulher não é vista como alguém que também pode adoecer por outras questões que não sejam as reprodutivas.

De acordo com os preceitos norteadores do SUS, deve-se garantir acesso equitativo a todas as mulheres, independente do seu perfil socioeconômico (ANDRADE *et al.*, 2013). Contudo, diversos estudos no Brasil (SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010; ANDRADE *et al.*, 2013) apontam para desigualdades no acesso aos serviços de saúde, inclusive entre as mulheres (GOES; NASCIMENTO, 2013; BRITO-SILVA *et al.*, 2014). Estas, por sua vez, além de ferir os princípios básicos do SUS e das políticas que operacionalizam suas bases, podem ter efeito sobre o estilo de vida das mulheres e seu estado geral de saúde.

Os achados do presente estudo mostram que, apesar do SUS e da PNAISM proporem em suas diretrizes uma atenção integral às mulheres, os esforços têm sido insuficientes para atender às necessidades das mulheres, muitas vezes valorizando as queixas sexuais e reprodutivas em detrimento de outras dimensões e particularidades da

saúde das mulheres (ROSSETTO *et al.*, 2017; FRIGO *et al.*, 2016), como os fatores de risco comportamentais para o desenvolvimento de DCNT que também são aqueles componentes da avaliação da saúde pré-concepcional.

Em geral, o contexto da consulta de saúde da mulher ocorre em mais de 70% dos casos no âmbito do SUS, e deveria ser norteada pelos princípios básicos de integralidade, universalidade e equidade, assim como pelos preceitos previstos na PNAISM, dando ênfase à integralidade da atenção à mulher na definição do plano de ação (ROSSETTO *et al.*, 2017; BRASIL, 2004). Entretanto, muitas vezes a consulta da saúde da mulher é limitada ao contato entre a mulher e um profissional de saúde que busca contemplar sua abordagem clínica apenas atendendo às demandas previstas pelos programas e políticas de saúde dirigidas às mulheres (FRIGO *et al.*, 2016). Vale destacar ainda que nem sempre os protocolos e programas prioritários propostos pelo governo são de fato as necessidades ou demandas de todas as mulheres (ROSSETTO *et al.*, 2017).

A consulta de saúde da mulher, reduzida apenas a programas governamentais e procedimentos, além de não contemplar as demandas femininas, muitas vezes pode contribuir para o aumento das iatrogenias, bem como restringir a abordagem profissional ao rastreio oportunístico em detrimento do rastreio estratégico e sistematizado, como ocorre nos países desenvolvidos (RIBEIRO *et al.*, 2016; BRITO-SILVA *et al.*, 2014). Tal abordagem não apresenta ganhos à saúde das mulheres, tampouco engloba prevenção de agravos e promoção de saúde, limitando-se a um atendimento em saúde sob a perspectiva de um sistema de cobertura universal (GIOVANELLA *et al.*, 2018) e não sob a ótica do sistema universal de saúde, como é a proposta do SUS.

O sistema de cobertura universal tem como base o princípio da proteção financeira na saúde, ou seja, o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde ocorre por meio de pagamentos diretos quando se utiliza o serviço desejado. Caso o indivíduo não possa pagar pelo serviço, o Estado deve assegurar um pacote de serviços privados aos mesmos (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Ainda, é importante destacar que ter um pacote de serviços privados não garante o uso quando necessário, uma vez que os contratos cobrem intervenções pontuais e sua oferta e acesso oscila a depender da região geográfica e de outros fatores sociodemográficos que influenciam na disponibilidade dos mesmos (GIOVANELLA *et al.*, 2018; HEREDIA *et al.*, 2015), também como demonstrado no presente estudo.

Em contrapartida, o sistema universal de saúde basicamente possui financiamento público por meio de arrecadação de impostos e contribuições sociais e tem como preceito norteador que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde sem restrições baseado em suas necessidades em saúde, aplicando a prerrogativa do direito ao acesso universal como condição básica humana de cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2018). De acordo com Noronha (2013), o que muitas vezes acontece na prática é uma transmutação do direito à saúde universal para o conceito de “cobertura universal”, fragmentando a assistência à saúde e condicionando a mesma a procedimentos e pagamento por serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2018), comprometendo a qualidade da assistência prestada às mulheres.

Vários estudos têm documentado que o acúmulo de fatores de risco comportamentais pode ter efeitos sinérgicos e negativos sobre a saúde (DANAEI *et al.*, 2009; LINARDAKIS *et al.*, 2015; LINARDAKIS *et al.*, 2014), inclusive entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva (ARAÚJO *et al.*, 2019 – no prelo). Por exemplo, a presença do tabagismo acaba agrupando outros comportamentos negativos em saúde, como uso de álcool, dieta pouco saudável, dentre outros, aumentando significativamente o risco de DCNT (MORRIS *et al.*, 2016; POORTINGA, 2007). A elevada coocorrência em grupos populacionais mais jovens, como é o caso da população deste estudo, acarreta maior preocupação com consequência mais precoces, incluindo adoecimento e morte. Ademais, sabe-se que a etiologia dos problemas de saúde são múltiplas e correlacionadas aos contextos sociais, culturais e econômicos das mulheres, extrapolando as vertentes das políticas exclusivamente de saúde, conferindo às mesmas complexidade e acarretando desafios para sua resolução (COELHO *et al.*, 2009).

A consulta de saúde da mulher precisa ser pensada sob uma ótica mais ampliada, para que possa exercer todo seu potencial na promoção de saúde e prevenção de agravos, impactando consequentemente para a redução da morbimortalidade entre as mulheres (FRIGO *et al.*, 2016; ROSSETTO *et al.*, 2017). A perspectiva mais ampliada da consulta de saúde das mulheres qualifica a assistência às mesmas, reforçando, assim, o potencial contido na consulta para a integralidade do cuidado (ROSSETTO *et al.*, 2017). Além do mais, essas mulheres são jovens e têm a consulta de saúde da mulher e o Papanicolau, muitas vezes, como seu único contato e ida ao serviço de saúde, anualmente, e até em intervalos maiores, constituindo em importante oportunidade para identificar e intervir sobre os fatores de risco comportamentais. Os achados desse estudo

mostram que são oportunidades perdidas, pois as mulheres têm altas prevalências de ocorrência e coocorrência desses fatores.

Para mais, a participação dos profissionais nesse contexto faz-se crucial para o sucesso da proposta. Em especial, ressalta-se a participação relevante dos profissionais enfermeiros que atuam ativamente na consulta de saúde da mulher na perspectiva da atenção primária (ROSSETTO *et al.*, 2017). Destaca-se que 64% dos exames Papanicolau foram realizados por enfermeiros na atenção básica (BRASIL, 2019), demonstrando claramente o papel desse profissional nesse contexto assistencial, no qual a maioria das mulheres brasileiras é assistida.

