

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Gabriela Oliveira

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PRÁTICAS DE
CUIDADO ENTRE MULHERES: UM ESTUDO MISTO**

Santa Maria, RS
2019

Gabriela Oliveira

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PRÁTICAS DE CUIDADO
ENTRE MULHERES: UM ESTUDO MISTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Santa Maria, RS
2019

Oliveira, Gabriela

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PRÁTICAS DE CUIDADO
ENTRE MULHERES: UM ESTUDO MISTO / Gabriela Oliveira.-
2019.

165 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Denise Schimith
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Enfermagem 2. Doenças cardiovasculares 3. Fatores
de risco 4. Saúde da mulher 5. Estilo de vida saudável
I. Schimith , Maria Denise II. Título.

Gabriela Oliveira

**FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PRÁTICAS DE CUIDADO
ENTRE MULHERES: UM ESTUDO MISTO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 14 de fevereiro de 2019:

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Marta Regina Cezar-Vaz, PhD. (FURG)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)

Fernanda Beheregaray Cabral, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu maior tesouro, **minha família que tanto amo.**

Ao meu Pai José Antônio, a minha mãe Janice e a minha irmã Caroline.
Vocês que são o alicerce para a construção da minha vida, me ensinaram os valores
e as lições mais importantes e permitiram que este sonho se tornasse realidade.

Esta conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar uma etapa percebemos que não estamos sozinhos e, ao longo da trajetória contamos com pessoas especiais. A vocês os meus agradecimentos:

À **Deus**, pela benção da vida, por todas as oportunidades e por sempre colocar em meu caminho pessoas repletas de luz.

Aos **meus pais, José Antônio Klein Oliveira e Janice Bock Oliveira**, por me mostrarem o verdadeiro sentido da vida e da família, por serem exemplos de perseverança, competência e comprometimento. Pelo amor, atenção e dedicação incondicionais. Agradeço, principalmente, por nunca medirem esforços e tornarem esse sonho possível. Se cheguei até aqui é porque vocês me incentivaram e apoiaram. Jamais conseguirei expressar em palavras todo meu amor e gratidão, mesmo assim, eu amo vocês da forma mais pura e verdadeira.

À **minha amada irmã, Caroline Oliveira**, por ser a minha tranquilidade e confiança, por sempre acreditar em mim e que mesmo longe fisicamente, em alguns momentos, esteve sempre me ajudando, apoiando e incentivando. És meu exemplo de profissional de saúde comprometida, dedicada e competente. Eu amo você além dessa vida.

Ao **meu namorado, Anderson Magni**, por todo companheirismo, amor e amizade, por sempre me amparar e ajudar. Por compartilhar dos meus objetivos e sonhos e, contribuir para que eles se concretizassem. Eu amo você.

Aos **demais familiares**, por todos os bons momentos em família, momentos de diversão e comemoração, por sempre torcerem por mim e me apoiarem.

À **minha estimada orientadora, Professora Maria Denise Schimith**, por ser essa pessoa singular e especial, sempre irradiando luz e boas vibrações, onde sempre encontrei carinho, amparo e atenção. És exemplo de Enfermeira e pessoa para tod@s, admiro-lhe muito por ser esta mulher de fibra, coragem, comprometida e dona de um coração gigante. Agradeço pela acolhida e por ser mais que a orientadora, por ser amiga e anjo iluminado em meu caminho. Obrigada por compartilhar todos os fundamentos essenciais à minha trajetória, levarei teus ensinamentos por toda vida.

À **minha coorientadora**, na fase do Projeto, **Professora Lúcia Beatriz Ressel**, que me acompanha desde o segundo semestre da graduação, sendo outro anjo em minha trajetória. Agradeço por compartilhar todo conhecimento e aprendizado nesses anos. Os valores e os ensinamentos transmitidos estão sempre comigo.

Às **Professoras que compuseram a Banca Examinadora, Professora Marta e Professora Fernanda**, pelo aceite, pela disponibilidade de fazer parte deste momento e contribuir com o trabalho. À **Professora Laís**, por participar de mais este momento, por toda colaboração e trocas durante o Mestrado e no Grupo de Pesquisa e, na concretização deste estudo.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa PraCCeS – UFSM**, que proporcionaram conhecimento científico e diversas experiências, essenciais para minha trajetória, as nossas tardes de sextas, são muito especiais para mim. Em especial, a minha primeira **coorientanda**

de graduação, Jordana Lima da Silva, obrigada pela oportunidade e pelo aprendizado, por ter confiado em mim a coorientação do trabalho de conclusão de curso.

Às **colegas que compuseram a linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”** e aos **Petianos do PET ENFERMAGEM – UFSM**, grupos que participei durante a graduação. As oportunidades de convivência e trocas, foram essenciais para a minha formação e amadurecimento. Levo vocês sempre em meu coração.

Aos **colegas da 11ª Turma de Mestrado em Enfermagem da UFSM**, pelos conhecimentos compartilhados em aula e por todos os momentos de alegrias.

Aos **meus queridos colegas de graduação, Angélica, Caroline Cruz, Oclaris, Polyana e Thayná**, por mantermos nosso vínculo e amizade, por todos os momentos e por dividir comigo as angústias, as alegrias e as conquistas desde o ano de 2012. Amo vocês!! Agradeço em especial, **ao meu amigo e colega de apartamento, Oclaris**. Ocla, obrigada por ser equilíbrio, por compartilhar todas as vivências, por toda ajuda e pela proteção nesses dois anos.

À **Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**, pelo ensino público, gratuito e de qualidade, por possibilitar toda a minha formação. Aos **docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSM**, pelo conhecimento, amadurecimento e vivências oportunizadas.

À **Professora Rosana Teresa Onocko Campos**, pela oportunidade de trabalhar com a estratégia participativa e por ser sempre solícita e atenciosa com as nossas dúvidas e questionamentos. A utilização das narrativas e a conexão estabelecida nesta pesquisa foram primordiais para nós.

Às **mulheres participantes do estudo**, pela contribuição com a ascensão da pesquisa em Enfermagem, pela receptividade e pelo acolhimento em suas residências, por ressaltar a importância de realizar pesquisas e escutá-las. Aos profissionais e, em especial às Enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde de todas as equipes das Unidades de Saúde do Município de Santa Maria, por viabilizarem o estudo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e a Fundação de Amparo à Pesquisa** pela concessão da bolsa de Mestrado, possibilitando dedicação exclusiva e maior aproveitamento de todas as oportunidades.

Gratidão!

RESUMO

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PRÁTICAS DE CUIDADO ENTRE MULHERES: UM ESTUDO MISTO

AUTORA: Gabriela Oliveira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das maiores causas de mortes e hospitalizações, sendo os fatores de risco uma das principais implicações para o desenvolvimento. Destaca-se as mulheres, que estão predispostas aos fatores, pelas condições hormonais, pelos hábitos e por vezes não priorizar o cuidado com a saúde. A partir das questões de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico, de saúde e os fatores de risco cardiovascular entre as mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria? Quais os saberes e práticas de cuidado dessas mulheres acerca dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares? Objetivou-se investigar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e compreender os saberes e as práticas de cuidado de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria. Desenvolveu-se um estudo misto, que teve como cenário os serviços urbanos de Atenção Primária à Saúde e, na etapa qualitativa delimitou-se as Unidades Saúde da Família. A etapa quantitativa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada que utilizou instrumento para caracterização da população e identificação dos fatores de risco cardiovascular, além da Escala de Framingham, participaram dessa etapa 289 mulheres, a análise descritiva foi realizada no *software* R versão 3.4.3. A etapa qualitativa fundamentou-se na pesquisa participativa, com a produção dos dados mediante entrevista semiestruturada, associada a uma técnica de criatividade e sensibilidade e o desenvolvimento de narrativas, as quais possibilitaram a análise dos dados e a construção dos núcleos argumentais, participaram dessa etapa 30 mulheres. Os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram seguidos. Na etapa quantitativa, houve predomínio de participantes brancas (n=187; 64,7%), católicas (n=141; 48,8%), casadas (n=98; 34,0%), assalariadas ou autônomas (n=128; 44,6%), que estudaram em um período de zero a oito anos (n=134; 46,4%) e recebiam de um até dois salários (n=91; 31,5%). Os principais fatores identificados foram sedentarismo (n=176; 60,9%), uso do anticoncepcional em mulheres com idade fértil (n=178; 58,9%), estresse (n=175; 60,6%), depressão (n=116; 40,1%), obesidade (n=112; 38,8%), hipertensão arterial sistêmica (n=97; 33,6%), consumo de bebida alcoólica (n=86; 29,8%), histórico de evento cardiovascular na família (n=75; 26,0%) e dislipidemia (n=74; 25,6%). A maioria das participantes foram classificadas com alto risco conforme Risco 1 (n=81; 57,4%) e baixo segundo Risco 3 (n=74; 92,5%). Na etapa qualitativa, as usuárias demonstraram conhecimento acerca dos principais fatores de risco e das DCV, que foi proveniente de diversas fontes. Em relação às práticas de cuidado, algumas participantes revelaram realizar atividades físicas, alimentar-se adequadamente, possuir ações de lazer e ingerir medicamentos, contudo, outras não realizavam, mesmo reconhecendo os agravos à saúde. Os profissionais foram considerados importantes na prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV, as usuárias elencaram estratégias para fortalecer a atuação, sendo que, algumas apontaram fragilidades na assistência prestada. Conclui-se que fatores de risco importantes foram identificados, principalmente os modificáveis, relacionados aos hábitos e ao comportamento das mulheres. As participantes possuíam conhecimento acerca dos fatores de risco e apresentaram divergência na realização das práticas de cuidado, demonstrando a importância de ações voltadas às necessidades e singularidades da população.

Palavras-Chave: Enfermagem. Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Saúde da mulher. Estilo de vida saudável.

ABSTRACT

FACTORS OF CARDIOVASCULAR RISK AND CARE PRACTICES BETWEEN WOMEN: A MIXED STUDY

AUTHOR: Gabriela Oliveira
ADVISOR: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Cardiovascular diseases (CVD) are one of the major causes of deaths and hospitalizations, with risk factors being one of the main implications for development. Women, who are predisposed to factors, hormonal conditions, habits and sometimes do not prioritize health care, stand out. From the research questions: What is the sociodemographic, health profile and cardiovascular risk factors among the women attended in the Primary Health Care of Santa Maria? What are the knowledge and care practices of these women about risk factors for cardiovascular disease? The objective of this study was to investigate the risk factors for cardiovascular diseases and to understand the knowledge and care practices of women treated at Primary Health Care in Santa Maria. A mixed study was developed, which had as its scenario the urban services of Primary Attention to Health and, in the qualitative stage, the Family Health Units were delimited. The quantitative stage was performed through a semistructured interview that used an instrument to characterize the population and identification of cardiovascular risk factors, in addition to the Framingham Scale, 289 women participated in this phase, the descriptive analysis was performed in software R version 3.4.3. The qualitative stage was based on the participatory research, with the production of the data through semi-structured interview, associated to a technique of creativity and sensitivity and the development of narratives, which made possible the data analysis and the construction of the argumentative nuclei, participated in this stage 30 women. Ethical precepts involving human research were followed. In the quantitative stage, there was a predominance of white participants (n = 187; 64,7%), catholic (n = 141; 48,8%), married (n = 98; 34,0%), salaried or autonomous (n = 128; 44,6%), who studied in a period of zero to eight years (n = 134; 46,4%), and received from one to two salaries (n = 91; 31,5%). The main factors identified were sedentarism (n = 176; 60,9%), contraceptive use in women of childbearing age (n = 178; 58,9%), stress (n = 175; 60,6%), depression (n = 116; 40,1%), obesity (n = 112; 38,8%), systemic arterial hypertension (n = 97; 33,6%), consumption of alcoholic beverages (n = 86; 29,8%), history of cardiovascular events in the family (n = 75; 26,0%) and dyslipidemia (n = 74; 25,6%). The majority of the participants were classified as high risk according to Risk 1 (n = 81; 57,4%) and low according to Risk 3 (n = 74, 92,5%). At the qualitative stage, the users demonstrated knowledge about the main risk factors and CVD, which came from several sources. Regarding the care practices, some of the participations were focused on safety measures, food, recreational actions and medicines ingested, yet others not achievable, with the same recognition of health problems. The professionals were considered important in the prevention and control of the risk factors and the CVD, the users listed strategies to strengthen the performance, and some pointed weaknesses in the assistance provided. It is concluded that important risk factors were identified, mainly the modifiable ones, related to the habits and the behavior of the women. The participants had knowledge about the risk factors and presented divergence in the practice of care practices, demonstrating the importance of actions focused on the needs and singularities of the population.

Keywords: Nursing. Cardiovascular diseases. Risk factors. Women's health. Healthy lifestyle.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados Lilacs, BDNF, <i>PubMed</i> . Santa Maria, RS, 2018.....	31
Quadro 2 - Resultado da busca por pesquisas relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares em mulheres. Santa Maria, RS, 2018.....	33
Quadro 3 – Distribuição das unidades conforme região administrativa para a etapa quantitativa. Santa Maria, RS, 2018.....	41
Quadro 4 – Distribuição das unidades conforme região administrativa para a etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.....	42
Quadro 5 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV. Santa Maria, RS, 2018.....	46
Quadro 6. Caracterização das usuárias participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra total das mulheres participantes do estudo conforme faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	43
Tabela 2 – Distribuição da população conforme o nível de escolaridade por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	57
Tabela 3 – Distribuição da população conforme ocupação/trabalho por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	58
Tabela 4 – Distribuição da população conforme estado civil por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	59
Tabela 5 – Distribuição da população conforme etnia por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	59
Tabela 6 – Distribuição da população conforme a renda por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	60
Tabela 7 – Distribuição da população conforme religião por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	60
Tabela 8 – Distribuição da população conforme o uso de anticoncepcional por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	61
Tabela 9 – Distribuição da população conforme o uso de anticoncepcional hormonal por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	61
Tabela 10 – Distribuição da população conforme o uso de álcool e cigarro por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	62
Tabela 11 – Distribuição da população conforme as mulheres que fizeram ou fazem tratamento para depressão por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	63
Tabela 12 – Distribuição da população conforme a classificação do IMC por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	64
Tabela 13 – Distribuição da população conforme Hipertensão autorreferida por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	65
Tabela 14 – Distribuição da população conforme diagnóstico de Dislipidemia por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	66
Tabela 15 – Distribuição da população conforme diagnóstico de Síndrome do Ovário Policístico por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	66
Tabela 16 – Distribuição da população conforme diagnóstico de Diabetes Mellitus por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	67

Tabela 17 – Distribuição da população conforme a ocorrência da Doença Vascular Periférica por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....67

Tabela 18– Distribuição da população conforme histórico de evento cardiovascular na família por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....68

Tabela 19 – Distribuição da população conforme estratificação dos riscos cardiovasculares por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção duplo independente dos artigos selecionados acerca da temática dos fatores de risco cardiovascular na população feminina. Santa Maria, RS, 2018..	32
Figura 2 - Ilustração do projeto paralelo convergente. Santa Maria, RS, 2018.....	38
Figura 3 - Regiões administrativas de Saúde do Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2018.....	40
Figura 4 - Localização das unidades de saúde no Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2018.....	42
Figura 5 - Escala de Risco de Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos. Santa Maria, RS, 2018.....	47
Figura 6 - Diagnóstico de Risco Cardiovascular através dos pontos obtidos. Santa Maria, RS, 2018.....	48
Figura 7 - Material disponibilizado as participantes para a produção da TCS. Santa Maria, RS, 2018.....	51
Figura 8 – Distribuição da população conforme as mulheres que se consideram uma pessoa estressada por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	63
Figura 9 – Distribuição da população conforme sedentarismo por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.....	64
Figura 10 – Distribuição da população conforme a estratificação do Risco 1 e do Risco 3 em todas as faixas etárias. Santa Maria, RS, 2018.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDEnf	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DVP	Doença Vascular Periférica
ERF	Escore de Risco de Framingham
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
GAP	Gabinete de Apoio à Pesquisa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
PraCCeS	Práticas de Cuidado nos diversos Cenários de Atenção à Saúde
PubMed	<i>National Library of Medicine and the National Institutes of Health</i>
RCV	Risco Cardiovascular
RS	Rio Grande do Sul
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SM	Síndrome Metabólica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOBRAC	Associação Brasileira de Climatério
SOP	Síndrome do Ovário Policístico
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TCS	Técnica de Criatividade e Sensibilidade
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 APRESENTAÇÃO	17
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO	18
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 PRÁTICAS DE CUIDADO REALIZADAS PELAS MULHERES	25
3.2 PANORAMA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PRINCIPAIS AÇÕES DIRECIONADAS	27
3.3 MULHERES COM RISCO CARDIOVASCULAR: PESQUISAS DAS PÓS- GRADUAÇÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS	29
3.4 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	30
3.4.1 Caracterização das produções selecionadas	34
3.4.2 Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em mulheres identificados nas produções	35
4 PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.1.1 Etapa Quantitativa – Projeto Matricial	39
4.1.2 Etapa Qualitativa	39
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	40
4.2.1 Etapa Quantitativa	41
4.2.2 Etapa Qualitativa	41
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	43
4.3.1 Etapa Quantitativa	43
4.3.2 Etapa Qualitativa	43
4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS	44
4.4.1 Etapa Quantitativa	44
4.4.1.1 Instrumento de coleta de dados	45
4.4.2 Etapa Qualitativa	49
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	52
4.5.1 Etapa Quantitativa	52
4.5.2 Etapa Qualitativa	52
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
5 RESULTADOS QUANTITATIVOS	57
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	57
5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	61
5.3 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR CONFORME A ESCALA DE FRAMINGHAM	68
6 RESULTADOS QUALITATIVOS	71
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	71
6.2 CONHECIMENTO ACERCA DOS FATORES DE RISCO E DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	75
6.3 HÁBITOS FAVORÁVEIS (OU NÃO) À SAÚDE	77
6.3.1 Realização das práticas de cuidado – “Geralmente vem a ser do próprio jeito que tu vives, dos teus hábitos (Flor do Campo)”	77

6.3.2 Não realização ou interrupção das práticas de cuidado “E se eu te disser que eu não consigo fazer nada? Cuidar de mim, muito pouco, pouquíssimo mesmo (Antúrio)”	79
6.4 CONFLITOS ENTRE O CONHECIMENTO E O COMPORTAMENTO: “EU TENHO ESSA CONSCIÊNCIA DE QUE EU NÃO ME CUIDO COMO PRECISAVA” (AZALEIA)	81
6.5 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – “SÃO OS PRINCIPAIS PARA AJUDAR, SÃO AS PESSOAS RECOMENDÁVEIS, OS ESPECIALISTAS, OS MAIS IMPORTANTES (PETÚNIA)”	83
6.6 NARRATIVAS: DOS HÁBITOS REALIZADOS À SUA RESSIGNIFICAÇÃO – “FEZ A GENTE PARAR E PENSAR, TENTAR MUDAR UM POUCO O HÁBITO (SÁLVIA)”	86
7 DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	89
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	89
7.2 FATORES DE RISCO E AS PRÁTICAS DE CUIDADO	91
7.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADO E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	102
8 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	107
9 CONCLUSÕES	109
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	127
ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Durante a trajetória acadêmica, sempre estive envolvida em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, que consideravam o contexto sociocultural em que o indivíduo estava inserido, bem como a sua cultura, valores e crenças. Como integrante Petiana, do Programa de Educação Tutorial (PET) em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), realizei ações de educação e promoção da saúde em diversos cenários. Nos estágios curriculares, nas aulas práticas e atividades extracurriculares, estive na organização de dinâmicas para grupos de convivência nas Unidades Saúde da Família (USF) e em salas de espera, nas quais eram abordadas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares (DCV). Essas oportunidades permitiram identificar a alta prevalência de usuários com condições crônicas e a carência de conhecimentos acerca da temática.

As práticas de cuidado relacionadas à saúde, foram temas inerentes em todo processo de formação e como profissional de saúde, sempre busquei trabalhar e promover a realização de cuidados com os usuários da Atenção Primária a Saúde (APS) e os pacientes dos hospitais nos quais atuei. Além disso, as práticas de cuidado estiveram presentes nas pesquisas realizadas desde a graduação. A conclusão da graduação aconteceu em 2016 e, no trabalho de conclusão de curso (TCC) investiguei a construção do conhecimento e os cuidados que permeavam a prática do aleitamento materno no ciclo gravídico-puerperal.

Ademais, desde o início da graduação, desenvolvi trabalhos acadêmicos na área da saúde da mulher, como integrante no Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”. Desde o início do ano de 2016 venho participando e desenvolvendo trabalhos como integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa “Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, idosos e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde” – “Práticas de Cuidado nos Cenários de Atenção à Saúde (PraCCeS)”, no qual são desenvolvidos estudos com as temáticas das DCNT e das DCV. Estas vivências despertaram o interesse, evidenciaram a relevância da temática e apontaram o caminho para o desenvolvimento deste estudo.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO

As DCNT são consideradas um grave problema de saúde pública, em 2015, 40 milhões de mortes ocorreram devido a elas, correspondendo a 70% do total de 56 milhões de óbitos no mundo, destacando-se como principais as DCV (45% de todas as mortes por DCNT), neoplasias (22%), doenças respiratórias crônicas (10%) e o diabetes (4%) (WHO, 2017a).

No Brasil, as DCNT também apresentam crescente relevância epidemiológica, conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), aproximadamente 73% dos óbitos em 2011 foram ocasionados por estas doenças (MALTA et al., 2014). Dentre as DCNT, destacam-se as DCV que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 27% das mortes no mundo foram consequentes de DCV, à medida que no Brasil, 31% dos óbitos foram em decorrência destas doenças (AZEVEDO et al., 2014). A cada ano, estas doenças são responsáveis por mais de sete milhões de mortes em todo o mundo, principalmente em populações vulneráveis, com menor renda e escolaridade, além de mulheres e idosos (MORAES; FREITAS, 2012). Destaca-se ainda, que dados da OMS estimam que em 2030 aproximadamente 23,6 milhões de pessoas morrerão em decorrência das DCV (WHO, 2011a).

As DCV são caracterizadas por afetarem o sistema circulatório, causando distúrbios no coração e vasos sanguíneos (CARLUCC, 2013). Além do elevado índice de mortalidade, comprometem a qualidade de vida da população, e quando acometem os indivíduos, aumentam a sua permanência hospitalar. Ademais, apresentam grande impacto nos sistemas de saúde, na economia e na seguridade social (CARVALHO et al., 2015).

No entanto, destaca-se que algumas DCV são potencialmente evitáveis, e a APS constitui-se como importante cenário para trabalhar na sua prevenção e controle, por meio de ações como a investigação do fatores de risco e o rastreamento (LENTSCK; MATHIAS, 2015). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que a estratificação para o risco cardiovascular seja realizada na APS, nas consultas de enfermagem e médica e assim, seja elaborado um plano com os (as) usuários (as) direcionado as necessidades, conforme a estratificação e a presença dos fatores de risco (BRASIL, 2013).

Existem muitas razões para este cenário preocupante. Inicialmente, destacam-se as ações previstas nas políticas públicas de saúde relativas à prevenção de DCV, as quais, muitas vezes, estão aquém das necessidades da população. Ainda, salienta-se a falta de infraestrutura na APS, o que dificulta o controle de afecções que poderiam ser prevenidas em momento oportuno, principalmente nas regiões mais vulneráveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013a). Outra implicação para o desenvolvimento das DCV são os fatores de

risco que, quando não são identificados e/ou controlados, predisõem os indivíduos a essas patologias (MENDES, 2012). Um estudo epidemiológico evidenciou que, na ausência dos fatores de risco, as DCV raramente resultariam em óbito (COELHO et al., 2014).

Nesse contexto, os fatores de risco para as DCV podem ser divididos em modificáveis (ou controláveis) e não modificáveis. Os modificáveis envolvem aspectos comportamentais e ambientais, como colesterol sérico elevado, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, inatividade física, diabetes mellitus (DM), obesidade, estresse, obesidade abdominal e uso de anticoncepcional. Já os fatores de risco não modificáveis possuem etiologia biológica ou genética, como a hereditariedade, idade avançada e sexo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013a).

Muitos fatores de risco estão relacionados com o estilo de vida das pessoas. Logo, é indispensável conhecer os hábitos de vida da população, a fim de identificar os indivíduos com essas condições e desenvolver ações de educação em saúde, que permitam instrumentalizá-los quanto aos fatores que levam às DCV e, a partir disso, buscar a sensibilização para a modificação comportamental. Bonotto, Mendoza-Sassi e Susin (2016) reforçam que, para mudar os hábitos de vida da população, é necessário que esta conheça os fatores de risco associados às doenças crônicas.

Com relação aos fatores de risco para DCV na população feminina, autores afirmam que, embora os hormônios femininos possuam atividade protetora para a saúde, atualmente sabe-se que o comprometimento vascular pode iniciar ainda na juventude em mulheres. Principalmente quando alguns fatores estão associados, como o uso de contraceptivos orais, a síndrome dos ovários policísticos, a obesidade e o tabagismo, que têm contribuído para que esta situação seja agravada, comprometendo a saúde desta população e elevando o risco para o desenvolvimento das DCV (SANTOS et al., 2014).

Um estudo apresentou associação significativa entre o uso de contraceptivos orais com o aumento de parâmetros inflamatórios, como a proteína C reativa e o elevado risco para o desenvolvimento de DCV (SANTOS et al., 2016). Ademais, outro estudo apontou que fatores de risco como a DM prevalece, principalmente entre as mulheres (SANTOS; PINHO, 2012). Somado a isso, as mulheres também apresentam outras condições que as expõem às DCV, como a obesidade, visto que, um estudo apontou fatores relacionados a obesidade e excesso de peso em mulheres, como a mastigação inadequada, ingestão insuficiente de vitamina C, inatividade física, presença de dislipidemias e realização de dieta nos últimos seis meses (CARVALHO et al., 2016 e LOPES et al., 2016). Ainda possuem altos níveis de estresse, associados, muitas

vezes, à sobrecarga de responsabilidades com o trabalho, os cuidados com a família e as atividades domésticas (ASSIS et al., 2009). Frente ao exposto, compreende-se a importância de estudos, que envolvam os fatores de risco para DCV, tendo as mulheres como público-alvo.

Ainda no cenário da população feminina, as mesmas representam a maioria da população brasileira (50,77%) sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o MS, as mulheres vivem mais do que os homens, porém, são mais vulneráveis a certas doenças e adoecem mais frequentemente. No Brasil, as principais causas de óbito entre a população feminina são as DCV; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de colo do útero e o de pulmão; as doenças endócrinas; as doenças do aparelho respiratório; nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao município de Santa Maria, a população total é 261.031 habitantes, sendo que mais da metade são do sexo feminino 52,6% (IBGE, 2010). Conforme dados do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, do ano de 2011 até 2015, as DCV representaram as principais causas de óbitos na população (SANTA MARIA, 2018). Diante desses dados, destaca-se a importância da atenção à saúde da mulher referente aos fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, além da necessidade de o profissional de saúde estar engajado com ações que valorizem os aspectos socioculturais no atendimento às mulheres.

No que tange aos profissionais de saúde, o enfermeiro possui papel importante na redução dos riscos para DCV, por meio do desenvolvimento de ações de prevenção e sensibilização dos indivíduos. Rodrigues et al., (2015) destacam que o enfermeiro, por meio de ações de educação em saúde e do seu vínculo com a comunidade, pode atuar tanto na prevenção como na identificação precoce e controle dos fatores de risco cardiovascular na população. Para isso, este profissional precisa identificar e considerar as diferenças e singularidades de cada usuário, com base no sexo, idade e cultura.

Diante da elevada prevalência da mortalidade por DCV em mulheres, a gravidade das suas complicações e o alto custo para o sistema de saúde, fica evidente a importância de estudos que permitam contribuir na prevenção e controle destas doenças. Pressupõe-se que, ao identificar os fatores de risco e o risco cardiovascular de mulheres, e ainda, compreender o conhecimento e práticas de cuidados da população feminina relacionadas aos fatores e as DCV, será possível direcionar ações de educação em saúde específicas e mais efetivas para este público.

Sales, Rocha e Pedraza (2014), afirmam que, embora as informações acerca dos fatores de risco estejam disseminadas, pouco se sabe a respeito da percepção das mulheres sobre a importância dada a eles. Além das informações e do conhecimento, destaca-se a relevância de

compreender os valores e crenças da população, bem como as práticas de saúde, dessa forma, profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, podem, junto com os usuários, preservar, organizar ou repadronizar essas práticas de cuidado (SEIMA et al., 2011). Esse entendimento constitui importante aspecto na assistência à saúde, pois possibilita planejar e executar ações de saúde, voltadas à população feminina, com maior enfoque aos fatores que influenciam significativamente as condições de saúde dessa população (SALES; ROCHA; PEDRAZA, 2014).

Frente ao exposto, espera-se que este estudo possa proporcionar subsídios para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV entre as mulheres. Ademais, a presente temática é referenciada na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, subagenda cinco, no que tange ao desenvolvimento de métodos de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, controle e tratamento precoce das DCNT, como as DCV. Esta agenda busca respeitar as necessidades regionais e nacionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais e de saúde (BRASIL, 2015a).

Diante do exposto, tem-se como **questões de pesquisa** deste estudo:

Qual o perfil sociodemográfico, de saúde e os fatores de risco cardiovascular entre as mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria?

Quais os saberes e práticas de cuidado dessas mulheres acerca dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e compreender os saberes e as práticas de cuidado de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, culturais e de saúde de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria.
- Estratificar o risco cardiovascular e identificar os fatores de risco cardiovascular presentes entre as mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria.
- Descrever o perfil de risco cardiovascular das mulheres participantes do estudo, relacionando aos saberes e as práticas de cuidado na sua saúde.
- Identificar a percepção das mulheres acerca das práticas promotoras da saúde e aquelas que influenciam no desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A partir dos objetivos, apresentam-se nesta revisão de literatura quatro tópicos que subsidiaram teoricamente o estudo: Origem e evolução das práticas de cuidados realizadas pelas mulheres; Panorama das doenças crônicas não transmissíveis e doenças cardiovasculares: principais ações direcionadas; Revisão narrativa de literatura intitulada “Mulheres com risco cardiovascular: pesquisas das pós-graduações de saúde brasileiras” e por fim, uma revisão integrativa, acerca dos fatores de risco cardiovascular em mulheres.

3.1 PRÁTICAS DE CUIDADO REALIZADAS PELAS MULHERES

Os cuidados existem desde o surgimento da vida. Defendia-se o pensamento que era necessário “tomar conta” da vida para dar continuidade a ela. Dessa forma, destaca-se que, durante anos, os cuidados não pertenciam a uma profissão e não possuíam cunho científico, estavam relacionados à garantia da vida, à existência do grupo e da espécie. Diante desse contexto, pensava-se em manter as necessidades vitais, como energia, alimentação, habitat, vestuário e reprodução. Na organização dessas tarefas, dá-se a divisão sexuada do trabalho. Além disso, essas práticas de sobrevivência dão origem aos modos de vida, crenças e valores dos indivíduos (COLLIÉRE, 1999).

Na vertente do cuidar, surge o “bem” e o “mal”, sendo que o mal-estar, e tudo que é compreendido como maléfico, ou seja, a morte e as doenças são ocasionadas pelas “forças do mal”. Em um primeiro momento, o mediador entre o “bem” e o “mal”, eram os padres e religiosos, e a doença era vista como um castigo. Com o avanço da medicina e da humanidade, esse papel passou a ser realizado pelos médicos, identificando os sinais e sintomas de doenças. Nesse contexto, o hospital era lugar de agrupamento dos excluídos e dessa forma o corpo passa a ser instrumento para testar o tratamento de patologias. No final do século XIX, com o surgimento da tecnologia, o objetivo de cuidado isola-se das dimensões culturais e sociais, focalizando apenas no processo patológico, e o cuidar torna-se apenas tratar a doença (COLLIÉRE, 1999).

As mulheres constituem importante posição no processo de cuidar, sendo que, por muitos anos, foram “profissionais da saúde” sem acesso aos livros, cursos e sem diplomas, produzindo elas mesmas o seu ensino e conhecimento, compartilhando a sua experiência de

geração para geração. Pensando nas necessidades para dar continuidade a vida, destaca-se a alimentação. Durante muitos anos, a caça e a pesca foram meios essenciais para obtenção de alimentos, essas duas funções destinavam-se aos homens, enquanto as mulheres possuíam papel importante, no que diz respeito a cultivar, preparar e transformar as plantas em alimentos. Além dos cuidados com os vegetais, a população feminina fornecia estabilidade para a comunidade, cuidados para os indivíduos e era responsável pela educação das crianças (COLLIÉRE, 1999).

Com o preparo e transformação das plantas, as mulheres descobrem diversas funções para as mesmas, principalmente o poder terapêutico. O conhecimento, proveniente das observações e experiências empíricas com as plantas, constituiu a base fundamental para as práticas de cuidado realizadas pelas mulheres, cuidados essenciais para a manutenção e continuidade da vida, como alimentação, medicação e higiene (COLLIÉRE, 1999).

Os cuidados prestados pela população feminina estavam relacionados com as vivências, experiências e percepções. Inicialmente, as mulheres que poderiam prestar os cuidados eram somente aquelas que já tinham vivenciado a experiência materna, a gestação e/ou o parto. Com o aparecimento das mulheres religiosas, esse paradigma passa por mudanças, não restringindo as práticas de cuidado somente para aquelas mulheres que “deram à luz”, e se estendendo para as demais. Destaca-se que o cuidar envolvia o corpo e a alma, e se relacionava com a cultura, valores e crenças (COLLIÉRE, 1999).