Na prática, para que se tenha de fato a integralidade do cuidado à saúde da mulher, faz-se necessária uma mudança de paradigma profissional, alterando o cuidado voltado para a visão curativista e reforçando o atendimento mais amplo (XAVIER *et al.*, 2015), que contemple a ideia de saúde centrada na qualidade e continuidade do ciclo vida, na prevenção de agravos e promoção de saúde, em detrimento de um cuidado tecnicista. A conscientização dos profissionais tem grande potencial para modificar o caráter reducionista muitas vezes presente nas consultas de saúde das mulheres, principalmente no que se refere às mulheres jovens, muitas vezes sem queixas, que buscam o serviço para rastreamento. Um olhar mais ampliado contribui para uma prática profissional mais qualificada e assistência eficaz (ROSSETTO *et al.*, 2017).

A assistência qualificada a aquelas mulheres que chegam ao serviço por outras demandas, a exemplo, o rastreio, pode proporcionar ganhos à saúde das mesmas a longo prazo, uma vez que impedir o surgimento das DCNT implica em ausentar a mulher de uma condição que perduraria durante todo seu ciclo de vida (OMS, 2009; SIRIMI; GOULIS, 2010; HURST; LINTON, 2015). Com intervenções adequadas, consegue-se interromper a transmissão transgeracional de DCNT (CORADINI; MORÉ; SCHERER, 2017), além de garantir acompanhamento ao longo dos ciclos de vida da mulher, bem como minimizar desfechos materno-infantis negativos, caso essa mulher deseje engravidar (SIRIMI; GOULIS, 2010).

Todavia, o contexto apresentado pelo presente estudo, com alta prevalência da ocorrência e coocorrência de fatores de risco comportamentais, é alarmante e ao longo dos anos pode acarretar graves consequências para a saúde feminina, como morte prematura (IHME, 2019; HURST; LINTON, 2015), incapacidades importantes (HURST; LINTON, 2015), diabetes, abortamentos, malformações, morte materna e neonatal (SIRIMI; GOULIS, 2010), dentre outros.

Embora o modelo biologicista ainda persista, algumas mudanças no ensino e prática da enfermagem aconteceram ao longo dos anos. É necessário que tais avanços na área da enfermagem continuem acontecendo, de maneira a reforçar o pensamento crítico dos futuros profissionais frente a sua tomada de decisões, bem como deve-se fortalecer a identidade profissional da categoria, capacitando os enfermeiros para que saibam intervir nas demandas que são próprias da enfermagem, alinhando sempre as condutas baseadas em evidências (OLIVEIRA, 2017a). Desde o processo de formação, o profissional enfermeiro tem a promoção da saúde como uma competência geral de sua profissão (SILVA *et al.*, 2018), assim como a integralidade, visto que ambos devem ser conceitos indissociáveis na prática diária. A atuação do profissional enfermeiro precisa ser um *continuum* de acompanhamento (OLIVEIRA, 2017a) da mulher ao longo de seu ciclo vital. Assim, as ações poderão identificar as necessidades, as expectativas e as possibilidades em saúde ao longo da vida.

Portanto, ainda nota-se desafios da enfermagem enquanto profissão para que a mesma consiga evoluir para uma prática avançada que se traduza em cuidados com maior ênfase nas respostas humanas geradas pelas mudanças sociais, culturais e econômicas, valorizando as teorias de enfermagem em detrimento do modelo biomédico (OLIVEIRA, 2017a). Além disso, os achados deste estudo apontam para um cenário ruim também para aquelas que possuem plano de saúde, reforçando também a necessidade de que haja mudança na formação de outras categorias profissionais na área da saúde, norteadas pela integralidade em detrimento do modelo tradicional (XAVIER *et al.*, 2015), para que corroborem mudanças positivas na assistência às usuárias do sistema privado. Por fim, observa-se que, apesar da proposta de integralidade trazida pelo SUS e pelas políticas de atenção às mulheres, sem desmerecer os avanços obtidos na assistência, ainda há muito que se complementar para que a integralidade saia do papel e seja executada na prática (XAVIER *et al.*, 2015), seja no serviço público ou privado de saúde.

6.3. Análise da autoavaliação de saúde das mulheres, de acordo com os fatores de risco comportamentais

O conhecimento acerca dos fatores de risco comportamentais e sua contribuição para o desenvolvimento de DCNT é de suma importância para que se tenha uma mudança de estilo de vida e conseqüente promoção de saúde. No entanto, estudos em âmbito nacional (BONOTTO; MENDONZA-SASSI; SUSIN, 2016) e internacional

(SANDERSON *et al.*, 2009) têm documentado o desconhecimento de tais fatores de risco tanto na população geral, quanto em mulheres. A incompreensão desses fatores de risco como nocivos à saúde das mulheres faz com que a percepção sobre seu estado de saúde seja alterada e vista majoritariamente como positiva, mesmo nos casos em que há coocorrência de fatores, no qual a chance para o desenvolvimento DCNT é ainda maior (LINARDAKIS *et al.*, 2015). No presente estudo, observou-se que muitas vezes há ocorrência e coocorrência dos fatores de risco em mulheres com consulta recente aos serviços de saúde, sugerindo e reforçando a incompreensão de tais fatores.

De certa forma, o resultado do presente estudo para autoavaliação, em sua maioria positiva, pode ser justificado pelo fato de não se tratar de doenças diagnosticadas e por, aparentemente, conforme discutido na seção acima, tais fatores de risco comportamentais não estarem sendo abordados pelos profissionais de saúde que atendem as mulheres de forma contínua e consistente. Contudo, pode-se perceber também que alguns fatores de risco comportamentais parecem ser considerados mais negativos em detrimento de outros, relacionando-se à autoavaliação de saúde das mulheres.

No presente estudo, mulheres fisicamente inativas e tabagistas apresentaram maiores prevalências de autoavaliação de saúde negativa de saúde. Esses resultados são similares a outros estudos com populações de adultos, descritos em literatura nacional (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; JULIÃO; GUIMARÃES, 2016) e internacional com adolescentes canadenses (HERMAN; HOPMAN; SABISTON, 2015). Uma hipótese que justificaria os achados referentes à maior prevalência de autoavaliação ruim para a inatividade física estaria relacionada às evidências que afirmam que mulheres com estilos de vida mais saudáveis, ou seja, que apresentam bons comportamentos em saúde, tendem a sentir-se mais saudáveis e assim se autoavaliarem melhor em relação àqueles que não possuem tal comportamento (PETARLI *et al.*, 2015).

Com relação ao tabaco, devido a várias políticas públicas de conscientização acerca de seus efeitos nocivos e enfrentamento do mesmo, seu uso já decaiu notavelmente. Além disso, mulheres que usam atualmente algum produto do tabaco podem estar autoavaliando sua saúde negativamente devido à presença de alguma condição crônica decorrente do tabagismo (SZWARCOWALD *et al.*, 2015). Outro ponto a ser levado em consideração é que o tabagismo é um comportamento em saúde que afeta não só as mulheres que o praticam, mas também os demais ao seu redor, o que

poderia contribuir para o reforço negativo a esse comportamento, bem como a intolerância social que também vem sendo conferida ao mesmo.

Ao contrário, mulheres com consumo insuficiente de FLV e consumo de álcool apresentaram menores prevalências de autoavaliação de saúde negativa. Os resultados do presente estudo para o consumo insuficiente de FLV divergem dos resultados encontrados na literatura nacional para população de adultos em geral (DAMIANI; PEREIRA; FERREIRA, 2017; SZWARCOWALD *et al.*, 2015 e internacional com população urbana da cidade de Atenas, na Grécia (DARVIRI *et al.*, 2011). Uma possibilidade para justificar esse achado é que o fato das mulheres estarem inseridas no mercado de trabalho, mesmo apresentando uma alimentação não tão saudável, confere maior nível socioeconômico e, por consequência, melhor autoavaliação de saúde. Estudo mostra que indivíduos socialmente favorecidos tendem a se sentir mais saudáveis, uma vez que a renda reflete em maiores possibilidades de alimentação, moradia, dentre outros, além de ser um marcador de bem-estar social (DARVIRI *et al.*, 2011) e também de acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao álcool, estudos em geral apresentam uma associação positiva entre o consumo de bebidas alcoólicas e a percepção do estado de saúde (JULIÃO; GUIMARÃES, 2016); também há estudos que apresentam resultado inconclusivo acerca desta associação (PETARLI *et al.*, 2015). Embora o uso de álcool seja um comportamento nocivo à saúde, é tido muitas vezes como expressão de socialização e bem-estar, além de ser um comportamento socialmente aceito (JULIÃO; GUIMARÃES, 2016). Esse feito pode influenciar, então, as mulheres que possuem tal comportamento em sua autoavaliação de saúde.

Em suma, os resultados do nosso estudo evidenciaram que a relação entre os fatores de risco comportamentais e a autoavaliação de saúde das mulheres se altera a depender do fator de risco, sendo alguns comportamentos considerados mais prejudiciais que outros. Além disso, o acúmulo de fatores de risco não é percebido como prejudicial à saúde. Estes achados apontam para a necessidade de fortalecer a assistência e as orientações dos profissionais acerca dos fatores de risco comportamentais e seus impactos à saúde das mulheres. Parte-se do pressuposto de que, para que a mulher altere seu comportamento, previamente ela precisa entendê-lo como prejudicial e que sua persistência acarretará em danos à sua saúde (BONOTTO; MENDONZA-SASSI; SUSIN, 2016). Os serviços de saúde, em especial as unidades básicas de saúde e os profissionais que assistem tais mulheres, têm papel crucial para a

melhora deste cenário (BONOTTO; MENDONZA-SASSI; SUSIN, 2016), uma vez que, como discutido anteriormente, a maioria das mulheres é atendida pelo SUS. Só a melhora direta da assistência às mulheres pode contribuir para o reconhecimento dos riscos da ocorrência e coocorrência dos fatores de risco à saúde, aumentando as chances de que as mulheres adotem comportamentos saudáveis e venham, por consequência, reduzir os riscos de DCNT ao longo de seu ciclo de vida.

6.4. Limitações

Dentre as limitações deste estudo, pode-se citar o desenho transversal, que apesar de ser vantajoso pela rapidez e baixo custo, agrega desvantagens, como o fato de não permitir fazer inferências causais. Nesse sentido, seria recomendado cautela ao inferir causalidade entre o acesso e os fatores de risco comportamentais das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, uma vez que ambos foram medidos ao mesmo tempo. Além disso, este estudo utilizou diferentes módulos da PNS, sendo que as mulheres sorteadas responderam as questões dos módulos de percepção do estado de saúde (módulo N), estilos de vida (módulo P) e saúde das mulheres (módulo R), porém o módulo de cobertura de plano de saúde (módulo I) pode ter sido respondido por um dos moradores que não necessariamente a mulher sorteada, podendo subestimar ou superestimar as prevalências apresentadas.

Para mais, o presente estudo utilizou a faixa etária de 18-49 anos para realizar os cálculos de estimativa com a variável Papanicolau como *proxy* de utilização dos serviços de saúde. Sabe-se que a faixa etária adequada para a realização do exame é em mulheres com 25-64 anos (BRASIL, 2004). Assim, o recorte amostral do presente estudo poderia causar uma superestimação das prevalências na categoria de Papanicolau remoto, ou seja, mulheres com exame há mais de três anos ou que nunca o realizaram, uma vez que as mulheres de 18-24 anos estariam fora da faixa etária de rastreio. Contudo, foi realizada análise de sensibilidade para o recorte de mulheres de 25-49 anos e verificou-se que não houve diferenças significativas nas prevalências e razões de prevalências estimadas.

Por fim, outra limitação é o uso de informações autorrelatadas, o que pode acarretar em possível subestimação dos resultados encontrados neste estudo, visto que podem estar sujeitos a viés de memória e respostas socialmente desejáveis. Contudo, há estudos que mostram boa confiabilidade entre informações autorrelatadas em comparação aos dados aferidos (MOREIRA *et al.*, 2017).

A despeito dessas limitações, o presente estudo avança na abordagem dos principais fatores de risco comportamentais para DCNT e sua coocorrência nas mulheres em idade reprodutiva, uma vez que poucos estudos se dedicam a estudar tais fatores individuais e em conjunto nesta população específica. Outrossim, o presente estudo utilizou amostra representativa da população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva, permitindo estimativas populacionais. Além disso, o presente estudo utiliza uma variável combinada para avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde, criada a partir da junção da variável Papanicolau e plano de saúde. Esta variável também possibilita, mesmo que indiretamente, fazer uma avaliação da consulta de saúde da mulher oferecida pelos serviços de saúde, seja público ou privado. Para mais, foi utilizada uma abordagem metodológica apropriada, embasada em indicadores sugeridos para esta população específica e que proporcionam uma visão mais ampliada e completa da saúde das mulheres, incluindo a percepção das mesmas em relação à própria saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou que a maioria das mulheres brasileiras em idade reprodutiva tem acesso a uma consulta de saúde da mulher, sendo a maioria delas realizada no serviço público de saúde. Destaca-se que foi identificada alta prevalência de ocorrência e coocorrência de fatores de risco comportamentais neste grupo de mulheres jovens em idade reprodutiva. Para alguns fatores, como o consumo insuficiente de FLV e a inatividade física, a prevalência de ocorrência nas mulheres ultrapassou mais da metade da população. O mesmo foi observado para coocorrência. Ademais, a alta prevalência de ocorrência e coocorrência desses fatores se deu independente das características sociodemográficas e de acesso e utilização do serviço de saúde. Contudo, piores cenários foram identificados de acordo com algumas características sociodemográficas como, escolaridade, região de moradia, e de acesso, como consulta recente ao serviço privado e público. Os quatro fatores de risco comportamentais estudados são considerados pela literatura como os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. Além disso, tais fatores de risco podem interferir na saúde pré-concepcional das mulheres que desejam ou não engravidar.