Esse entendimento de cuidar passa por mudanças no decorrer do tempo, e começa a instalar-se uma nova concepção de cuidados, dirigida pela Igreja. Esta dissocia o corpo da alma, promovendo a supremacia ao espírito e desprezando o corpo doente, considerando-o como impuro e maléfico. Defendia-se o pensamento de que para o corpo se libertar é necessário sofrer e sentir dor. Dessa forma, a mulher e as práticas de cuidado que até então vinham sendo realizadas, passam a ser condenadas e julgadas como impuras e inadequadas, sendo apenas símbolos da sexualidade, forças do mal e do pecado. Concomitante a esses movimentos, surge a medicina, exclusivamente para homens, e subordinada a Igreja, relegando os conhecimentos e experiências femininas por meio das práticas de cuidado com o corpo e as plantas. Entretanto, os cuidados realizados pelas mulheres, poderiam ser destinados para as pessoas humildes e aos indigentes, pois os religiosos pregavam que servir aos pobres era permanecer pobre entre eles (COLLIÉRE, 1999).

As práticas de cuidado executadas pelas mulheres retornam com as primeiras escolas de enfermeiras. Destaca-se o início do século XX, com a separação do estado e da igreja, concomitantemente as descobertas da química e da física e, o pioneirismo de Florence Nightingale, dessa forma, o reconhecimento da enfermagem torna-se imprescindível. Contudo,

avançam também a tecnologia e a medicina, e em um primeiro momento a enfermagem era vista como auxiliar dos profissionais médicos, pois as enfermeiras prestavam assistência aos doentes e cuidavam das pessoas debilitadas, sendo assim, serviam a instituição e inevitavelmente aos seus representantes, na época, os médicos. O cuidado prestado era curativista, tratava apenas a patologia, e não era considerado o contexto e a cultura do paciente. Ainda no século XX, a enfermagem aproxima-se do conhecimento científico e perpassa diversas mudanças e atualizações, buscando um cuidado humanizado a todos os indivíduos de forma universal e integral (COLLIÉRE, 1999).

Pressupõe-se que o resgate histórico acima descrito permite compreender a origem e a evolução das práticas de cuidado realizadas pelas mulheres. Dessa forma, possibilitou fortalecer o conhecimento a respeito da temática e contribuiu para a compreensão das práticas existentes na atualidade.

3.2 PANORAMA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PRINCIPAIS AÇÕES DIRECIONADAS

As DCNT constituem a maior causa de óbitos no mundo, sendo que estimativas apontam 38 milhões de mortes como decorrentes destas. Entre elas destacam-se as DCV, câncer e doenças respiratórias crônicas. Aproximadamente 82% dos óbitos prematuros por DCNT poderiam ser evitados e ocorrem em países de baixa e média renda, além disso, cerca de 50% destas mortes ocorrem durante a vida produtiva das pessoas, sendo as DCV responsáveis por 37% de todos os óbitos (WHO, 2014).

O impacto socioeconômico das doenças acima descritas é crescente, e constitui-se como um dos maiores problemas para a saúde pública mundial (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). Dessa forma, dados da OMS, indicam gastos com a saúde de 1.078 dólares per capita no Brasil, no ano de 2012, e avançando para anos mais recentes, o gasto com a saúde foi de aproximadamente 9,5% do PIB per capita (WHO, 2015).

Diante da elevada prevalência das DCNT e da gravidade de suas complicações, principalmente das DCV, ocorreram, nas últimas décadas, no Brasil, investimentos em ações e programas federais direcionados à melhoria no processo saúde-doença. Considerando que uma das principais implicações para o desenvolvimento das DCNT são os fatores de riscos, e esses podem ser prevenidos, o MS, em 2006, implantou o Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, buscando informações atualizadas a

respeito da frequência, distribuição e avanço dos principais fatores que acarretam as doenças supracitadas (BRASIL, 2015b).

Ainda em 2006, o MS publicou o caderno de atenção básica, intitulado “Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”, o qual aborda diversas estratégias para reduzir as DCV na população brasileira, por exemplo, medidas anti-tabágicas, políticas de educação alimentar, ações de atenção ao diabetes mellitus e HAS. O caderno sobredito, é direcionado aos profissionais de saúde, atuantes na rede pública do SUS, buscando orientar e incentivar na realização de ações para a redução destas doenças (BRASIL, 2006a).

Em 2011, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, fortalecendo o compromisso do país no combate a estes agravos. Esse plano priorizou os investimentos e as ações necessárias para enfrentar e deter os fatores de risco e, conseqüentemente, as DCNT. Abordou também as principais patologias cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, câncer, além dos fatores de risco em comum e que são considerados modificáveis (BRASIL, 2011b).

Pensando no manejo dos usuários com DCNT, em 2014, foi lançado o caderno de atenção básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica”, destacando a importância e a complexidade das doenças crônicas. Ademais, abordou os fatores de risco e estratégias para mudanças de hábitos, práticas de atividade física e promoção da alimentação saudável, incentivando a construção de planos de cuidado pactuados com o usuário (BRASIL, 2014a).

No que diz respeito aos fatores de risco para as DCV, o MS publicou três cadernos de atenção básica, abordando especificadamente alguns fatores. No ano de 2006, foi lançado o caderno voltado para a HAS, visando diminuir o impacto desta e também orientar os profissionais quanto a prevenção, controle e tratamento (BRASIL, 2006b). Em 2014 e 2015, foram abordados os cuidados com as pessoas obesas e tabagistas, respectivamente, tendo como objetivo auxiliar os profissionais de saúde no processo de educação permanente, promoção da saúde e controle dessas situações (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015c). Em relação aos hábitos alimentares, referencia-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 2012, que possui como propósito melhorar as condições de nutrição, alimentação e saúde da população brasileira (BRASIL, 2012a).

No que concerne à saúde da mulher, em 2004, o MS transformou o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher em uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual está relacionada à ampliação do conceito e do cuidado a saúde da mulher. Dessa forma, buscou-se promover e melhorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, bem

como contribuir na redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil. Nesta direção, a política também abordou a prevenção e controle das doenças crônicas, caracterizando as DCV como uma das principais causas de óbitos em mulheres brasileiras, ademais, indicou a DM e a HAS como os principais fatores de risco cardiovascular.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), fundada em 1943, também é uma aliada nas ações de prevenção e controle das DCV, por meio de estratégias para ampliar e difundir o conhecimento, realizando ações em prol da saúde no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). Entre as diversas diretrizes publicadas pela SBC, as quais norteiam e proporcionam conhecimento a respeito das DCV, destaca-se a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, a qual aborda os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, tendo como principal objetivo a uniformização das condutas para a prevenção destas doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013a). No que se refere à saúde da mulher, ressalta-se a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da SBC e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC), a diretriz sobrescrita contempla a prevenção de DCV em mulheres, associando a influência da reposição hormonal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

Diante do exposto e da magnitude das DCNT, principalmente as DCV, na perspectiva das altas de taxas de mortalidade e dos elevados custos que estas doenças geram. Além disso, destaca-se as diversas ações e programas do SUS, do MS e da SBC voltadas para a prevenção, controle e tratamento das doenças supracitadas. Acrescenta-se que um estudo evidenciou maior porcentagem de cirurgia cardíaca em mulheres (PEREIRA et al., 2013), dessa forma, salienta-se a carência e a importância de ações que relacionam as DCV e a população feminina.

3.3 MULHERES COM RISCO CARDIOVASCULAR: PESQUISAS DAS PÓS-GRADUAÇÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

O presente item trata-se de uma revisão crítica reflexiva, realizada em 2017 no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a fim de identificar os fatores de risco cardiovasculares em mulheres, estudados em dissertações e teses defendidas em programas de pós-graduação brasileiros na área da saúde. O estudo supracitado é produto da disciplina de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, realizada no primeiro semestre do Mestrado e está publicado na Revista Brasileira em Promoção da Saúde ISSN1606-1230 (ANEXO I).

3.4 FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Considerando que os fatores de risco cardiovascular contribuem para o alto índice de mortalidade, hospitalizações e incapacidades (TESTON et al., 2016), foi realizada uma revisão integrativa abordando os fatores de risco cardiovascular em mulheres, com o principal propósito de contribuir na compreensão do conhecimento científico já produzido acerca da temática.

A presente revisão foi norteada pela **questão de pesquisa**: quais as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores de risco cardiovascular em mulheres? Elencou-se como **objetivo** analisar as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores de risco cardiovascular em mulheres.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como finalidade apresentar uma síntese dos resultados de artigos científicos, a partir da análise do conhecimento já existente a respeito da temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento do tema e elaboração da questão de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão; categorização; avaliação dos estudos incluídos na revisão e interpretação dos resultados e, por fim, a apresentação da síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca foi desenvolvida em outubro de 2017, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na *National Library of Medicine and the National Institutes of Health (PubMed)*. Devido a especificidade e pela exequibilidade da presente revisão, utilizou-se uma estratégia para cada busca, os descritores foram obtidos junto aos Descritores em Ciências em Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados Lilacs, BDENF, *PubMed*. Santa Maria, RS, 2018.

Base de Dados	DeCs / <i>MeSH Terms</i>
Lilacs via portal BVS	“fatores de risco” (título, resumo, assunto) <i>and</i> “Doenças Cardiovasculares” (título, resumo, assunto) <i>and</i> mulher (título, resumo, assunto)
BDENF via portal BVS	“fatores de risco” (título, resumo, assunto) <i>and</i> “Doenças Cardiovasculares” (título, resumo, assunto) <i>and</i> mulher (título, resumo, assunto)
<i>PubMed</i>	“ <i>risk factors</i> ” (<i>MeSH Terms</i>) <i>and</i> “ <i>cardiovascular diseases</i> ” (<i>MeSH Terms</i>) <i>and</i> “ <i>women</i> ” (<i>MeSH Terms</i>)

Fonte: resultado de pesquisa de revisão. Santa Maria, 2018.

Quanto aos critérios de inclusão, foram contemplados artigos publicados em português, inglês ou espanhol, provenientes de pesquisas primárias, disponíveis na íntegra, *online* e gratuitamente. Foram excluídos os artigos que não respondiam à questão de pesquisa, e que envolviam mulheres gestantes, pois depreende-se que a gestação envolve doenças e fatores de risco específicos a esse período. Destaca-se que os artigos duplicados foram contabilizados uma vez só e as pesquisas foram consideradas indisponíveis após diversas tentativas de encontrá-las.

As etapas de seleção e análise dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores de forma independente, visando minimizar possíveis erros de interpretação dos resultados. Posterior à leitura, organizou-se um quadro sinóptico com os estudos selecionados contendo os seguintes itens: identificação do artigo, referência, subáreas do conhecimento, local de realização da pesquisa, objetivo, delineamento, nível de evidência e principais resultados.

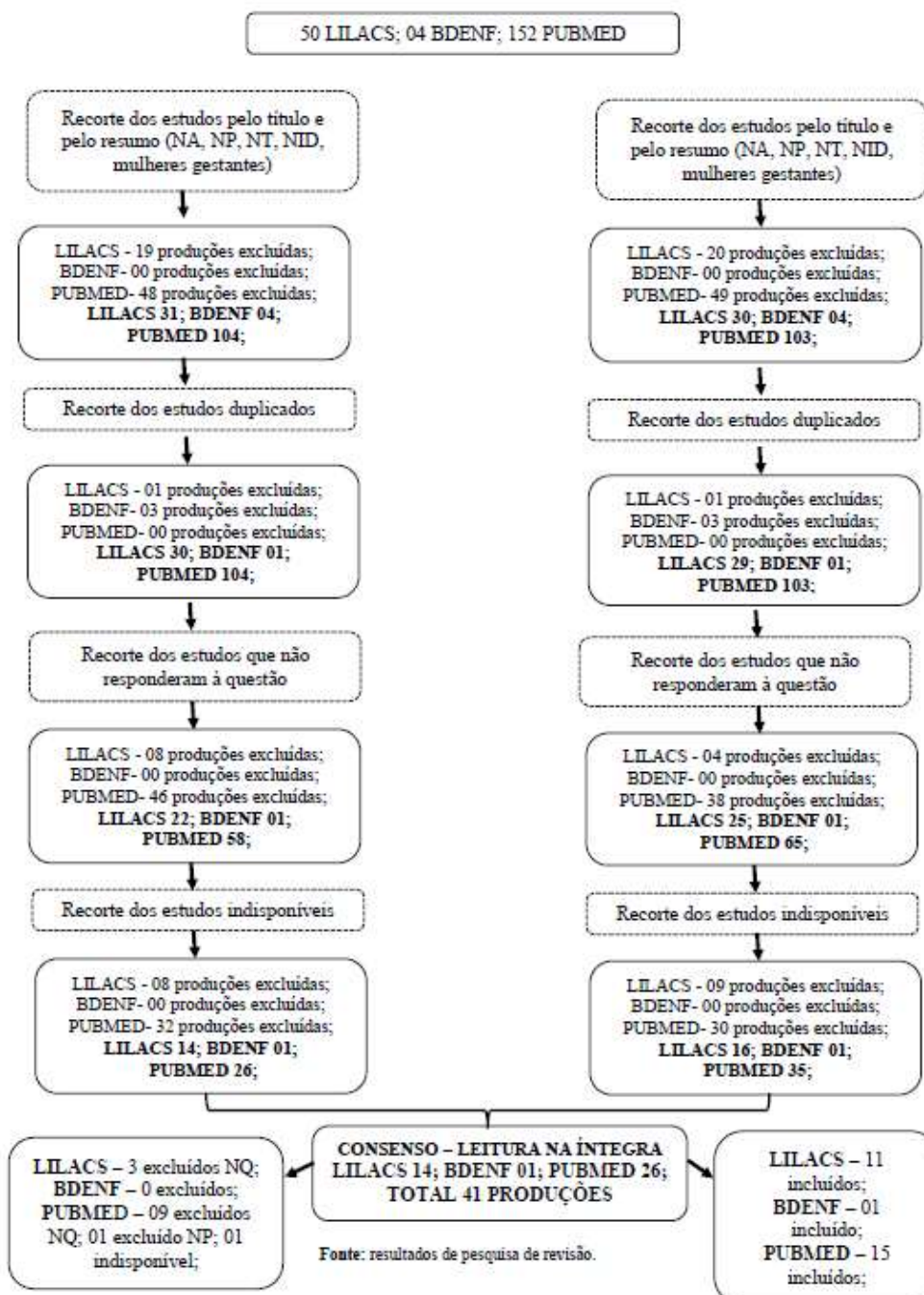
No portal BVS foram apuradas 674 produções e, após selecionar as bases de dados LILACS e BDENF, 54 pesquisas foram disponibilizadas. Já na *PubMed* apurou-se 152 produções, totalizando 208 estudos, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão o *corpus* final contou com 27 produções (Figura 1).

As produções selecionadas seguiram a classificação de acordo com os sete níveis de evidência proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Destaca-se que os aspectos éticos deste estudo foram preservados. Todos os autores dos artigos analisados foram referenciados adequadamente, conforme a Lei de Direitos Autorais nº.

9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998) reforçando que os dados e informações das pesquisas foram apresentados de forma fidedigna.

Segue abaixo a Figura 1, a qual trata do fluxograma de seleção dos estudos e a análise dos dois pesquisadores de forma independente. Utilizou-se uma legenda para facilitar a compreensão da figura: NA = não é artigo; NP = não é pesquisa primária; NT = não é da temática; NID = não é do idioma; NQ = não responde à questão.

Figura 1 - Fluxograma de seleção duplo independente dos artigos selecionados acerca da temática dos fatores de risco cardiovascular na população feminina. Santa Maria, RS, 2018.



Quanto aos resultados da presente revisão, a seguir será apresentado o Quadro 2 com as produções incluídas.

Quadro 2 - Resultado da busca por pesquisas relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares em mulheres. Santa Maria, RS, 2018.

A1	Veromaa V, Kautiainen H, Saxen U, Ceder MK, Bergman E, Korhonen PE. Ideal cardiovascular health and psychosocial risk factors among Finnish female municipal workers. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> . 2017;45:50–6.
A2	Schniegelow MD, Hedlin H, Mackey RH, Martin LW, Vitolins MZ, Stefanick ML. et al. Race and ethnicity, obesity, metabolic health, and risk of cardiovascular disease in postmenopausal women. <i>J Am Heart Assoc</i> . 2015;4(5):e001695.
A3	Arboix A, Cartanyà A, Lowak M, García-Eroles L, Parra O, Oliveres M. et al. Gender differences and woman-specific trends in acute stroke: Results from a hospital-based registry (1986–2009). <i>Clinical Neurology and Neurosurgery</i> . 2014;127:9–24.
A4	Lee RE, Mama SK, Adamus-Leach HJ. Neighborhood street scale elements, sedentary time and cardiometabolic risk factors in inactive ethnic minority women. <i>PLoS One</i> . 2012;7(12):e51081.
A5	Mason SM, Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D, Forman JP, Rich-Edwards JW. Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. <i>Ann Epidemiol</i> . 2012;22(8):562-7.
A6	Shivpuri S, Gallo LC, Mills PJ, Matthews KA, Elder JP, Talavera GA. Trait anger, cynical hostility and inflammation in Latinas: variations by anger type? <i>Brain Behav Immun</i> . 2011;25(6):1256-63.
A7	Thanavaro JL, Thanavaro S, Delicath T. Coronary heart disease knowledge tool for women. <i>J Am Acad Nurse Pract</i> . 2010;22(2):62-9.
A8	Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. <i>Psychosom Med</i> . 2009;71(8):836-42.
A9	Lesman-Leegte I, Jaarsma T, Sanderma R, Hillege HL, Veldhuisen JV. Determinants of depressive symptoms in hospitalised men and women with heart failure. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> . 2008;7:121 – 26.
A10	Ainy E, Azizi F. Women, occupation and cardiovascular risk factors: Findings from the Tehran Lipid and Glucose Study. <i>Public Health</i> . 2007; 121(12):950-3.
A11	Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. <i>Applied Nursing Research</i> . 2006;19:149 – 155.
A12	Artinian NT, Washington OG, Flack JM, Hockman EM, Jen KL. Depression, stress, and blood pressure in urban African-American women. <i>Prog Cardiovasc Nurs</i> . 2006;21(2): 68-75.
A13	Daroszewski, E.B. Dietary Fat Consumption, Readiness to Change, and Ethnocultural Association in Midlife African American Women. <i>Journal of community health nursing</i> . 2004;21(2):63–75.
A14	Wamala SP, Mittleman MA, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomer K. Potential Explanations for the Educational Gradient in Coronary Heart Disease: A Population-Based Case-Control Study of Swedish Women. <i>American Journal of Public Health</i> . 1999;89(3):315-21.
A15	Lindenstrom E, Boysen G, Nyboe J. Lifestyle factors and risk of cerebrovascular disease in women. <i>The Copenhagen City Heart Study</i> . <i>Stroke</i> . 1993;24(10):1468-72.
A16	Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendes G. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. <i>Rev Saude Publica</i> . 2017;51(1):1-16.