Vale ressaltar a importância do presente estudo, uma vez que não é de nosso conhecimento estudos que trabalhem esses fatores de risco comportamentais neste grupo populacional específico, a nível populacional. Portanto, o estudo possibilitou uma análise sobre os fatores de risco comportamentais em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, identificando possíveis lacunas que devem ser consideradas durante a prática profissional para que os preceitos norteadores do SUS e da PNAISM de fato saiam do papel. Para mais, os resultados apontam a necessidade de ações aditivas de promoção da saúde e prevenção de agravos, que devem ser incorporadas às rotinas de assistência à saúde da mulher, ao longo de todo o seu ciclo de vida.

A consulta de saúde da mulher configura-se um importante espaço para adoção de intervenções voltadas para a promoção de saúde das mulheres. Ações preventivas devem fazer parte do escopo da consulta, visando a redução da morbimortalidade. Propõe-se nesse sentido, que as consultas de saúde da mulher contenham uma abordagem clínica ampliada, que contemplem queixas da mulher, bem como outros sinais considerados de alarme para a saúde das mesmas. Ressalta-se a importância do diálogo e escuta qualificada entre profissional e mulher, visando fortalecer o vínculo e

facilitar a identificação das demandas femininas ou razões para a busca do atendimento, corroborando também para a identificação de necessidades que não podem ser atendidas apenas ao longo da consulta, estendendo o cuidado a outros serviços da rede de atenção, o que pode favorecer a integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, Niti. R. et al. Sex Differences in Ischemic Heart Disease Advances, Obstacles, and Next Steps. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. Vol. 11. p. e004437. 2018. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437. Disponível em: <http://circoutcomes.ahajournals.org/> Acesso em 29 mar2018.

ANDERSON, Peter. et al. Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol & Alcoholism* vol. 44, n. 3. p. 229–243, 2009. DOI: 10.1093/alcalc/agn115. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article-abstract/44/3/229/178279>. Acesso em 21 nov 2018.

ANDRADE, Mônica Viegas. et al. Equidade no programa de saúde da família: utilização dos serviços preventivos pelas mulheres em minas gerais. *Anais/ XIX. Encontro Nacional de Estudos Populacionais: População, Governança e Bem-Estar, 24 a 28 de novembro de 2014 / São Pedro, SP: ABEP, 2014.*

ARAÚJO, José Duarte de. Epidemiological Polarization in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 21. n. 4. p. 533-538, out-dez 2012. DOI: 10.5123/S1679-49742012000400002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>. Acesso em 09 mai 2018.

ARAÚJO, Fernanda Gontijo et al. Prevalence and trends of overweight, obesity, diabetes and hypertension among Brazilian women of reproductive age based on sociodemographic characteristics. *Health Care for Women International*, 2019. No prelo.

ASSUMPÇÃO, Daniela de. et al. Social and demographic inequalities in diet quality in a population-based study. *Rev. Nutr., Campinas*, vol.29, n. 2:151-162, mar./abr., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000200001>. Acesso em 10 jan 2019.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 25, n. 2, p. 301-310, abr-jun 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000200009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200009>. Acesso em 10 jan 2019.

AZENHA Gustavo S. et al. Recommendations towards an integrated, life-course approach to women's health in the post-2015 agenda. *Bull World Health Organ*, vol. 91. p. 704-706 2013.

BARAONA, Enrique. et al. Gender Differences in Pharmacokinetics of Alcohol. *Alcohol Clin Exp Res*, vol 25, n. 4, p. 502–507, 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02242.x>. Acesso em 07 jan 2019.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*; vol. 11, supl 1. p. 6-19; 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>. Acesso em 09 jan 2019.

BATISTA FILHO, Malaquias; ASSIS, Ana Marlúcia de; KAC, Gilberto. Transição nutricional: conceito e características. In: KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci, orgs. *Epidemiologia nutricional [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, p. 445-460. Disponível em: <HTTP://books.scielo.org>. Acesso em 16 nov 2018.

BERGHELLA, Vincenzo. et al. Preconception Care. *Obstetrical and gynecological survey*. v. 65, n. 2, p.119-31, 2010.

BEZERRA, Ilana Nogueira. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. *Rev Saúde Pública*; vol. 47 n. Supl. 1:200S-11S, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000700006>. Acesso em 25 set 2018.

BIELEMANN, Renata M. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev Saúde Pública*.vol. 49 n. 28, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240213026>. Acesso em 10jan2019.

BILGEL, Firat; KARAHASAN, Buhan Can. Self-rated health and endogenous selection into primary care. *Social Science & Medicine*, vol. 197,p.168–182, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.057>. Acesso em 09 out 2018.

BONITA, Ruth. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*; vol. 381, p.575–84, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61993-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61993-X). Acesso em 12 mar 2018.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert. Women and NCDs: Overcoming the neglect. *Global Health Action*, vol. 7, n.1, p. 23742, 2014, DOI: 10.3402/gha.v7.23742. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23742>. Acesso em 29 ago 2018.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. *Epidemiologia básica*. Ruth Bonita, Robert Beaglehole, Tord Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2.ed. São Paulo, Santos, 2010. 213p.

BONOTTO, Gabriel Missagia; MENDONZA-SASSI, Raul Andres; SUSIN, Lulie Roseane Odeh. Knowledge of modifiable risk factors for cardiovascular disease among women and the associated factors: a population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, n.1, p.293-302, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>. Acesso em 12 jan 2019.

BORGES, Ana Luíza Vilela. et al. Preconception health behaviors associated with pregnancyplanning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP*, vol. 50, n.2, p. 208-216, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>. Acesso em 13 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral àsaúde da mulher: bases de ação programática IMinistério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf. Acesso em 15/06/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. *Procedimentos ambulatoriais*. In: Assistência a saúde. – Brasil – 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def>. Acesso em 17 jan 2017.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. *Dispõe acerca das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas*. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). *Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/Lancamento-resultados-2016.pdf>. Acesso em 13/10/2018.

BRITO-SILVA, Keila. et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saúde Pública*, vol. 48, n.2, p. 240-248, 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004852. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>. Acesso em 15 abr 2018.

BROUSSARD, Danielle L. et al. Core State Preconception Health Indicators: A Voluntary, Multi-state Selection Process. *Matern Child Health J* vol. 151, p. 58–168, 2011. DOI 10.1007/s10995-010-0575-x. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-010-0575-x>. Acesso em 01 fev 2018.

CASADO, Letícia; VIANNA, Lúcia Marques; THULER, Luiz Cláudio Santos. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*. vol. 55, n. 3, p. 379-388, 2009.

CASTANHEIRA, Carlos Henrique Campos. et al. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. *Rev bras epidemiol Supl. PeNSE*, p.256-266, 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400050020

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for Chronic Disease Surveillance. *MMWR Recommendations and Reports*. September 10, vol. 53, n.11, p. 1-6, 2004. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5311a1.htm>. Acesso em 21 out 2018.

CDC, Center for Disease Control and Prevention. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: US Dept of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004b.

CDC, Center for Disease Control and Prevention. *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 2008.

CHEN, Zhenyu. et al. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and pregnancy outcomes in China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 109p. 41-44, 2014. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2009.10.015>. Acesso 06 out 2018.