Quadro 2 - Resultado da busca por pesquisas relacionadas aos fatores de risco cardiovasculares em mulheres. Santa Maria, RS, 2018.

(continuação)

A17	Souza RA, Santos MS, Rizzo ER, Silva JAL, Silva JN, Messias CM. Fatores de risco cardiovascular e o uso de Escore de Framingham em uma população feminina. <i>Nursing</i> . 2016;17(221):1220-23.
A18	Almeida MC, Montenegro CEL, Sarteschi C, Montenegro GL, Montenegro PBR, Livera JR. et al. Comparação do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na síndrome coronariana aguda. <i>Rev bras Cardiol</i> .2014;27(6):423-9.
A19	Lopes ACS, Reyes ANL, César CC, Menezes MC, Santos LC. Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres. <i>Esc Anna Nery Rev Enferm</i> .2012;16(3):451-8.
A20	Nascimento JS, Gomes B, Sardinha AHL. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. <i>Rev Rene</i> . 2011;12(4):709-15.
A21	Witeck GA, Franz LBB, Busnello MB, Battisti IDE, Marchi D, Berlezi EM. et al. Índices antropométricos e fatores de risco cardiovascular entre mulheres residentes em uma área rural do estado do Rio Grande do Sul. <i>Sci. Med</i> . 2010;20(4):282-8.
A22	Assis LS, Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. <i>Esc Anna Nery Rev Enferm</i> . 2009;13(2):265-270.
A23	Solís VE, Alvarado VM, Quirós GS, Leandro AR. Factores de riesgo cardiovascular en un grupo de mujeres con sobrepeso y obesidad. <i>Acta Med Costarric</i> . 2008; 4(50):213-20.
A24	França AP, Marucci MFN, Aldrighi JM. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. <i>Rev bras saúde matern Infant</i> . 2008;8(1):65-73.
A25	Fuchs SC, Moreira LB, Camey AS, Moreira MS, Fuchs FD. Clustering of risk factors for cardiovascular disease among women in Southern Brazil: a population-based study. <i>Cad Saude Publica</i> . 2008;24(2):285-93.
A26	Müller AR, Wichmann FMA, Ohlweiler ZNC. Perfil lipídico da dieta alimentar como fator de risco para doenças cardiovasculares em idosas ativas. <i>Rev bras geriatr Gerontol</i> . 2007;10(2):179-89.
A27	Fernández-Olaechea MD, Roselló-Araya M. Factores de riesgo cardiovascular en dos grupos de mujeres con cardiopatía coronaria y sin ella. <i>Rev Costarric Cienc Med</i> . 1997;18(2):29-35.

Fonte: resultados de pesquisa de revisão. Santa Maria, 2018.

3.4.1 Caracterização das produções selecionadas

Dentre os 27 estudos analisados na íntegra, a maioria eram internacionais, sendo sete pesquisas realizadas nos Estados Unidos (EUA), dois na Costa-Rica, seguido por Finlândia, Espanha, México, Holanda, Irã, Suécia e Dinamarca cada país com uma produção. Destacam-se as pesquisas nacionais, as quais foram realizadas nos diversos estados do país, totalizando dez estudos. No que diz respeito às subáreas de conhecimento, predominou a Medicina com 11 estudos, seguido da Enfermagem com nove, após a Nutrição com quatro, Psicologia com dois e uma pesquisa na área de Saúde Pública. Referente ao delineamento dos estudos, todos eram pesquisas quantitativas e, quanto ao nível de evidência, 21 estudos foram classificados

com nível de evidência 6, quatro estudos possuíam nível de evidência 4, e dois estudos foram classificados com nível de evidência 2 e 3 cada um.

3.4.2 Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em mulheres identificados nas produções

Com o propósito de responder à questão norteadora da presente revisão, foi realizada a análise dos estudos incluídos e evidenciou-se fatores de risco na população feminina que predis põem ao desenvolvimento das DCV. Foram evidenciados os fatores de risco modificáveis e/ou controláveis, fatores de risco não modificáveis, complicações das DCV, conhecimento das mulheres a respeito destas doenças e ações de promoção à saúde nesse contexto.

Em relação aos fatores de risco modificáveis e/ou controláveis, a maioria dos estudos evidenciaram a HAS^{A2-A5, A10, A12, A14, A16-A23, A25, A27}. A obesidade e/ou excesso de peso também foi constatado em um grande número de estudos^{A3-A4, A10-A11, A17, A19-A27}. Fatores psicossociais e emocionais foram apontados, envolvendo a ansiedade e estresse no local de trabalho^{A1}, um estudo apresentou relação significativa entre o abuso emocional e o desenvolvimento de HAS em mulheres^{A5}. Outras pesquisas também relacionaram os fatores psicossociais com a ocorrência de HAS, como, depressão^{A12} e o estresse^{A14}, além desses fatores, a hostilidade^{A6}, solidão^{A8}, depressão^{A9} e o estresse^{A20, A22} foram associados ao desenvolvimento das DCV.

Ainda no que se refere aos fatores modificáveis e/ou controláveis, destacou-se o sedentarismo^{A4, A15, A18, A20, A22-A25}, a dislipidemia^{A2, A10, A17, A19-A20, A23}, elevação dos níveis de triglicerídeos^{A2, A10, A20, A25}, diabetes (tipo I e tipo II)^{A17, A20, A25, A27}, tabagismo^{A15, A17}, hábitos alimentares^{A12-A13, A19, A25} e síndrome metabólica^{A17}. Foram constatados alguns fatores sociais, como as características ambientais dos cenários das residências das participantes do estudo^{A4}, nesse sentido, alguns fatores podem facilitar ou dificultar o risco cardiovascular, por exemplo, o acesso para atividades físicas, lugares mais tranquilos e sossegados. Outro fator social apontado foi a ocupação das mulheres, o estudo^{A10} evidenciou que mulheres donas de casa estão mais predisponentes aos fatores de risco cardiovascular do que mulheres trabalhadoras. Além disso, mais dois estudos associaram os eventos hormonais da mulher com os fatores de risco modificáveis, um deles relacionou o uso do contraceptivo oral e o desenvolvimento de HAS^{A16} e o outro, abordou o período pós menopausa, no que diz respeito ao uso de terapia hormonal, o hábito de fumar e o maior risco cardiovascular^{A15}.

No que concerne aos fatores de risco não modificáveis, dois estudos apresentaram evidências científicas, um abordando questões raciais e étnicas, como a maior propensão de

mulheres negras desenvolverem HAS e anormalidades metabólicas, e já as mulheres brancas possuem maiores riscos de níveis elevados de triglicédeos e baixo HDL^{A2}. Além desses, dois estudos abordaram o histórico familiar como fator de risco para as DCV^{A22, A27}.

Ademais, estudos ^{A3, A18} evidenciaram complicações quando as DCV acometem a população feminina, como o prolongamento de internações, devido principalmente a desfechos adversos. Além disso, os óbitos decorrentes das DCV foram mais frequentes em mulheres quando comparados a população masculina.

Outras produções ^{A7, A11} buscaram avaliar o conhecimento de mulheres acerca dos fatores de risco e das DCV. Foi constatado ^{A11} baixo nível de conhecimento a respeito das DCV, mas as mulheres do estudo reconhecem que as modificações de hábitos podem preveni-las, entretanto foi evidenciado que as mulheres não praticam ações de prevenção relacionadas às DCV. Além disso, uma pesquisa^{A13} evidenciou a influência etnocultural nos hábitos alimentares da população feminina.

Frente aos achados, observa-se os diversos fatores que predis põem as mulheres ao desenvolvimento das DCV, e indica-se que quando essas doenças acometem esta população, causam complicações e óbitos em números elevados. Além disso, evidenciou-se a carência de conhecimentos acerca das DCV e, mesmo que as mulheres saibam que a mudança comportamental contribuirá na redução do risco cardiovascular, esta não ocorre efetivamente. Diante do exposto, ressalta-se a importância de estudos que busquem compreender os hábitos de vida das mulheres e que, se necessário, incentivem mudanças destes, enfatizando o cuidado com a saúde da mulher, a prevenção e controle das DCV.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresenta-se, na sequência, o percurso metodológico desenvolvido para responder à questão orientadora e contemplar os objetivos propostos. As etapas de pesquisa foram organizadas em: delineamento, cenário e participantes, além dos procedimentos para coleta, produção e análise dos dados e as considerações éticas.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo misto, do tipo paralelo convergente, com delineamento quantitativo e qualitativo, (QUAN) + QUAL, sendo que para essa representação o parêntese significa que o método está incorporado dentro de um projeto maior e o sinal de + representa que os dois métodos ocorreram simultaneamente, ou seja, na mesma fase da pesquisa (CRESSWELL, 2013).

Optou-se por esse caminho, pois a combinação de diferentes métodos permite melhor entendimento e compreensão do problema de pesquisa, considerando as peculiaridades de cada técnica (POLIT; BECK, 2011). A utilização das duas técnicas, quando comparada à utilização de somente uma, é considerada uma solução para os problemas encontrados na realização dos estudos, visto que o delineamento possibilita analisar e compreender o objeto de pesquisa de forma ampla e aprofundada (CRESWELL, 2013).

Conforme Creswell e Clark (2013, p 22), a utilização das duas técnicas, configura-se como “diversas maneiras de ver” o objeto de estudo, possibilitando pontos de vista distintos. Além disso, em muitas pesquisas os resultados quantitativos proporcionam explicações gerais, necessitando o aprofundamento do que esses resultados significam, sendo assim, os dados qualitativos podem contribuir para essa compreensão mais aprofundada do fenômeno estudado.

As técnicas quantitativas permitem a avaliação da frequência, gravidade e tendência (HULLEY et al., 2015). Possibilitam a precisão dos resultados, além de identificar as características ou fatores gerais dos fenômenos em estudo, por meio da análise das variáveis individualmente ou da sua associação ou dependência com outras variáveis (SANTOS, 2009).

Já o método qualitativo propicia a interpretação dos fenômenos, a descrição, compreensão e a análise da realidade de diferentes formas, representando as experiências vivenciadas pelos indivíduos (MINAYO, 2014). Conforme Marconi e Lakatos (2010 p. 269) as

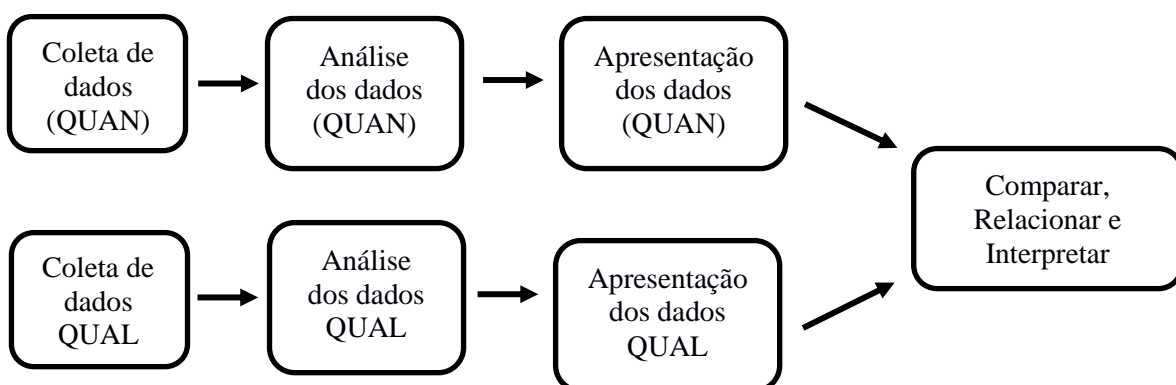
técnicas qualitativas “preocupam-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano”.

Dessa forma, a utilização das duas técnicas proporcionou a identificação das características, dos fatores de risco para as DCV e do perfil cardiovascular da população estudada, além disso, possibilitou a compreensão das práticas de cuidado e hábitos que favorecem ou controlam o desenvolvimento e agravamento das DCV.

A utilização das técnicas quantitativa e qualitativa são descritas de diferentes estratégias na literatura. Classificou-se o presente estudo como projeto paralelo convergente, pois esse tem como propósito obter diferentes dados, porém complementares, acerca do mesmo tópico, possibilitando melhor compreensão do problema de pesquisa (CRESWELL, 2013). Serão descritos os procedimentos utilizados para a execução da presente pesquisa, contemplando os procedimentos que envolveram o projeto paralelo convergente.

Primeiramente, a pesquisadora coletou os dados quantitativos e os dados qualitativos, cabendo destacar que a coleta das duas etapas ocorreu na mesma fase da pesquisa, ou seja, na fase de coleta dos dados e uma não dependeu dos resultados da outra. Após a coleta, a pesquisadora analisou os dois conjuntos de dados de forma separada e independente, utilizando análise descritiva para os dados quantitativos e a análise participativa para os dados qualitativos. Na terceira etapa, a pesquisadora estabeleceu a descrição dos resultados, sendo apresentados de forma separada. No último momento, foi realizada a interpretação e convergência dos resultados, relacionando os achados quantitativos e qualitativos.

Figura 2 - Ilustração do projeto paralelo convergente. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: Adaptada de Creswell (2013). Santa Maria, 2018.

4.1.1 Etapa Quantitativa - Projeto Matricial

A etapa quantitativa deriva de uma pesquisa matricial do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão Práticas de Cuidados nos Cenários de Atenção à Saúde, intitulada “Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria – RS”. O objetivo do estudo foi “Caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria”. O delineamento metodológico foi quantitativo, transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento para a caracterização sociodemográfica e de saúde da população estudada, e identificação dos fatores de risco cardiovascular, bem como a Escala Framingham (LOTUFO, 2008) para a estratificação do risco cardiovascular. A população estudada foi constituída pelos usuários de ambos os sexos atendidos nos serviços de APS, cuja amostra se deu por meio de cálculo amostral.

Para a definição da amostra, primeiramente foi obtido o número de total de habitantes da cidade de Santa Maria/RS pertencentes à faixa etária de 20 a 79 anos (N=182.360 hab.) (IBGE, 2010). Após, procedeu-se o cálculo do percentual populacional por década, dentro da faixa etária citada. Foram identificadas todas as unidades da APS, da zona urbana do município, por região administrativa e a quantidade de usuários atendidos em cada uma delas (SANTA MARIA, 2013). Após esta identificação, foi realizado um cálculo amostral específico para cada região, dividido por sexo e faixa etária. Para tal, utilizou-se a prevalência de DCV em 50% ($p=0,5$), nível de significância de 5% e erro máximo na estimativa de prevalência de 5%. Após acréscimo de 20% para possíveis perdas, obteve-se um total de 490 pessoas a serem pesquisadas. Definiu-se para a presente pesquisa a participação somente das usuárias do sexo feminino que compuseram, aproximadamente, a metade da amostra total. A pesquisadora responsável pelo projeto matricial autorizou a utilização do banco de dados para a etapa quantitativa da presente pesquisa (ANEXO D).

4.1.2 Etapa Qualitativa

A etapa qualitativa fundamentou-se na pesquisa participativa, com abordagem interpretativa, realizada por meio da construção e devolutiva de narrativas. Essas estratégias participativas, conforme Onocko - Campos (2011), buscam produzir mudanças na forma clássica de desenvolver pesquisas. Ainda, a autora afirma que a utilização de estratégias participativas, como a narrativa, no âmbito da saúde coletiva, permite compreender as

vivências, experiências e os significados dos indivíduos frente a um determinado fenômeno (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Acrescenta-se ainda, que a pesquisa participativa oportuniza ao participante atuar no processo de investigação, possibilitando a ressignificação e autorreflexão de suas condutas (FURTADO; ONOCKO - CAMPOS, 2008). Dessa forma, percebeu-se a importância de utilizar estratégias participativas na presente pesquisa, pois além de identificar os saberes e as práticas de cuidado relacionadas aos fatores de risco para as DCV, foi possível dialogar, discutir e interrogar com as participantes, buscando a ressignificação de seus hábitos e cuidados.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em unidades de APS da região urbana do município de Santa Maria. A cidade está localizada na região central do Rio Grande do Sul, a 293 km da capital do estado. Possui área geográfica total de 1.774,83 km² sendo 121 km² de área urbana (SANTA MARIA, 2018). O município é dividido em oito regiões administrativas, sendo elas: Centro, Centro Oeste, Centro Leste, Oeste, Leste, Norte, Nordeste e Sul.