CIBEIRA, Gabriela Herrmann. et al. Consumo de bebida alcoólica, fatores socioeconômicos e excesso de peso: um estudo transversal no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, n. 12, p. 3577-3584, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 fev 2018.

CLARK, Helen. NCDs: a challenge to sustainable human development. *Lancet*, vol 381, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60058-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60058-6). Acesso em 16 fev 2018.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, jan-mar; vol. 13 n.1.p.154-160, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>. Acesso em 25 out 2018.

CORADINI, Aline Orlandi; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampos; SCHERER, Alessandra. D'Ávila. Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 58, ago. p. 17-37, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200003 Acesso em 10 jan 2019.

CORRÊA, Daniele Aparecida Silva et al.. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, vol. 51, n. 1, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006113.pdf. Acesso em 25 jan 2018.

COSTA, Maria Carolina da Silva et al. Women in tobacco consumption and risk factors associated. *Rev Enferm UFPI*. Jan-Mar;vol. 6, n.1, p. 20-25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5736>. Acesso em 23 jan 2018.

DAMACENA, Giseli Nogueira. et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol.24, n.2. p. 197-206, abr-jun 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002>. Acesso em 03 mar 2018.

DAMIANI, Thaís Fernanda; PEREIRA, Lidia Pitaluga; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, n. 2, p. 369-382, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.12202015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200369&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 09 jan 2019.

DANAEI, Goordaz, et al. The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors. *PLoS Med*, vol. 6, n. 4, p. e1000058, 2009. DOI:10.1371/journal.pmed.1000058. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>. Acesso em 11 nov 2018.

DARVIRI, Christina et al. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health*, vol. 11, p. 619, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-619>. Acesso em 15 jul 2018.

DEL DUCA, Giovâni Firpo. et al. Como gênero e escolaridade interagem nos padrões de inatividade física em diferentes domínios em adultos?. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. São Paulo:Out-dez; vol. 29, n.4, p. 653-61, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092015000400653>. Acesso em 15 jan 2019.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.1. p.275-282, jan-fev, 2005. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100030>. Acesso em 04 mar 2018.

DING, Ding et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, vol.388, p. 1311-24, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X). Acesso em 17 jan 2019.

DUARTE, Bruna Mara; BERNAL, Regina Tomie Ivata; MALTA, Deborah Carvalho. Risk and protective factors for non communicable diseases in the Belo Horizonte population: Vigitel 2008. *Rev Bras Epidemiol*, vol. 16, n.3, p. 572-81, 2013.

DUMITH, Samuel C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. *Preventive medicine*, vol. 54, p. 393-396, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.03.014>. Acesso em 07 dez 2018.

DREWNOWSKI, Adam. Nutrition Transition and Global Dietary Trends. *Nutrition*. vol. 16, n. 7/8, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(00\)00295-1](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(00)00295-1). Acesso em 10 jan 2019.

DWIVEDI, Alok Kumar. et al. Methods for estimating relative risk in studies of common binary outcomes. *Journal of Applied Statistics*. Vol. 41, n.3, p.484-500, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02664763.2013.840772>. Acesso em 08 ago 2018.

ENES, Carla C; NUCCI, Luciana B. Gender and schooling inequalities in risk and protective factors for chronic diseases among Brazilian adults. *Journal of public health*, p. 1–8, 2017. DOI:10.1093/pubmed/ndx183. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article-abstract/doi/10.1093/pubmed/ndx183/4781589>. Acesso em 05 jan 2019.

FALEIRO, Jéssica Costa. et al. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.33, n. 3. p. e00017916, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305005&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em 13 fev 2018.

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos. et al. Cardiovascular risk factor assessment in a rural Brazilian population. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 6, p.1183-1194, jun, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00103213>. Acesso em 14 out 2018.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*. Vol. 9, n.1, 2010.

FORD, Earl S. et al Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. *N Engl J Med*. Vol. 356, p. 2388-2398. 2007. DOI: 10.1056/NEJMsa053935. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa053935?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em 17 out 2018.

FORD, Earl S.; CAPEWELL, Simon. Coronary Heart Disease Mortality Among Young Adults in the U.S. From 1980 Through 2002. *JACC*. vol. 50, n. 22, p. 2128–32, 2007. DOI:10.1016/j.jacc.2007.05.056. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/18036449>. Acesso em 10 out 2018.

FRENK, Julio. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de Población*. Vol. 60, 1991. 79p. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808> Acesso em 06 jan 2018.

FRIGO, Jucimar. et al. A consulta ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, vol. 10, n.4. p. 1299-306, abr., 2016. DOI: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201618.

GARCIA, Mariana. et al. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ*

Res. April, vol. 118, n.8. p. 1273–1293, 2016.
DOI:10.1161/CIRCRESAHA.116.307547.Disponível em:
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547>Circulation. Acesso em 22 jun 2018.

GBD Collaborators. LOZANO, Rafael.et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, vol. 380, p. 2095–128, 2012.

GBD 2015 Risk Factors Collaborators.FOROUZANFAR, Mohammad H. et al.Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, vol.388, p. 1659–724, 2016.

GBD 2015 Obesity Collaborators. AFSHIN, Ashkan.et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*, 2017.

GBD 2016 Brazil Collaborators. MARINHO, Fátima.et al., Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, vol. 392, p. 760–75, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2) Acesso em 06 jan 2019

GIOVANELLA, Ligia. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, n.6, p. 1763-1776, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601763&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 10 jan 2019.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do.Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*.Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, out/dez,p. 571-579, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341756004>. Acesso em 05 dez 2018.

GUIMARÃES, Lenir V.; BARROS, Marilisa B. A. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. *J Pediatr (Rio J)*, vol. 77 n.5. p.381-6, 2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-05-381/port.pdf>. Acesso em 13 set 2018.

GROSSMAN, Daniel. et al. Contraindications to Combined Oral Contraceptives Among Over-the-Counter Compared With Prescription Users. *Obstet Gynecol*. March; vol. 117, n.3, p. 558–565, 2011. DOI:10.1097/AOG.0b013e31820b0244. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619033/pdf/nihms445751.pdf>. Acesso em 08 set. 2018

HANKONEM, Nelli. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. *National Institute for Health and Welfare (THL)*, Research. Helsinki, Finland. Vol. 51. 2011 176p.

HEREDIA, Nila. et al. The right to health: what model for Latin America?. *Lancet*. vol 385, p. 1343-1352, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8). Acesso em 15 mai 2018

HEREDIA, Luz Patrícia Diaz et al. Efeito das variáveis sociodemográficas e de vulnerabilidade no padrão de uso de álcool em mulheres universitárias. *Texto Contexto Enferm*, vol. 26, n.3, p. e6860015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006860015>. Acesso em 10 jan 2019.

HERMAN, Katya M; HOPMAN, Wilma M.; SABISTON, Catherine M. Physical activity, screen time and self-rated health and mental health in Canadian adolescents. *Preventive medicine*. Vol 57, p. 112–116, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.030> Acesso em 25 nove 2018.

HURST, Helen M.; LINTON, Denise M. Preconception Care: Planning for the Future. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, volume 11, n. 3, mar., 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/Pofpublicacao.pdf>. Acesso em 10 jan 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento*. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease (GBD) Profile: Brazil*. Seattle WA: IHME; 2013. Disponível em: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles>. Acesso em 16 jan 2018.

IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease (GBD) Profile: Brazil*. Seattle WA: IHME; 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Acesso em 20 jan 2019

ISER, Betine Pinto Moehlecke et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil – 2009. *Rev. bras. Epidemiol*, São Paulo. vol.14, supl.1.Set., 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500010> Acesso em 10 jan 2019.

JINDAL, Rahul M. et al. Kidney Transplantation and Gender Disparity. *Am J Nephrol*. vol. 25, p. 474–483, 2005.

JOHNSON, Rachel K. et al. on behalf of the American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Epidemiology and Prevention. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. vol. 120, p. 1011–1020, 2009.

JULIÃO, Nayara; GUIMARÃES, Raquel. Percepção do Estado de Saúde e

Comportamento de risco: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (2013). In: XX Encontro Nacional de Estudos populacionais. Anais. Foz do Iguaçu: Hotel Bourbon Cataratas 2016. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/issue/view/41/showToc>. Acesso em 12 out 2018.

KAC, Gilberto; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologizada obesidade na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19, Sup. 1, p. S4-S5, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700001>. Acesso em 15 mar 2018.

LELIS, Cristina Teixeira; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano.; SILVA, Neuza Maria da. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, out./dez., p. 523-532, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a04v36n95.pdf>. Acesso em 08 jan 2019.

LINARDAKIS, Manolis. et al. Prevalence of multiple behavioral risk factors for chronic diseases in adults aged 50+, from eleven European countries — the SHARE study (2004). *Preventive medicine*, vol. 57, p. 168–172, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.05.008>. Acesso em nov 2018.

LINARDAKIS, Manolis. et al. Multiple behavioral risk factors for chronic diseases in adults aged 50+: regional differences across eleven European countries. *J Public Health*. Vol. 22, p. 101–109, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-013-0597-0> Acesso em 23 nov 2018.

LINARDAKIS, Manolis. et al. Association of Behavioral Risk Factors for Chronic Diseases With Physical and Mental Health in European Adults Aged 50 Years or Older, 2004–2005. *Prev Chronic Dis*, vol. 12, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150134>. Acesso em 30 set 2018.

LINDSTRÖM, Martin. Social capital, economic conditions, marital status and daily smoking: A population-based study. *Public Health*. Vol. 144, p. 71-77, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.01.003>. Acesso em 13 abr 2018.

LLOYD-JONES, Donald M. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2009 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. vol. 119. p. 480-486, 2009. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191259. Disponível em: <http://ahajournals.org> Acesso 21 out 2018.

LLOYDE-JONES, Donald M. et al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation*. vol. 121, p. 586-613, 2010. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703. Disponível em: <http://ahajournals.org> Acesso 21/10/2018.

LOEF, Martin; WALACH, Harald. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive*

Medicine. Vol. 55, p. 163–170, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2012.06.017>. Acesso em 12 mai 2018.

MACHADO, Ísis Eloah et al. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 29, n.7, p. 1449-1459, jul, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201300070001>. Acesso em 15 dez 2018.

MACHADO, Ísis Eloah. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Rev bras epidemiol*. Vol. 20, n.3, p. 408-422, jul-set, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700030005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300408. Acesso em 20 nov 2018.

MAEDA, Sayuri Tanaka. Acesso das mulheres do movimento sem terra aos cuidados do pré-natal e da prevenção de câncer de colo uterino. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, jul-set; vol. 16, n.3, p. 433-8, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Revbras epidemiol suppl PeNSE*. p. 203-214, 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400050016.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Building Surveillance and Prevention for Chronic NonCommunicable Diseases in the National Unified Health System. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol. 15, n.1, p. 47-65, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>. Acesso em 25 mai 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p.57-66, jan, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100006>. Acesso em 06 dez 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Pública*, vol. 51, Supl1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>. Acesso em 15 abril 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al., Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. *Sao Paulo Med J*, vol. 135, n.3, p. 213-21, 2017b. DOI: 10.1590/1516-3180.2016.0330050117.

MALTA, Deborah Carvalho. et al., Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. vol. 20, Suppl 1, p. 217-232 mai, 2017c. DOI: 10.1590/1980-5497201700050018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>. Acesso em 06 jun 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Pública*. vol. 51

Suppl 1, 2017d. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>. Acesso em 09 jul 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; OLIVEIRA, Martha. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n.4, p. 1005-1016, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015204.14712014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.14712014>. Acesso em 15 fev 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA-JÚNIOR, Jarbas Barbosa. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 22, n.1, p. 151-164, jan-mar 2013. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/931_Deborah.pdf. Acesso em 26 ago 2018.

MARTINELLI, Patrícia Merly. et al. Tabagismo em adultos no município de Rio Branco, Acre: um estudo de base populacional. *Rev brasepidemiol*, vol. 17, n.4, p. 989-1000, out-dez, 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400040016.

MARTINS, Taís Gaudencio et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, vol. 43, n.5, p. 814-24, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000058>. Acesso em 13 jan 2019.

MATOZINHOS, Fernanda Penido et al. Saúde cardiovascular em população residente nas capitais brasileiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 25, p. e2843, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1327.2843> Acesso em 13 ago 2018.

MORATOYA, Elsie Estela. et al. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. *Revista Política Agrícola*, ano XXII, n. 1. Jan./Fev./Mar. 2013. Disponível em: <https://www.embrapa.br/busca-de-publicacoes/-/publicacao/958212/mudancas-no-padrao-de-consumo-alimentar-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em 10 jan 2019.

MOREIRA, Alexandra Dias et al. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. vol. 20, n.1., p. 136-146, jan-mar, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700010012.

MORRIS, Lara J. et al. Concurrent lifestyle risk factors: Clusters and determinants in Australian sample. *Preventive Medicine*, vol. 84, p. 1–5, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.009>. Acesso em 01 out 2018

MOURA, Erly Catarina; MALTA, Deborah Carvalho. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol*, vol. 14, n.1, p. 61-70, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2011000500007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 05 fev 2018.

MPOFU, JonettaJohnson. et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age

in Brazil — 2011. *Preventive Medicine Reports*, vol. 3, p. 333–337, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015>. Acesso em 07/01/2018.

NASCIMENTO, Maria Isabel. et al. Vigilância de fatores de risco e de proteção das DCNT. In; Azevedo e Silva et al (cols.). *Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis: prioridade da saúde pública no século XXI/* Gulnar Azevedo e Silva, Deborah Carvalho Malta, Lenildo de Moura, Roger dos Santos Rosa. – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.304p.

NASCIMENTO, Taise Santos et al. Factors related to leisure-time physical inactivity in obese women. *Acta Paul Enferm*, vol. 30, n.3, p. 308-15, 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0308.pdf> Acesso em 05 jan 2019.