Figura 3 - Regiões administrativas de Saúde do Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: Santa Maria, 2018.

A assistência ofertada na APS caracteriza-se por condutas em saúde, que contemplem o âmbito individual e coletivo, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de maiores danos, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a manutenção da saúde, sendo indispensável o trabalho em equipe. O cuidado primário à saúde tem como prioridade as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas USF, sendo que esses atendimentos expressam a descentralização dos serviços especializados (BRASIL, 2011c). No momento da coleta de dados, o município de Santa Maria contava com 24 unidades urbanas de APS e três unidades rurais de saúde (SANTA MARIA, 2013).

4.2.1 Etapa Quantitativa

A etapa quantitativa da pesquisa ocorreu em todas as unidades de APS da zona urbana do município de Santa Maria, sendo 11 USF, nove UBS e quatro unidades mistas, nas quais atuam equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e UBS. A seguir, apresenta-se a distribuição dessas unidades por região administrativa:

Quadro 3 – Distribuição das unidades conforme região administrativa para a etapa quantitativa. Santa Maria, RS, 2018.

REGIÃO CENTRO: UBS Crosseti, UBS Dom Antônio Reis;
REGIÃO CENTRO-OESTE: UBS Centro Social Urbano, USF Lídia;
REGIÃO CENTRO-LESTE: UBS São Francisco, USF Maringá, USF São José;
REGIÃO OESTE: USF Roberto Binato; UBS Floriano Rocha; UBS Ruben Noal, USF Victor Hoffmann; USF São Serafim; USF São João; USF Alto da Boa Vista.
REGIÃO LESTE: Unidade mista Wilson Paulo Noal; UBS Walter Aita;
REGIÃO NORTE: Unidade mista Kennedy; USF Bela União; UBS Joy Betts;
REGIÃO NORDESTE: Unidade mista Itararé; UBS Mozzaquatro;
REGIÃO SUL: Unidade mista Oneide de Carvalho; USF Urlândia; USF Santos.

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

4.2.2 Etapa Qualitativa

Foi realizada em todas as USF urbanas do município de Santa Maria, totalizando 15 unidades. Definiu-se somente pelas USF, pois essas contam com os Agentes Comunitários de

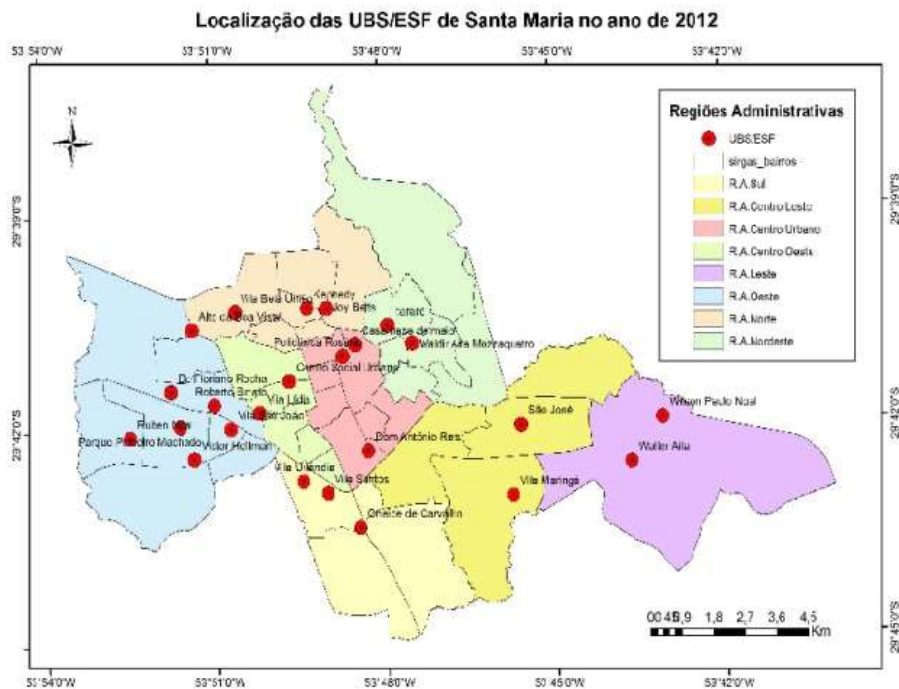
Saúde (ACS) na equipe de trabalho. Dessa forma, os ACS foram facilitadores no processo de investigação, devido a sua relação e proximidade com a comunidade, favorecendo a localização e o contato com as participantes. A seguir, será descrita a distribuição das unidades segundo região administrativa:

Quadro 4 – Distribuição das unidades conforme região administrativa para a etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.

REGIÃO CENTRO-OESTE: USF Lídia;
REGIÃO CENTRO-LESTE: USF Maringá, USF São José;
REGIÃO OESTE: USF Roberto Binato; USF Victor Hoffmann; USF São Serafim; USF São João; USF Alto da Boa Vista.
REGIÃO LESTE: Unidade mista Wilson Paulo Noal;
REGIÃO NORTE: Unidade mista Kennedy; USF Bela União;
REGIÃO NORDESTE: Unidade mista Itararé;
REGIÃO SUL: Unidade mista Oneide de Carvalho; USF Urlândia; USF Santos.

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Figura 4 - Localização das unidades de saúde no Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: Prefeitura Municipal de Saúde, 2012.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.3.1 Etapa Quantitativa

Foram captadas as usuárias atendidas nas unidades urbanas da APS no município de Santa Maria. Estabeleceu-se como critério de inclusão: mulheres usuárias da APS na zona urbana do município, que tivessem entre 20 a 79 anos de idade, exceto as mulheres gestantes.

A amostragem foi aleatória, não sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sendo assim, totalizaram 289 participantes, usuárias de todas as unidades urbanas da APS.

Apresenta-se na sequência, a Tabela 1, com a composição e distribuição da amostra do estudo, conforme as faixas etárias definidas. Destaca-se que em todas as faixas etárias o número coletado ultrapassou a amostra prevista, sendo que para a faixa etária de 20 – 29 era previsto 60 entrevistas, para 30 – 39 = 49; 40 – 49 = 49; 50 – 59 = 42; 60 – 69 = 28 e 70 – 79 = 17.

Tabela 1 – Distribuição da amostra total das mulheres participantes do estudo conforme faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos completos)						TOTAL
20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
63	54	61	62	30	19	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

4.3.2 Etapa Qualitativa

Participaram dessa etapa mulheres captadas nas USF do município de Santa Maria. Foram definidos como critérios de inclusão: ser mulher e usuária do serviço de APS do município, ter participado da etapa quantitativa, e ter entre 20 a 79 anos. Ser gestante também se constituiu como critério de exclusão nessa oportunidade.

O número de participantes deste estudo foi baseado a partir do critério de saturação dos dados o que, segundo Minayo (2014), acontece quando os dados começam a ser redundantes, e principalmente quando o objetivo do estudo é alcançado. Dessa forma, participaram da etapa qualitativa 30 mulheres.

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

4.4.1 Etapa Quantitativa

Previamente ao início da coleta de dados, foi realizada uma capacitação para todos os coletadores e pesquisadores envolvidos, a fim de padronizar as aferições das variáveis da pesquisa. Cada coletador(a) recebeu um ‘manual para coleta de dados’ o qual possuía todas as informações acerca da pesquisa e dos procedimentos para a coleta. Dessa forma, buscou-se evitar possíveis dúvidas e erros na seleção dos participantes, na coleta e organização dos dados. As orientações acerca das medidas antropométricas foram realizadas por uma profissional nutricionista, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. A maioria dos materiais utilizados para as coletas eram de posse dos pesquisadores, exceto a balança para a pesagem. Para obtenção deste dado, foi utilizada a balança disponível na unidade de saúde.

Os dados foram coletados em todas as unidades de APS da zona urbana, no período de março a outubro de 2017. A coleta ocorreu na maioria das unidades da seguinte maneira: ao finalizar a amostragem de uma região administrativa, automaticamente foi iniciada a coleta de dados em outra, porém em alguns momentos coletou-se em duas regiões concomitantemente. Destaca-se que, nessa circunstância, em cada unidade da região administrativa estava sempre presente uma mestranda.

A captação das usuárias na unidade de saúde ocorreu de segunda a sexta-feira de acordo com a demanda do serviço. Em unidades com menor demanda, foi necessário coletar somente pela manhã, pois concentrava-se maior número de usuárias que frequentavam a unidade nesse turno, devido, principalmente, a realização de consultas médicas. A captação foi aleatória e não sistemática, dessa forma, todas as usuárias que estavam na unidade aguardando qualquer atendimento foram convidadas a participar da pesquisa, em virtude dos diversos serviços ofertados pelas unidades (atendimento na recepção, consulta médica e de enfermagem, sala de vacina, retirada de medicamentos, grupos de saúde, realização de procedimentos, etc.) não foi viável realizar a randomização com sequência pré-estabelecida. Contudo, conseguiu-se manter a aleatoriedade visto que o convite foi realizado nas salas de espera, nas filas dos diversos atendimentos, locais nos quais estavam grande número de usuárias, mantendo assim, a não conveniência na abordagem.

Em virtude da metodologia acima descrita, foi ultrapassado o número de mulheres previamente estabelecido na amostragem, pois após realizar o convite, as entrevistas foram

realizadas com as usuárias que mostravam interesse em participar. Buscando manter a proporção definida em amostra inicial, quando próximo ao fechamento de cada faixa etária, os pesquisadores controlavam a frequência dos participantes para manter as proporções.

Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. A entrevista, conforme autores, é uma técnica eficiente para a obtenção dos dados acerca do comportamento humano, podendo ser utilizada tanto para a classificação como para a quantificação de informações. Além disso, permite que o pesquisador esteja mais próximo do entrevistado (OLIVEIRA et al., 2010).

4.4.1.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados está dividido em três módulos (ANEXO C).

Passo 1: caracterização demográfica e informações sobre indicadores socioeconômicos.

Passo 2: investigou-se as questões referentes a fatores de risco que podem estar associados ao desenvolvimento de DCV e variáveis que também devem ser avaliadas, como a pressão arterial e dados antropométricos: peso, altura, IMC, circunferência abdominal, cintura e quadril. Além do uso de anticoncepcional, uso do álcool e do cigarro, fumo passivo, uso de outras drogas, tratamento antidepressivo, estresse e realização de atividades físicas.

Passo 3: aplicou-se a Escala de Risco de Framingham (ERF) para estratificar o risco cardiovascular (RCV) das usuárias.

A estratificação do risco cardiovascular por meio do escore de Framingham é baseado na soma de valores numérico, positivo e/ou negativos, a partir de zero, conforme o risco atribuído para os valores das variáveis mencionadas anteriormente (idade, pressão arterial (PA), DHL, LDL, tabagismo e diabetes). Cada escore obtido corresponde a um percentual de probabilidade de ocorrer um evento cardiovascular nos próximos dez anos (BRASIL, 2013). Esse processo é dividido em três etapas, que serão descritas a seguir:

Etapa 1: investigou-se o histórico de saúde da participante, identificou-se as informações sobre fatores de risco prévios (Quadro 5) que foram classificados em risco baixo/intermediário ou alto risco (Risco 1). Se a usuária apresentasse apenas um fator de risco baixo/intermediário, não houve necessidade de calcular o escore, pois ela foi considerada como baixo RCV. Se apresentasse ao menos um fator de alto risco, também não houve necessidade de calcular o escore, pois essa usuária já era considerada como alto RCV. O cálculo foi realizado quando a usuária apresentasse mais de um fator de risco baixo/intermediário, passando assim para a etapa 2.

Quadro 5 - Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV. Santa Maria, RS, 2018.

INDICADORES DE RISCO BAIXO/INTERMEDIÁRIO	
•	Idade > 65 anos;
•	Sexo masculino;
•	Tabagismo;
•	Hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia;
•	Obesidade (IMC > 30kg/m ²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens).
•	Sedentarismo;
•	História familiar de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1º grau – pai, mãe, irmãos (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos);
•	História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal);
•	Manifestações de aterosclerose: sopros arteriais carotídeos; diminuição ou ausência de pulsos periféricos.
•	Diagnóstico prévio de dislipidemia;
•	Diagnóstico prévio de síndrome de ovário policístico.
INDICADORES DE ALTO RISCO	
•	Acidente vascular encefálico (AVE) prévio;
•	Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio;
•	Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA);
•	Ataque isquêmico transitório (AIT);
•	Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE);
•	Nefropatia;
•	Retinopatia;
•	Aneurisma de aorta abdominal;
•	Estenose de carótida sintomática;
•	Diabetes mellitus;
•	Doença vascular periférica;
•	Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
•	Angina no peito.
•	Doença renal crônica

Fonte: BRASIL, 2006a, p. 17. Santa Maria, 2018.

Etapa 2: foram identificados a idade, exames de colesterol total, tabagismo, HDLc, PA, ainda, glicemia de jejum, triglicerídeos e LDL, atribuindo a pontuação para cada variável da escala (Figura 5).

Figura 5 - Escala de Risco de Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos. Santa Maria, RS, 2018.

HOMENS			MULHERES			
1	idade	ponto	idade	ponto	idade	ponto
	20-34	-9	20-34	-7	20-34	-7
	35-39	-4	35-39	-3	35-39	-3
	40-44	0	40-44	0	40-44	0
	45-49	3	45-49	3	45-49	3
	50-54	6	50-54	6	50-54	6
	55-59	8	55-59	8	55-59	8
	60-64	10	60-64	10	60-64	10
	65-69	11	65-69	12	65-69	12
	70-74	12	70-74	14	70-74	14
	75-79	13	75-79	16	75-79	16
2	Colesterol Total	idade 20-39	idade 40-49	idade 50-59	idade 60-69	idade 70-79
	<160	0	0	0	0	0
	160-199	4	3	2	1	0
	200-239	7	5	3	1	0
	240-279	9	6	4	2	1
	≥280	11	8	5	3	1
3	idade	idade	idade	idade	idade	idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
	Não Fumantes	0	0	0	0	0
	Fumantes	8	5	3	1	1
4	HDL(mg/dl)	pontos	HDL(mg/dl)	pontos	HDL(mg/dl)	pontos
	≥60	-1	≥60	-1	≥60	-1
	50-59	0	50-59	0	50-59	0
	40-49	1	40-49	1	40-49	1
	<40	2	<40	2	<40	2
5	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada
	<120	0	0	<120	0	0
	120-129	0	1	120-129	1	3
	130-139	1	2	130-139	2	4
	140-159	1	2	140-159	3	5
	≥160	2	3	≥160	4	6

Fonte: BRASIL, 2010, p. 45. Santa Maria, 2018.

Etapa 3: após a avaliação destas variáveis, teve início a terceira etapa, na qual se estabeleceu uma pontuação a qual correspondeu ao escore de risco, obteve-se assim o diagnóstico de risco cardiovascular em dez anos para as mulheres. Sendo, baixo risco ($ERF < 10\%$), risco moderado ($10\% > ERF < 20\%$) e alto risco ($ERF > 20\%$) (Figura 6).

Figura 6 - Diagnóstico de Risco Cardiovascular através dos pontos obtidos. Santa Maria, RS, 2018.

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Risco em 10 anos:
%

Risco em 10 anos:
%

Fonte: BRASIL, 2010, p. 46. Santa Maria, 2018.

Para a coleta de variáveis de LDLc e HDLc das usuárias em que houve necessidade de aplicação da segunda etapa do módulo três, foi questionado se a mesma possuía exame laboratorial bioquímico realizado nos últimos seis meses, para que as variáveis referentes ao LDLc e HDLc fossem coletadas. Para aquelas que tinham o exame dos últimos seis meses em mãos ou em sua residência, a própria paciente forneceu os resultados. Aquelas que não tinham, foi acessado o prontuário da paciente na unidade. Assim, foram preenchidos os valores de glicemia em jejum, triglicérides, colesterol total e HDL-colesterol.

Para aquelas usuárias que não tinham o exame e os dados não foram encontrados no prontuário, foi solicitado exame laboratorial para a realização da avaliação, diagnóstico de saúde e identificação dos valores para a estratificação do RCV. Quando necessário, os exames laboratoriais foram solicitados pelo enfermeiro(a) ou médico(a) da unidade no momento da coleta de dados e todos foram realizados pelo SUS. Esses exames foram realizados conforme a demanda e fluxo de cada unidade de saúde.

O resultado do exame laboratorial foi acessado na maioria das vezes na unidade, porém alguns não foram possíveis, então foi realizado contato com a usuária para buscar os resultados e finalizar o preenchimento do instrumento. Após estratificar o risco, a paciente foi contatada

por telefone para ser informada sobre seu RCV e foi disponibilizada a opção de comparecer a unidade para esclarecimento do resultado, manejo clínico dos fatores de risco identificados, elaboração do plano de metas a serem seguidas ou esse diálogo poderia ser realizado na ligação telefônica, todas as participantes contatadas escolheram conversar por telefone. Destaca-se que muitas usuárias não realizaram o exame laboratorial, temendo essa situação pela experiência das primeiras coletas, os pesquisadores realizavam orientações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos no momento da coleta de dados.

O encaminhamento das pacientes diagnosticadas com médio/alto risco para desenvolver uma doença cardiovascular em 10 anos foi pactuado com a SMS. Sendo que após a coleta com esclarecimentos, educação em saúde e planejamento de metas específicas, a usuária foi encaminhada para consulta de enfermagem ou consulta médica quando necessário, além disso, a usuária também foi orientada a continuar em acompanhamento pela equipe de saúde da unidade de APS de abrangência da sua moradia.

4.4.2 Etapa Qualitativa

As mulheres foram captadas a partir da etapa quantitativa, a qual previamente delimitou a população. As usuárias foram convidadas a participar de forma aleatória, por meio de uma ligação telefônica. Primeiramente, foi realizado contato com a enfermeira da USF para agendar um horário, a fim de apresentar e explicar a pesquisa e também viabilizar a captação das participantes. Esse diálogo foi realizado em todas as unidades, em algumas, a enfermeira solicitou que a mestrandia comparecesse à reunião de equipe, para que esse diálogo acontecesse também com os ACS, em outras unidades, a enfermeira mediou esse contato com os ACS, e assim as usuárias foram localizadas e convidadas a participar.

Para as usuárias que aceitaram participar da pesquisa, foi agendada a coleta de dados, a data, o horário e o local foram definidos conforme escolha e disponibilidade da usuária, sendo que a primeira opção sempre foi a residência da participante, pois depreende-se que a mesma ficaria mais à vontade e isso facilitaria a participação. Sendo assim, 21 entrevistas aconteceram na residência das participantes e nove nas unidades de saúde. Destaca-se que, em algumas unidades existiam áreas descobertas por ACS e, nessas, a coleta de dados foi realizada no serviço de saúde.

A produção dos dados foi realizada por meio de entrevista individual semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C). Conjugada à entrevista foi desenvolvida uma Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS), denominada Corpo Saber (CABRAL;

NEVES, 2016). Destaca-se que a ordem de utilização das técnicas de coleta de dados foi definida por meio da realização de sete testes piloto, os quais foram realizados com população semelhante às participantes do estudo na APS de outro município. Sendo assim, primeiro foi realizada a TCS e depois a entrevista. A coleta dos dados foi realizada somente pela pesquisadora, audiogravada e, após, transcrita na íntegra, eliminando os vícios de linguagem.

A entrevista semiestruturada abrange um roteiro pré-elaborado, com uma sequência clara, que combina perguntas abertas e fechadas, que facilitam a abordagem do pesquisador com os entrevistados. Ademais, a técnica acima descrita permite adaptações, correções e esclarecimentos, que a tornam mais eficaz na obtenção dos dados (MINAYO, 2014).

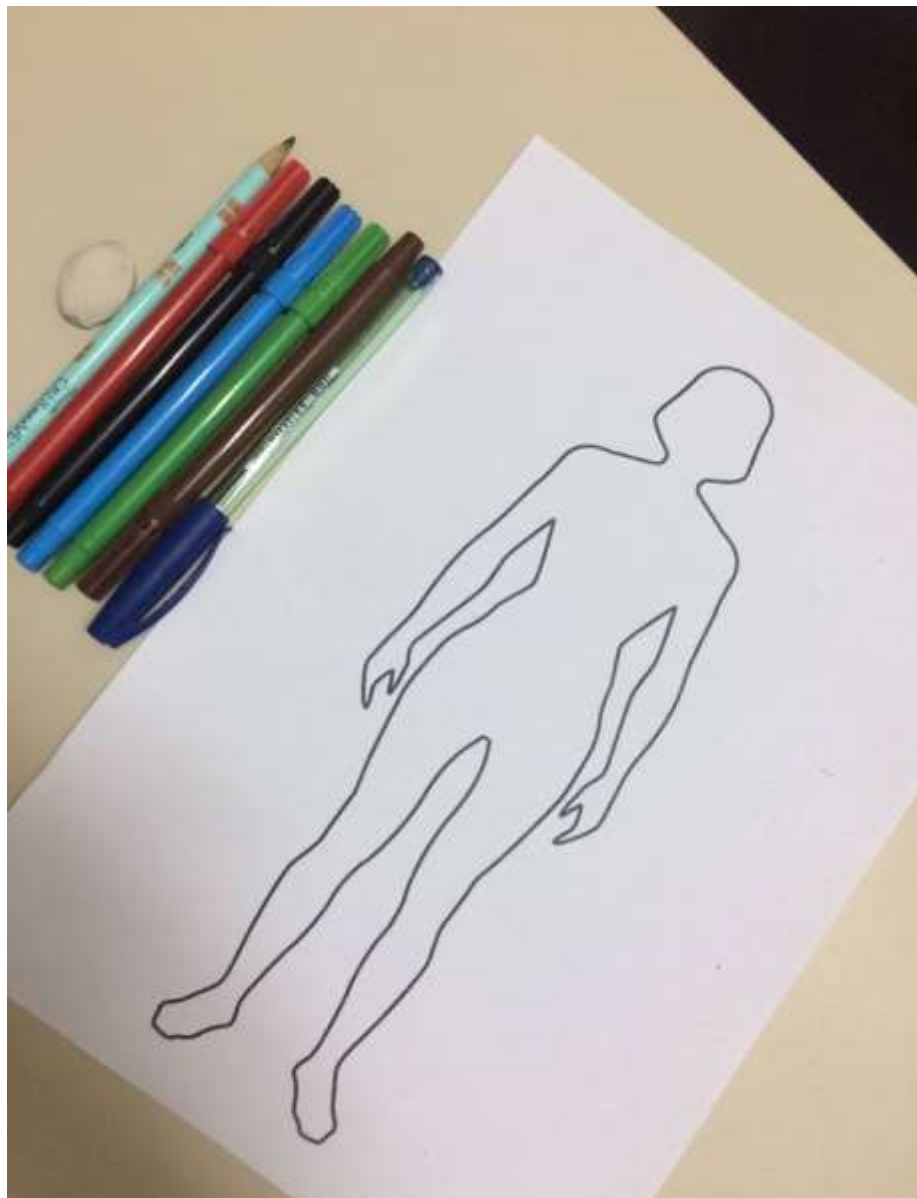
A TCS é considerada uma forma alternativa de coletar os dados, tem sido muito utilizada em pesquisas da área da Enfermagem a fim de complementar outras técnicas, por exemplo, a entrevista (CABRAL, 1998). Além disso, a TCS é uma estratégia para a produção dos dados, favorecendo a expressão, a criatividade e a dialogicidade (CABRAL; NEVES, 2016). Nesse sentido, a técnica Corpo Saber é considerada uma produção artística, na qual o corpo é a principal forma de acesso à experiência do cuidado, na sua dimensão social e física, sendo entendido como o lócus do cuidado ou como instrumento para oportunizar o cuidar (CABRAL; NEVES, 2016). Conforme Cabral (1999), a técnica artística oportuniza a espontaneidade do sujeito, despertando a sensibilidade de cada um, dessa forma, emergem os saberes e práticas de cuidado, o que justifica a utilização da técnica acima descrita para o presente estudo.

A técnica foi desenvolvida de forma individual. Considera-se que a mesma contribuiu para a compreensão da realidade e das práticas de cuidado de cada participante, e facilitou o diálogo para a realização da entrevista. Foi disponibilizado um papel com a silhueta de uma mulher desenhada, conforme a figura abaixo (Figura 7). Essa silhueta representava o corpo de cada uma, dessa forma, as participantes foram orientadas a desenhar ou/e escrever os cuidados que desenvolviam com o seu corpo, seja no âmbito mental, físico, alimentar, entre outros. A questão geradora para a técnica supracitada foi “quais os cuidados que você realiza com o seu corpo?” O objetivo dessa TCS foi dimensionar as práticas de cuidado, relacionando com o corpo.

Acrescenta-se a realização de estratégias participativas, com base na pesquisa participativa, a qual permite que o participante do estudo atue ativamente no processo de investigação, além de oportunizar a autorreflexão e apropriação de suas condutas (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008). Dessa forma, as transcrições das entrevistas foram transformadas em narrativas e retornadas às entrevistadas, com o propósito de reafirmar as informações, tornando o dado mais fidedigno possível. Além disso, a técnica da narrativa possibilitou a

problematização e reflexão acerca dos hábitos e dos cuidados para cada usuária, ademais, norteou a análise dos dados qualitativos (ONOCKO - CAMPOS; FURTADO, 2008). O retorno da narrativa ocorreu por meio de um contato prévio via telefone e o encontro foi agendado conforme disponibilidade da participante.

Figura 7 - Material disponibilizado as participantes para a produção da TCS. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: fotografia cedida pela autora. Santa Maria, 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Etapa Quantitativa

Para a inserção dos dados e controle de qualidade foi realizada digitação duplo independente no programa Epi Info 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention). Após, os dados foram convertidos em Excel para conferência e cruzamento da dupla digitação, sendo que a análise foi realizada no *software* R versão 3.4.3.

Realizou-se análise descritiva dos dados por meio de frequências relativas e absolutas. Analisou-se o perfil de 289 mulheres, identificando as principais características, os fatores de risco para as DCV e o perfil cardiovascular dessa população. O *software* R versão 3.4.3 foi utilizado para contagem das frequências e obtenção das medidas descritivas. O programa Excel 2016 foi utilizado para confecção dos gráficos.

4.5.2 Etapa Qualitativa

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na pesquisa participativa e ocorreu por meio da produção e devolutiva das narrativas. O desenvolvimento das etapas de análise será descrito a seguir.

As narrativas foram construídas a partir do material transcrito das entrevistas. Além de ser uma estratégia de redução do material, essa construção o torna robusto e deve manter-se fiel a história transcrita. Sendo assim, a produção da narrativa vai além da narração de uma história, pois envolve a compreensão e interpretação, relacionando com o contexto social em que está inserida (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

No decorrer do processo das transcrições e organização dos dados, foram realizadas diversas leituras, a fim de compreender e se aprofundar nos depoimentos, sendo perceptível os relatos recorrentes, peculiares e divergentes, além das contradições expressadas, envolvendo principalmente as práticas de cuidado e os saberes relacionados aos fatores de risco para as DCV. A partir desse processo de imersão e compreensão do material, com a aproximação da proposta participativa apresentada por Onocko-Campos, as narrativas foram construídas e retornadas às usuárias participantes (ONOCKO-CAMPOS, 2008; ONOCKO-CAMPOS, 2011). Porém, nem todos os retornos foram possíveis, estabeleceu-se um critério para a devolutiva, que consistiu em duas tentativas agendadas previamente, podendo ser realizada na unidade ou na residência conforme a escolha da usuária. Contudo, para o caso nas quais as

participantes não compareceram na unidade, não estiveram no domicílio no momento da visita ou cancelaram sem possibilidade de reagendar, nas duas tentativas, as narrativas não foram devolvidas às participantes, totalizando 21 narrativas concluídas e nove perdas.

Esse segundo encontro, no qual aconteceu o retorno das narrativas às usuárias, é definido como momento hermenêutico. Ainda, tem o papel de validar os dados e produzir efeitos de intervenção, permitindo a participante restituir e ressignificar a sua história e conduta de vida (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Foi utilizada a visão interrogativa, oriunda da hermenêutica, a qual busca compreender o sentido do que está comunicado no texto. Dessa forma, vai além do que está escrito e fundamenta-se na compreensão da realidade humana ali expressada (FIGUEIREDO, 2006). Nesse sentido, Gadamer (1999) declara que a compreensão hermenêutica deve ser entendida como a existência do ser em um processo histórico, necessitando o exercício interpretativo, o qual busca preencher lacunas por meio, principalmente, da interrogação. O autor ainda afirma que nada do que se pretende interpretar pode ser compreendido somente uma vez.

Portanto, as narrativas foram construídas a partir da compreensão da transcrição das entrevistas individuais, envolvendo os principais saberes, hábitos e práticas de cuidado das participantes do estudo. No momento do retorno das narrativas foi possível problematizar tais condutas, com o objetivo de oportunizar a ressignificação desse comportamento e contribuir com a qualidade de vida e a saúde das usuárias, o que é considerado como os efeitos da narratividade. Com o desenvolvimento das 21 narrativas foi possível construir e encadear os núcleos argumentais, os quais buscaram responder à questão de pesquisa, permitindo a organização e apresentação dos conteúdos abordados na produção e análise dos dados (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com os princípios norteadores da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012b). Destaca-se que a etapa quantitativa foi realizada no desenvolvimento do projeto matricial do grupo de pesquisa, mencionado anteriormente, tendo aprovação em todas as instâncias. Foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da UFSM e no Gabinete de Apoio à Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS). A seguir, foi encaminhado à SMS de Santa Maria - RS (ANEXO E). O projeto matricial foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos (CEP) em 12 de outubro de 2016, conforme parecer nº 1.772.115, com o número do CAAE 60159416.2.0000.5346 (ANEXO F).

A etapa qualitativa, realizada no projeto da presente Dissertação, também foi registrada no SIE da UFSM e no GAP do CCS. Encaminhou-se à SMS de Santa Maria (ANEXO G) e, após foi anexado na Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP, em 10 de janeiro de 2018, de acordo com o parecer 2.464.295, sob número do CAAE 81455517.5.0000.5346 (ANEXO H).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A – etapa quantitativa) (APÊNDICE A – etapa qualitativa) foi apresentado nas duas etapas, em duas vias, sendo disponibilizada uma cópia para cada participante e outra para a pesquisadora, constando as assinaturas em ambas. Este abordou todas as informações a respeito da pesquisa, assim como os riscos e benefícios. Ainda, foi disponibilizado o Termo de Confidencialidade (TC) (ANEXO B – etapa quantitativa) (APÊNDICE B – etapa qualitativa), nas duas etapas, no qual a autora assumiu a responsabilidade de manter o anonimato das participantes da pesquisa. Dessa forma, os direitos de privacidade e de confidencialidade da identidade das participantes foram mantidos.

O anonimato das participantes foi preservado, na etapa quantitativa, por meio da utilização de códigos numéricos. Já na etapa qualitativa as participantes escolheram nomes de flores ou plantas para identificá-las no decorrer da pesquisa. Acrescenta-se que a etapa qualitativa é oriunda de duas fontes de dados, a entrevista associada a TCS e as narrativas, dessa forma, para manter o anonimato e distinguir as duas fontes, ao lado do nome de cada flor será especificada “entrevista/TCS” ou “narrativa”.

Os benefícios da pesquisa para as participantes foram indiretos, visto que se pretende contribuir para a construção do conhecimento sobre o tema abordado, além de contribuir na sensibilização em relação as práticas de cuidado acerca dos fatores de risco cardiovascular, possibilitando, aos profissionais da saúde, desenvolver e direcionar ações de saúde específicas para este público.

Dentre os possíveis riscos, durante a realização da pesquisa, algumas participantes sentiram-se emocionadas, uma vez que sentimentos foram mobilizados, pois alguns questionamentos fizeram as participantes reportar-se a experiências de vida. Quando isso ocorreu, a pesquisadora disponibilizou-se a interromper a entrevista e conversou a respeito dos sentimentos expressos pela participante, se fosse de escolha dela, também ofereceu a possibilidade de suspender a entrevista, podendo ser remarcada para um novo momento. Assim, foi enfatizado que as participantes poderiam desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Firmou-se o compromisso ético de que os dados coletados, foram utilizados para execução desta pesquisa de dissertação de mestrado e também retornará ao serviço. Ainda, os resultados serão compartilhados por meio de publicações científicas. Essas questões foram informadas às participantes, sendo enfatizado que as informações desta pesquisa foram e serão de uso exclusivamente científico.

Os dados produzidos serão armazenados por cinco anos na sala da orientadora pesquisadora, em um armário chaveado no Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, no campus da UFSM, Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1305b. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS) Brasil. Após esse período, os dados serão destruídos. O material gravado da produção dos dados foi apagado após a conferência final da transcrição.

5 RESULTADOS QUANTITATIVOS

A seguir serão apresentados os resultados quantitativos da presente pesquisa. Destaca-se que foram entrevistadas 291 mulheres usuárias dos serviços de APS do município de Santa Maria, porém três foram excluídas por não contemplar o critério de inclusão da faixa etária do presente estudo.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

Tabela 2 – Distribuição da população conforme o nível de escolaridade por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Escolaridade (anos completos)			Total
	0 a 8	9 a 11	12 ou mais	
20-29	12	24	27	63
30-39	20	15	19	54
40-49	26	25	10	61
50-59	39	14	9	62
60-69	21	6	3	30
70-79	16	2	1	19
Total	134	86	69	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Na Tabela 2, pode-se observar que as mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos com 0 a 8 anos de estudo são as que mais se destacam e nessa faixa etária apenas uma possui 12 ou mais anos de estudo e duas entre 9 a 11 anos. A faixa etária com 20 a 29 anos, apresentou maior frequência em 12 ou mais anos de estudo. De uma forma geral, verifica-se que aumenta a faixa etária e diminui os anos de estudo, evidenciado por 76,1% (n=102) das mulheres com 0 a 8 anos de estudo possuírem mais de 40 anos.