NORTON, Robyn. et al. *Women's Health: A New Global Agenda*. University of Oxford, 2016. Disponível em: www.oxfordmartin.ox.ac.uk. Acesso em 10 mai 2018.

OKEREKE, Olivia I.; MANSON, Joann E. Psychosocial Factors and Cardiovascular Disease Risk An Opportunity in Women's Health. *Circ Res*. vol. 120, p. 1855-1856, 2017. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.117.311113. Disponível em: <http://circres.ahajournals.org> Acesso em 13 jun 2018.

OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra de. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. *Rev. Min. Saúde púb.*, vol. 3, n.5, p.16-23, Jul-dez, 2004.

OLIVEIRA, Thais Marcelle de. et al. Condição socioeconômica como fator preditor para a autopercepção negativa da saúde de mulheres cobertas pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 2, n. 20, p. 305, 2017.

OLIVEIRA, Wender Antônio de. A prática avançada de Enfermagem: conceitos e possibilidades no Brasil. *REFACI*, Brasília, v.2, n. 3. Ago –dez, 2017. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/403>. Acesso em 11 jan 2019.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *STEPS: A framework for surveillance*. Geneva: OMS, 2003.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: OMS, 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=0A6F97715616566F28DA952D6235CC6E?sequence=1. Acesso em 07 set 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva; 2011. 156p. Disponível em: whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua=1. Acesso 12 mai 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases*. 2013:1–9. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/105633>. Acesso 22

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: OMS, 2014a. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=606552BF559CDE5645927C172588C1D5?sequence=1. Acesso em 15 jan 2019.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Country Profiles: Brazil 2014*. 2014b. Disponível em: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf. Acesso em 15 jul 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPAS, Organização Panamericana de Saúde. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*.—Washington, D.C. 2000. 132 p. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/170604> Acesso em 23 mai 2018

PANDOLFI, Elisabetta. et al. Women participating in a web-based preconception study have a high prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v14, 2014.

PATRÃO, Ana Luísa. et al. Health behavior-related indicator of lifestyle: application in the ELSA-Brasil study. *IUHPE – Global Health Promotio*, vol. 0, n. 0 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1757975918763148> Acesso em 20 nov 2018.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 29, n.4, p.723-734, abr, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>. Acesso em 05 fev /2018.

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, n.10, p. 3341-3352, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-12320172210.25242016>. Acesso em 15 jan 2018.

PERLMAN, Francesca et al. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*, vol. 16, p. 299–305, 2007. DOI: 10.1136/tc.2006.019455

PETARLI, Glenda Blaser. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: um estudo em trabalhadores bancários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 31, n.4, p. 787-799, abr, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083114>. Acesso em 27 nov 2018.

PETERS, Sanne A. E. et al. Women's health: a new global agenda. *BMJ Global Health* vol. 1, p. e000080, 2016. DOI:10.1136/bmjgh-2016-000080. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000080>. Acesso em 18 mar 2018.

PINHO, Cláudia Porto Sabino et al. Consumption of foods that protect against and promote cardiovascular disease by adults from Pernambuco State, Brazil. *Rev. Nutr.*,

Campinas, vol. 25, n.3, p. 341-351, maio-jun., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000300004>. Acesso em 06 jan 2019.

PITANGA, Francisco Godim et al. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade*. vol. 10, n. 1., p. 3-13, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10\(1\).1246](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10(1).1246). Acesso em 11 jan 2019.

POORTINGA, Wouter. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in English adult population. *Preventive Medicine*, vol. 44, p. 124–128, 2007. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091-7435\(06\)00420-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091-7435(06)00420-8). Acesso em 15 fev 2018

POPKIN, Barry M. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *J. Nutr.*, vol. 131, p. 871S–873S, 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/131/3/871S/4687031>. Acesso em 22 nov 2018.

POPKIN, Barry M.; ADAIR, Linda S.; NG, Shu Wen. Now and then: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutr Rev.* jan, vol. 70, n.1, p. 3–21, 2012. DOI:10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257829/pdf/nihms336201.pdf>. Acesso em 25 nov 2018.

PRINCE, Stephanie A. et al. A Multilevel Analysis of Neighbourhood Built and Social Environments and Adult Self-Reported Physical Activity and Body Mass Index in Ottawa, Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 8, p. 3953-3978, 2011; DOI:10.3390/ijerph8103953. Disponível em: www.mdpi.com/journal/ijerph Acesso em 08 jan 2019.

RAINE, Rosalind. Does gender bias exist in the use of specialist health care?. *Journal of Health Services Research & Policy*.v. 5,n. 4, p. 237-249, 2000. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/home/hsr>. Acesso em 02 out 2018.

RAMOS, Maria Emília S. P; SANCHEZ, Jaqueline Jesus; SANTOS, Lidiane Assis dos. A ação das políticas públicas na prevenção do câncer do colo do útero e mama na atenção básica em Salvador-ba. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Jan.-jun. vol. 5, n.1, p.5-15, 2016. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v5i1.410.

RIBEIRO, Antônio Luiz P. et al. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation*. vol. 133, p. 422-433, 2016. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727. Disponível em: <http://ahajournals.org>. Acesso em 20 ago 2018

RISBERG, Gunilla; JOHANSSON, Eva E.; HAMBERG, Katarina. A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, vol. 8, n. 28, 2009. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/28>. Acesso em 15 jun 2018.

ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Rev Bras Cardiol*, vol. 27, n.1, p.35-42, 2014.

Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n1a06.pdf>. Acesso em 03 mai 2018.

RODRIGUES, Mateus de Souza; SANTANA, Leonardo Fernandes; GALVÃO, Ivan Martins. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev Med*, São Paulo, vol. 96, n. 3, p. 187-92, jul.-set, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>. Acesso em 12 out 2018.

ROSSETTO, Maíra. et al. Condições de acesso à atenção ginecológica em serviços primários: perspectiva das usuárias. *Rev Enferm UFSM*. Jul./set, vol. 7, n.3, p. 448-463, 2017. DOI: 10.5902/2179769224275.

ROMBALDI, Airton José et al. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, n.5, p. 1513-1521, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014195.06972013

ROTH, Gregory A. et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *JACC*, v. 70, n .1, p. 1-25, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.052>. Acesso em 14 nov 2018.

SALES, Márcia Cristina; ROCHA, Ana Carolina Dantas; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Sociodemographic characteristics and important factors for health maintenance in women. *Rev Bras Promoção Saúde*, Fortaleza, vol. 27, n.4, p. 503-512, out./dez., 2014

SALOMON, Joshua A. et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, vol. 380, p. 2144–62, 2012.

SANDERSON, Saskia C. et al. Awareness of lifestyle risk factors for cancer and heart disease among adults in the UK. *Patient Education and Counseling*, vol, 74, p. 221–227, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.003> Acesso em 10jan2019.