Tabela 3 – Distribuição da população conforme ocupação/trabalho por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Ocupação/ Trabalho					Total
	Aposentada ou pensionista	Assalariada ou autônoma	Desempregada	Do lar	Estudante	
20-29	0	28	4	14	17	63
30-39	0	28	2	21	3	54
40-49	3	36	3	17	2	61
50-59	2	30	7	21	0	60
60-69	14	6	0	10	0	30
70-79	18	0	0	1	0	19
Total	37	128	16	84	22	287

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação à ocupação, como mostra a Tabela 3, há um maior número (n=128; 44,6%) de mulheres assalariadas ou autônomas. Há um baixo número de mulheres desempregadas, sendo que o maior número encontra-se entre 50 a 59 anos. Ainda, pode-se observar que, independente da faixa etária, existem mais assalariadas ou autônomas, seguido de mulheres do lar. Destaca-se que em dois formulários, a ocupação não foi preenchida de forma correta, sendo assim, essas mulheres pertencentes a faixa etária de 50 a 59 anos, foram desconsideradas para essa variável.

Pode-se observar que 55,6% (n=35) das mulheres entre 20 a 29 anos não tem renda própria, ou seja, são estudantes, do lar ou desempregadas, sendo que, para estas a maior parte são estudantes. Já para a faixa etária de 30 a 39 anos o percentual de mulheres sem renda própria continua elevado, 48,1% (n=26), porém a maior parte são do lar. Analogamente isso ocorre com a faixa etária de 40 a 49 anos, mas com menor frequência, pois neste caso 36,0% (n=22) estão sem renda própria. Ainda, 46,7% (n=28) das mulheres entre 50 a 59 anos são desempregadas ou do lar, e a maior ocorrência é de mulheres do lar. Dessa forma, as usuárias desempregadas, do lar e estudantes, ou seja, aquelas que não possuem renda própria, totalizam 42,5% (n=122). Já o restante 57,5% (n=165), possuem renda, sendo essas aposentadas ou pensionistas, assalariadas ou autônomas.

Tabela 4 – Distribuição da população conforme estado civil por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Estado civil						Total
	Solteira	Separada/ Desquitada/ Divorciada	União estável (mais de 6 meses)	União estável (até 6 meses)	Casada legalmente	Viúva	
20-29	37	0	14	2	10	0	63
30-39	18	1	19	1	14	1	54
40-49	16	8	11	0	24	2	61
50-59	6	14	4	1	31	6	62
60-69	3	6	1	0	13	7	30
70-79	3	0	2	0	6	8	19
Total	83	29	51	4	98	24	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Sobre o estado civil das mulheres pesquisadas, conforme mostra a Tabela 4, há um maior número de solteiras entre 20 a 29 anos e não foram encontradas viúvas para essa mesma faixa etária. Entre 20 a 29 anos e maiores que 70 anos não foram encontradas mulheres separadas, desquitadas ou divorciadas. Das mulheres com união estável (até 6 meses), nenhuma tem mais de 60 anos. A maior parte das mulheres de 30 a 39 anos é formada por mulheres com união estável de mais de 6 meses e por solteiras. A maioria das mulheres com 40 a 69 anos eram casadas legalmente. E a maior ocorrência de viúvas foi encontrada na faixa etária de mulheres com mais de 70 anos.

Desconsiderando a divisão por faixa etária, observa-se que a maior parte das mulheres são casadas legalmente, seguido de solteiras e com união estável (mais de 6 meses) e a menor parte é de mulheres com união estável de até 6 meses.

Tabela 5 – Distribuição da população conforme etnia por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Etnia					Total
	Branca	Negra	Parda	Amarela	Indígena	
20-29	34	13	15	1	0	63
30-39	37	9	7	1	0	54
40-49	40	10	11	0	0	61
50-59	39	7	16	0	0	62
60-69	24	1	5	0	0	30
70-79	13	0	5	1	0	19
TOTAL	187	40	59	3	0	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Na Tabela 5, verifica-se que o maior número de mulheres é da etnia branca em todas as faixas etárias com 64,7% (n=187) do total pesquisado. Ressalta-se que, não houve nenhuma indígena pesquisada.

Tabela 6 – Distribuição da população conforme a renda por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Renda (salário mínimo)					Total
	até 1	mais de 1 até 2	mais de 2 até 3	mais de 3 até 5	mais de 5	
20-29	7	21	15	10	10	63
30-39	9	17	11	10	7	54
40-49	18	17	11	10	5	61
50-59	13	20	14	10	5	62
60-69	6	10	5	4	5	30
70-79	7	6	4	2	0	19
Total	60	91	60	46	32	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

A Tabela 6 apresenta todas as mulheres distribuídas com relação a sua renda dada por número de salário mínimo (salário mínimo considerado de R\$937,00) e nela, pode-se observar que o maior número de mulheres desse estudo está ganhando mais de um até dois salários mínimos. De 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos a classe de renda mais comum foi de mais um até dois salários mínimos, de 40 a 49 anos e de 70 a 79 anos a classe mais comum de mulheres que ganham até 1 salário mínimo. A minoria ganha mais de cinco salários mínimos, aproximadamente 11,1% (n=32) e acima dos 70 anos nenhuma mulher desse estudo ganha mais de cinco salários mínimos.

Tabela 7 – Distribuição da população conforme religião por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Religião					Total
	Ateu	Católica	Evangélica	Espírita	Outra	
20-29	9	19	18	4	13	63
30-39	5	25	14	4	6	54
40-49	1	31	15	4	10	61
50-59	0	37	19	3	3	62
60-69	0	18	7	3	2	30
70-79	0	11	6	2	0	19
Total	15	141	79	20	34	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação à religião, como mostra a Tabela 7, há uma predominância de mulheres católicas em todas as faixas etárias. O menor número é de espíritas, dentre as religiões que estavam no questionário. Ainda, verificou-se que não há nenhuma mulher atea maior que 50 anos.

5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Um dos fatores de risco pesquisado foi o uso do anticoncepcional, como mostram as tabelas a seguir.

Tabela 8 – Distribuição da população conforme o uso de anticoncepcional por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Anticoncepcional			Total
	Hormonal	Outro	Não faz uso	
20-29	40	1	22	63
30-39	36	2	16	54
40-49	22	2	37	61
50-59	5	0	57	62
60-69	0	0	30	30
70-79	0	0	19	19
Total	103	5	181	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Tabela 9 – Distribuição da população conforme o uso de anticoncepcional hormonal por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Anticoncepcional Hormonal				Outro	Total
	Oral		Injetável			
	Contínuo	Pausa	Mensal	Trimestral		
20-29	8	20	1	11	1	41
30-39	3	25	0	8	2	38
40-49	6	11	2	3	2	24
50-59	1	3	1	0	0	5
60-69	0	0	0	0	0	0
70-79	0	0	0	0	0	0
Total	18	59	4	22	5	108

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Como mostra a Tabela 9, das 289 mulheres pesquisadas, 103 (35,6%) fazem uso de anticoncepcional hormonal e cinco (1,7%) fazem uso de outro anticoncepcional. Como verificado na Tabela 8, 62,6% (n= 181) não fazem uso de anticoncepcionais, porém, considerando as mulheres em idade reprodutiva (20-49 anos), 58,0% fazem uso de algum tipo de contraceptivo. Ainda, há um maior número na faixa etária entre 30 a 39 anos, com uso via oral e com pausa.

Tabela 10 – Distribuição da população conforme o uso de álcool e cigarro por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Álcool			Cigarro	
	Não faz uso	Menos de 30 g por dia	Mais de 30 g por dia	Não faz uso	Faz uso
20-29	29	31	3	52	11
30-39	33	19	2	47	7
40-49	44	16	1	47	14
50-59	52	10	0	53	9
60-69	28	2	0	26	4
70-79	17	2	0	16	3
Total	203	80	6	241	48

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação ao uso de álcool e cigarro, observa-se que a maior parte das mulheres não utiliza nenhum dos dois, como mostra a Tabela 10. No que diz respeito a quantidade de álcool, esta foi graduada conforme o limite orientado pela OPAS (2018), sendo o máximo de 30g por dia, para pessoas saudáveis. Dentre as que ingerem álcool, o maior número de mulheres encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 anos e o menor número entre as mulheres maiores que 60 anos. Entre as que fumam, o maior número está entre as mulheres de 40 a 49 anos, logo em seguida as mulheres entre 20 a 29 anos. Esta tabela evidencia que quanto menor a idade, maior a ingestão de álcool e o uso de cigarro.

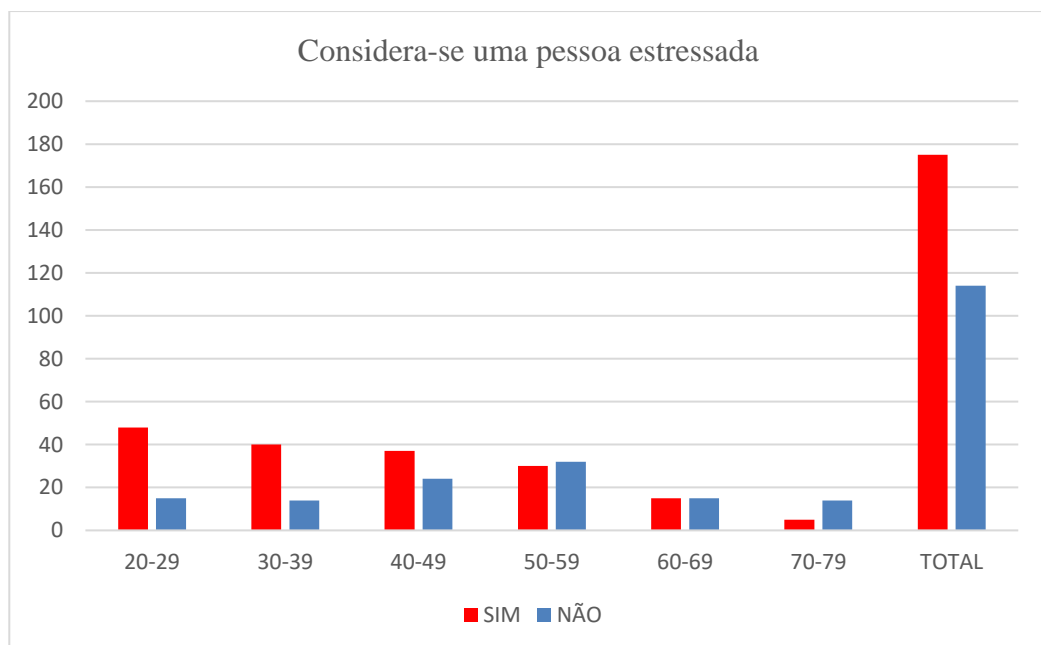
Tabela 11 – Distribuição da população conforme as mulheres que fizeram ou fazem tratamento para depressão por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Tratamento para depressão		Total
	Sim	Não	
20-29	16	47	63
30-39	26	28	54
40-49	22	39	61
50-59	30	32	62
60-69	11	19	30
70-79	11	8	19
Total	116	173	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Como pode ser observado na Tabela 11, 116 (40,1%) das 289 mulheres fazem ou já fizeram tratamento para depressão. A menor proporção foi entre as mulheres de 20 a 29 anos, para as mulheres de 30 a 39 anos e 50 a 59 anos quase metade já fizeram o tratamento, as participantes da faixa etária entre 40 a 49 anos, 60 a 69 anos menos da metade já realizou o tratamento e as mulheres com 70 a 79 anos mais da metade realizou o tratamento para depressão.

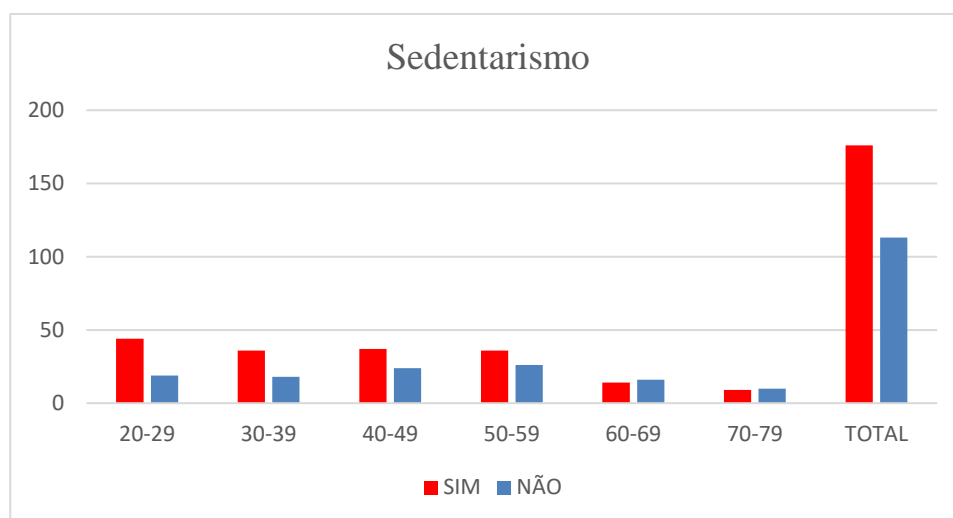
Figura 8 – Distribuição da população conforme as mulheres que se consideram uma pessoa estressada por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Entre as mulheres pesquisadas, 175 (60,6%), mais da metade, considera-se estressada, conforme apresentado na Figura 8. Entre estas, o maior número está entre 20 a 29 anos. Ainda, observa-se que quanto mais nova, maior o número de mulheres que se consideram estressadas, sendo o menor número entre as com mais idade, principalmente as mulheres entre 70 a 79 anos.

Figura 9 – Distribuição da população conforme sedentarismo por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação ao sedentarismo, observa-se frequência (n=176) de 60,9%, sendo a maior frequência (n=44; 69,8%) entre as mulheres de 20 a 29 anos.

Tabela 12 – Distribuição da população conforme a classificação do IMC por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

FAIXA ETÁRIA	IMC						TOTAL
	Magra ou Baixo Peso (< 18,5)	Normal ou Eutrófico (18,6 - 24,9)	Sobrepeso (25,0 - 29,9)	Obesidade Grau I (30,0 - 34,9)	Obesidade Grau II (severa) (35,0 - 39,9)	Obesidade Grau III (mórbida) (> 40,0)	
20-29	2	27	14	11	3	6	63
30-39	1	15	15	14	7	2	54
40-49	0	15	18	15	8	5	61
50-59	1	14	23	14	6	4	62
60-69	1	7	7	7	4	4	30
70-79	0	4	13	2	0	0	19
TOTAL	4	83	90	63	28	21	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

O valor do IMC, foi calculado pelo(a) próprio(a) coletador(a) no momento da entrevista e conferido na digitação dos dados. O IMC foi classificado conforme as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016). Conforme as frequências apresentadas na Tabela 12, é possível observar que a maior parte das mulheres foram classificadas como obesas, um total de 112 (38,8%). Estratificou-se o grau da obesidade, sendo que o maior número é de mulheres com obesidade grau I, somando ao todo 63 mulheres que correspondem a mais de 20,0% das participantes. Identificou-se que 17,0% (n=49) estão com obesidade grau II ou grau III (grave), somando um total de 28 (9,7%) e 21 (7,2%), respectivamente. Após, foram classificadas mulheres com sobrepeso, 90 (31,1%) e, por fim, mulheres que estão com o peso normal ou eutrófico, totalizando 83 (28,7%) participantes.

Fazendo uma análise de acordo com a faixa etária percebe-se que a quantidade de mulheres magras ou eutróficas tendem a diminuir conforme a idade vai aumentando, visto que as mulheres de 20 a 29 anos quando comparadas às mulheres de outras faixas etárias, apresentam maior frequência nos níveis magra ou baixo peso e normal ou eutrófico.

Vê-se um número elevado de mulheres com algum grau de obesidade para todas as faixas etárias até os 69 anos, mas o caso mais grave está entre as mulheres de 60 a 69 anos, em que metade delas estão classificadas em algum grau de obesidade. Outra faixa etária que também requer atenção é a de 40 a 49 anos, pois mais 45,0% (n=28) das mulheres estão classificadas com algum grau de obesidade.

Tabela 13 – Distribuição da população conforme hipertensão autorreferida por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária	Hipertensão Autorreferida		Total
	Sim	Não	
20-29	6	57	63
30-39	13	41	54
40-49	19	42	61
50-59	26	36	62
60-69	20	10	30
70-79	13	6	19
Total	97	192	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Analisando a ocorrência de hipertensão, observa-se por meio da Tabela 13, que das 289 pesquisadas, 192 (66,4%) referiram não possuir a doença. E que no grupo das que referiram possuir, as maiores frequências estão nas faixas etárias a partir de 50 anos, destaca-se as

mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos, pois 68,4% referiram possuir a condição. O menor número, seis (9,5%), foi apresentado entre mulheres de 20 a 29 anos.

Tabela 14 – Distribuição da população conforme diagnóstico de dislipidemia por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Dislipidemia		Total
	Sim	Não	
20-29	3	60	63
30-39	7	47	54
40-49	14	47	61
50-59	25	37	62
60-69	12	18	30
70-79	13	6	19
Total	74	215	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Como mostrado na Tabela 14, 215 (74,4%) mulheres pesquisadas não possuem dislipidemia. Dentre as que têm a doença, a menor ocorrência está entre as mulheres com idade de 20 a 29 anos, a partir dos 50 anos as mulheres começam a apresentar maiores ocorrências, atingindo o ápice na faixa etária entre 70 a 79 anos.