SÁNCHEZ-LÓPEZ, María del Pilar.; CUELLAR-FLORES, Isabel; DRESCH, Virginia. The Impact of Gender Roles on Health, *Women & Health*, vol. 52, n.2, p. 182-196, 2012. DOI:10.1080/03630242.2011.652352. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.652352>. Acesso em 10 mai 2018.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. São Paulo, v.17, n.2,p. 107-119, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 17 jul 2018.

SCARINCI, Isabel C. et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 28, n.8, p. 1450-1458, ago, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2012000800004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 10 jan 2019.

SCHKOLNIK, Susana. Tendencias demográficas en américa latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. *Notas de Población*. v.27, n.70, 2000. 185p. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/38121>. Acesso em 09 mar 2018.

SCHLINDWEIN, Madalena Maria; KASSOUF, Ana Lúcia. Influência do custo de oportunidade do tempo da mulher sobre o padrão de consumo alimentar no Brasil. *Pesquisa e planejamento econômico ppe*, v.37, n.3., dez, 2007. Disponível em: <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/54/1019>. Acesso em 12 dez 2018.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, vol. 377, p. 1949–61, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60437-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611601359?via%3Dihub>. Acesso em 13 dez 2018.

SILVA, Magna Maria Pereira da. et al. Acesso a serviços de saúde para o controle do câncer do colo uterino na atenção básica. *J. res.: fundam. care.* online. jul./set. vol. 5, n.3, p. 273-282, 2013. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2042/pdf_868. Acesso em 10 abr 2018.

SILVA, Gulnar Azevedo e. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*, vol.43, sup.2. p.48-56, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900007> Acesso em 13/12/2018.

SILVA, Kênia Lara da. et al., Entre experimentações e experiências: desafios para o ensino das competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Interface* (Botucatu), vol.22, n.67, p.1209-1220, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0467>. Acesso em 11 jan 2019.

SILVA, Neliane Aparecida; OLIVEIRA, Jaqueline Lemos.; SOUZA, Jacqueline. Consumo de álcool e tabaco entre mulheres costureiras da cidade de Formiga - Minas Gerais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Out.-Dez. vol12, n.4, p 222-30, 2016. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i4p222-230. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n4/05.pdf>. Acesso em 15 jan 2018.

SILVEIRA, Camila Magalhães et al. Epidemiology of heavy drinking and heavy episodic drinking in Brazil: a systematic review of literature. *Rev. Psiq. Clín.* vol. 35, sup.1, p. 31-38, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000700008>. Acesso em 13 set 2018.

SILVEIRA, Camila Magalhães et al. Drinking Patterns and Alcohol Use Disorders in São Paulo, Brazil: The Role of Neighborhood Social Deprivation and Socioeconomic Status. *PLoS One*, vol. 9, n.10, p. e108355. 2014. DOI:10.1371/journal.pone.0108355. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108355>. Acesso em 09 jan 2019.

SIRIMI, Natalia; GOULIS, Dimitrios G. Obesity in pregnancy. *Hormones*, v. 9, n. 4, p. 299-306, 2010.

SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 24, n.2, p. 207-216, abr-

jun, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222015000200207&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 09jun2018.

STAMPFER, Meir J. et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med*, vol. 343, p. 16-22, 2000. DOI: 10.1056/NEJM200007063430103. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM200007063430103?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em 13jan2018.

STRUTZ, Kelly L; RICHARDSON, Liana J.; HUSSEY, Jon M. Selected perconception health indicators and weight disparities in national study. *Womens Health Issues*, vol. 24, n. 1, p.89-97, 2014.

SUZUKI, CláudioShigueki.; MORAES, Suzana Alves de.; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*, v.45, n.2, p. 311-320, 2011. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/2954>. Acesso em 10 out 2018.

SZWARCWALD, Celia Landmann. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*, v. 18, n. 33, p. 33 – 44, 2015.

SZWARCWALD, Celia Landmann. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, n.2, p. 333-342, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>. Acesso em 08 mai 2018.

SZWARCWALD, Celia Landmann; SOUZA-JÚNIOR, Paulo R. B.; DAMACENA, Giseli. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research*, vol. 10, n. 217, 2010. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-217>. Acesso em 15 set 2018.

TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. et al. *Nutrição em Saúde Pública/ José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei et al. – 2. ed., Rev. Ampl. – Rio de Janeiro: Rubio, 2016.*

TEIXEIRA, Viviane Bichalho Duffles. et al. Transição Nutricional no Estado de Minas Gerais em 1974 e 2009: Um Estudo com Enfoque na População Idosa. *Revista Brasileira de Educação e Cultura*. n. XVII, p. 01-24, 2018. Disponível em: <http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura>. Acesso 04 maio 2018.

TEO, Carla Roseane Paz Arruda et al. Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção. *Revista de saúde pública do paraná*, Londrina, v. 17, n. 2, p. 178-188, dez, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312437301>. Acesso em 28 fev 2018.

THOMSEN, Catherine. et al. Indicators for Occupational Health Surveillance. *MMWR Recommendations and Reports*, January, vol. 19., n. 56, p. 1-7, 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5601a1.htm>. Acesso em 21 out 2018.

VALLE, Estevão Alves. et al. Comportamentos em saúde e exames preventivos entre adultos filiados ou não a planos de saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2003-2010. *Cad. Saúde Pública*, vol. 33, n.3, p. e00130815, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00130815>. Acesso em 27 fev 2018.

VARGENS, Octávio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*.vol. 38, n.1, p. 46-50, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100006>. Acesso em 15 set 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol. 21, n.4, p. 539-548, out-dez, 2012. DOI: 10.5123/S1679-49742012000400003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>. Acesso em 14 abr 2018.

VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo. et al. Prevalência de saúde cardiovascular ideal na população brasileira – Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Rev bras epidemiol*.vol. 18, suppl 2, p. 97-108, 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500060009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060009>. Acesso em 13 jul 2018.

VÍCTORA, CésarG. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, vol. 377, p. 1863–76, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIELLAS, Elaine Fernandes. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em 13 set 2018.

VRDOLJAK, Davorka. et al. Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: A randomized controlled Trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 58,p. 160–169, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.007>. Acesso em 02 dez 2018.

XAVIER, Alana Gonçalves. et al. Um estudo sobre a integralidade da assistência a partir das práticas profissionais na atenção à mulher. *Rev enferm UFPE online*, Recife, vol. 9, suppl. 10, p. 1427-36, dez., 2015. DOI: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201508.

WEST, Brady T.; BERGLUND, Patricia; HEERINGA, Steven G. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. *The Stata Journal*, vol. 8, n.4,p. 520–531, 2008.Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/23780245_A_Closer_Examination_of_Subpopulation_Analysis_of_Complex-Sample_Survey_Data. Acesso em 07 ago 2018.

WOLLE, Cyntia C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.33 no.4 São Paulo Dec. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000400010>

YOUSSEF, R. M.; ABOU-KHATWA, S. A.; FOUAD, H. M. Current and never smokers: differentials in characteristics, knowledge and perceptions. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, vol. 9, n 5/6, 2003.