Tabela 15 – Distribuição da população conforme diagnóstico de síndrome do ovário policístico por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Síndrome do Ovário Policístico (SOP)		Total
	Sim	Não	
20-29	6	57	63
30-39	8	46	54
40-49	14	47	61
50-59	10	52	62
60-69	3	27	30
70-79	1	18	19
Total	42	247	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Com relação às mulheres referiram possuir ou não ovário policístico, verifica-se na Tabela 15 que 14,5% (n=42) possuem, e o maior número encontra-se na faixa etária entre 40 a 49 anos, e o menor número entre 70 a 79 anos. As demais 85,5% (n=247) responderam que não possuíam essa condição.

Tabela 16 – Distribuição da população conforme diagnóstico de diabetes mellitus por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Diabetes Mellitus		Total
	Sim	Não	
20-29	3	60	63
30-39	2	52	54
40-49	8	53	61
50-59	8	54	62
60-69	4	26	30
70-79	4	15	19
Total	29	260	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Realizando a análise da ocorrência de DM entre as mulheres pesquisadas, observa-se que 29 (10,0%) possuem a doença, sendo que as maiores frequências são registradas a partir da faixa etária entre 40 a 49 anos, atingindo o ápice entre 70 a 79 anos, faixa etária na qual 4 (20,0%) das mulheres têm a doença.

Tabela 17 – Distribuição da população conforme a ocorrência da Doença Vascular Periférica por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Doença Vascular Periférica (DVP)		Total
	Sim	Não	
20-29	1	62	63
30-39	3	51	54
40-49	6	55	61
50-59	16	46	62
60-69	9	21	30
70-79	5	14	19
Total	40	249	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Sobre a DVP, como mostrado na Tabela 17, 40 (13,8%) mulheres a possuem. Dentre estas, a maior ocorrência está na faixa etária de 60 a 69 anos e a menor entre 20 a 29 anos. Ainda, ressalta-se poucas mulheres relataram a ocorrência de DVP com menos de 39 anos.

Tabela 18– Distribuição da população conforme histórico de evento cardiovascular na família por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

Faixa etária (anos)	Evento cardiovascular na família		Total
	Sim	Não	
20-29	10	53	63
30-39	15	39	54
40-49	16	45	61
50-59	22	40	62
60-69	6	24	30
70-79	6	13	19
Total	75	214	289

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação a ocorrência de evento cardiovascular na família, verificou-se que mais de 70,0% (n=214) não tinham nenhum caso, como pode ser observado na Tabela 18. Das que apresentaram sim como resposta a maior proporção foi entre as mulheres de 50 a 59 anos, em que 22 (35,5%) das 62 mulheres tinham casos de evento cardiovascular na família.

5.3 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR CONFORME A ESCALA DE FRAMINGHAM

Tabela 19 – Distribuição da população conforme estratificação dos riscos cardiovasculares por faixa etária. Santa Maria, RS, 2018.

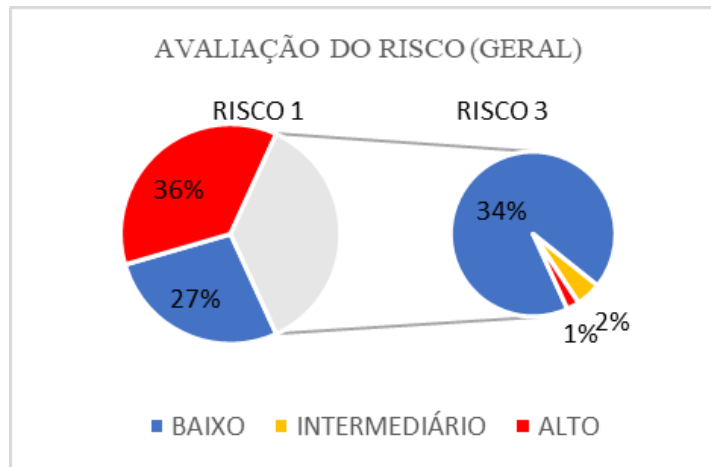
Faixa etária (anos)	Risco 1		Risco 3			Não avaliado
	Baixo	Alto	Baixo	Intermediário	Alto	
20-29	22	3	10	0	0	28
30-39	13	7	17	0	0	17
40-49	12	18	17	0	1	13
50-59	9	26	19	0	0	8
60-69	4	15	8	1	0	2
70-79	0	12	3	3	1	0
Total	60	81	74	4	2	68

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Em relação ao risco, o mesmo não foi avaliado em 68 mulheres, devido, principalmente, a desistência das participantes em realizar os exames laboratoriais e também pela impossibilidade de comunicação, destaca-se que os(as) coletadores(as) tentaram diversas vezes contato via telefone, em horários distintos e buscaram confirmar o número do telefone com os

profissionais que atuam nas unidades de saúde referência para essas usuárias. Nas outras 221 que foi avaliado, ele foi dividido em Risco 1, entre alto e baixo, e Risco 3, entre alto, intermediário e baixo.

Figura 10 – Distribuição da população conforme a estratificação do Risco 1 e do Risco 3 em todas as faixas etárias. Santa Maria, RS, 2018.



Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Dentre as mulheres que tiveram o risco avaliado, 141 estão no Risco 1 e 80 no Risco 3. No grupo de Risco 1, 81 mulheres (57,4%) foram avaliadas com risco alto e 60 mulheres, 42,6% com risco baixo. Das mulheres que foram classificadas no Risco 3, 74 (92,5%) possuíam baixo risco, quatro (5,0%) estavam com risco intermediário e possuíam idade acima de 60 anos, e duas (2,5%) estavam com alto risco.

6 RESULTADOS QUALITATIVOS

A seguir serão apresentados os resultados qualitativos, oriundos da realização das entrevistas associadas as TCS e das narrativas. Foram entrevistadas 30 usuárias e realizadas 21 narrativas, conforme os critérios e as tentativas descritas no método.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

Embora sejam as mesmas participantes que foram entrevistadas na etapa quantitativa, torna-se importante apresentar e caracterizar as usuárias da presente etapa, a fim de compreender aspectos relacionados a faixa etária, hábitos e cultura. Destaca-se que as participantes foram captadas de forma aleatória, sem identificar previamente idade, fatores de risco ou condições de saúde.

A seguir será apresentado o Quadro 6 contendo a identificação escolhida pelas usuárias, as principais características sociodemográficas, a realização ou não das narrativas, além do risco cardiovascular. A estratificação será apresentada para relacionar com as práticas de cuidado de cada participante.

Quadro 6. Caracterização das usuárias participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.

Identificação	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Narrativa	Estratificação do risco cardiovascular
Orquídea	46 anos	União estável	Ensino fundamental incompleto	Trabalho fixo remunerado	Realizada	Risco 1 Baixo
Rosa	67 anos	Solteira	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	Realizada	Não estratificado
Ráfia	24 anos	União estável	Ensino médio incompleto	Trabalho fixo remunerado	Realizada	Risco 1 Baixo
Dinheirinho	64 anos	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	Realizada	Risco 1 Alto
Rosa Branca	72 anos	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Pensionista	Realizada	Risco 3 Alto
Cravina	36 anos	Divorciada	Ensino médio completo	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Risco 1 Baixo
Maracujá	41 anos	Casada	Ensino médio incompleto	Do lar	Não realizada	Não estratificado
Sálvia	27 anos	União estável	Ensino médio completo	Trabalho fixo remunerado	Realizada	Risco 3 Baixo
Cravinho	61 anos	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Trabalho eventual remunerado	Realizada	Risco 1 Alto
Lírio da Paz	71 anos	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Pensionista	Realizada	Risco 1 Alto
Azaleia	22 anos	Solteira	Ensino superior incompleto	Estágio remunerado	Realizada	Risco 1 Baixo

Quadro 6. Caracterização das usuárias participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.

(continuação)

Margarida	57 anos	Solteira	Ensino médio completo	Trabalho fixo remunerado	Realizada	Risco 1 Baixo
Arruda	41 anos	Casada	Ensino médio incompleto	Autônoma	Realizada	Não estratificado
Dama da Noite	46 anos	União estável	Ensino fundamental incompleto	Autônoma	Realizada	Risco 3 Alto
Girassol	25 anos	União estável	Ensino médio completo	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Não estratificado
Jasmim	43 anos	União estável	Ensino fundamental completo	Desemprega	Não realizada	Não estratificado
Bromélia	42 anos	União estável	Ensino fundamental incompleto	“Encostada” – perícia médica	Realizada	Risco 1 Alto
Comigo Ninguém Pode	62 anos	Casada	Ensino fundamental incompleto	Trabalho eventual remunerado	Realizada	Risco 3 Intermediário
Copo de Leite	54 anos	Solteira	Ensino médio incompleto	Nenhum	Realizada	Risco 1 Alto
Violeta	51 anos	Viúva	Ensino médio incompleto	Pensionista	Realizada	Não estratificado
Palma	51 anos	Divorciada	Ensino fundamental incompleto	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Risco 1 Alto
Cactos	67 anos	Casada	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	Realizada	Risco 1 Baixo
Samambaia	31 anos	União estável	Ensino médio completo	Nenhum	Realizada	Risco 1 Baixo
Flor de Maio	68 anos	Casada	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	Realizada	Risco 3 Baixo

Quadro 6. Caracterização das usuárias participantes da etapa qualitativa. Santa Maria, RS, 2018.

(continuação)

Hortênsia	79 anos	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Pensionista	Não realizada	Risco 1 Alto
Gérbera	22 anos	Solteira	Ensino médio incompleto	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Não estratificado
Flor do Campo	53 anos	Casada	Ensino médio incompleto	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Risco 1 Alto
Petúnia	59 anos	Casada	Ensino superior completo	Trabalho fixo remunerado	Não realizada	Risco 1 Alto
Antúrio	48 anos	Casada	Ensino médio completo	Trabalho fixo remunerado	Realizada	Risco 3 Baixo
Primavera	45 anos	Divorciada	Ensino superior incompleto	Nenhum	Realizada	Risco 1 Baixo

Fonte: resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

6.2 CONHECIMENTO ACERCA DOS FATORES DE RISCO E DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Quando questionadas a respeito do conhecimento acerca dos fatores de risco e das DCV, as usuárias demonstraram saber os principais fatores de risco e as principais doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, conforme pode ser constatado a seguir:

Eu já ouvi dizer que o uso contínuo dele [anticoncepcional] pode prejudicar em algumas coisas, mas não que eu me aprofundi no assunto, é tudo pela metade (CRAVINA – Entrevista/TCS).

Sedentarismo, excesso de alimentação gordurosa, sal, ansiedade, eu sou bastante ansiosa, estresse, depressão, essas coisas todas acabam afetando todo o teu corpo, na minha opinião [...] Eu sei que o anticoncepcional, ele dá problema cardíaco, dá problema circulatório, pode dar aneurisma, isso aí eu sabia, tanto que eu não tomava remédio [anticoncepcional] no intervalo da do meio [filha do meio] para terceira [filha] (MARACUJÁ – Entrevista/TCS).

Os fatores de risco têm a ver com os cuidados, os exercícios, que tem que fazer exercícios físicos, caminhadas e a alimentação adequada, tem certos alimentos que quem tem problema de coração não pode, tem que se cuidar, alimentos gordurosos (CRAVINHO – Entrevista/TCS).

Eu sei que o sedentarismo é um fator de risco [...] O genético, a família também [...] Ouvi casos de dar trombose [decorrente do uso do anticoncepcional] às vezes até coagulo de subir para o coração ou até o cérebro (AZALEIA – Entrevista/TCS).

O principal que eu sei é a pressão alta (DAMA DA NOITE – Entrevista/TCS).

Ele [pai] tem colesterol alto, ele fuma, ele bebe, ele não se alimenta bem, ele tem diabetes também agora e pressão alta (GIRASSOL – Entrevista/TCS).

A alimentação, a bebida de álcool, o cigarro [...] Já escutei um monte, da alimentação, das caminhadas fora do padrão para o coração, nada que eu presto atenção (COMIGO NINGUÉM PODE – Entrevista/TCS).

Alimentação, falta de exercícios, se não fizer nada de exercício [...] Ouvi dizer que se a gente fica anos tomando esse remédio [anticoncepcional] acaba ficando...as pessoas dizem que a gente vai ficando com as veias trancadas, o sangue grosso, essas coisas né?! (PALMA – Entrevista/TCS).

Principalmente a alimentação, no caso o exercício físico, o que mais, o exercício e a alimentação que é o mais essencial [...] Ela [médica] disse que provavelmente do remédio [anticoncepcional] que eu tomava que causou a trombose, aí no momento que eu tive trombose eles me proibiram, aí nunca mais tomei [anticoncepcional] (FLOR DO CAMPO – Entrevista/TCS).

Conforme observado, além de elencar os fatores, algumas participantes responderam os cuidados para prevenção e controle. As respostas em geral, envolveram principalmente os fatores modificáveis, por exemplo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade e sobrepeso, tabagismo e alcoolismo, ansiedade, depressão e estresse, dislipidemia, HAS e DM.

Além dos fatores modificáveis, algumas participantes relataram um fator não modificável, sendo ele a hereditariedade. Essas informações e conhecimentos foram obtidos por diferentes fontes e formas.

Na minha família, no caso minha vó que tem problema cardíaco, fez cirurgia e na TV, só assim esporádico, mas não me aprofundi (MARACUJÁ – Entrevista/TCS).

Na faculdade já ouvi bastante, já li sobre em alguns livros e artigos, já ouvi também de profissionais [...] Já tive experiência de algumas doenças na família e eu participei de um projeto aqui CEFD [Centro de Educação Física e Desporto da UFSM] que é com pacientes do HUSM [Hospital Universitário de Santa Maria] (AZALEIA – Entrevista/TCS).

Ouvi a mãe falar em casa e no colégio às vezes eles falavam também (GÉRBERA – Entrevista/TCS).

Já ouvi falar, por exemplo, das minhas vizinhas, às vezes eu leio também algumas coisas, eu leio na internet, às vezes livro também, jornal [...] E eu tenho a minha mãe que tem o coração grande (MARGARIDA – Entrevista/TCS).

Com o meu pai, que ela [agente comunitária de saúde] vem e fala que meu pai tem coração grande, que precisa se cuidar e daí ele não se cuida direito (GIRASSOL – Entrevista/TCS).

Aqui no postinho, no hospital lá na [equipe] multiprofissional (BROMÉLIA – Entrevista/TCS).

Quando eu fiz o outro papel [na entrevista da etapa quantitativa] (COPO DE LEITE – Entrevista/TCS).

O médico explicou um pouco e outra vez, uma vez eu vim aqui, eu estava aqui e as gurias [estudantes de enfermagem] estavam explicando (PALMA – Entrevista/TCS).

Eu tenho até um livrinho sobre as coisas do coração, que me deram lá no cardiologista [...] Eu assisto na televisão também, aí tem aqueles programas da manhã que tem os negócios da saúde (CACTOS – Entrevista/TCS).

Nas reuniões que nós íamos, da terceira idade, no grupo e também na família, meu pai teve problema, a mãe também (FLOR DO CAMPO – Entrevista/TCS).

Eu acho que na própria escola [professora de alfabetização] ou também eu faço parte do Lions Clube e no Lions nós já tivemos alguma palestra sobre os cuidados que poderíamos ter [...] A gente sabe de algum amigo que morreu de enfarte, algo assim (PETÚNIA – Entrevista/TCS).

Aqui no postinho é um lugar que eu vi bastante cartaz, sobre a prevenção (PRIMAVERA – Entrevista/TCS).

A principal fonte foi a experiência familiar, ou seja, os eventos envolvendo o aparelho circulatório que os familiares têm ou já tiveram. Além disso, os profissionais de saúde, também foram mencionados, algumas participantes especificaram o profissional médico e a especialidade de cardiologia, o ACS e estudantes de enfermagem, outras usuárias não

especificaram os profissionais, mas listaram a atuação de equipe multiprofissional, as UBS, o hospital e a participação em grupos. Além dessas fontes, foram especificadas também leituras, podendo ser em livros, jornais, internet e artigos científicos, programas na televisão, ambientes escolares e faculdade, diálogo com as vizinhas e com a mãe, ainda, a etapa quantitativa da pesquisa foi a fonte que uma usuária mencionou para obtenção de informações e conhecimentos.

6.3 HÁBITOS FAVORÁVEIS (OU NÃO) À SAÚDE

6.3.1 Realização das práticas de cuidado – “Geralmente vem a ser do próprio jeito que tu vives, dos teus hábitos (Flor do Campo)”

Durante a produção dos dados, algumas entrevistadas afirmaram desenvolver práticas de cuidado relacionadas aos fatores de risco, as DCV e a manutenção da saúde.

Uma coisa que o médico disse, mas nunca fiz uso e agora não posso mais é ingerir qualquer bebida de álcool, não bebo e nem fumo, nunca fumei (ORQUÍDEA– Entrevista/TCS).

Tenho cuidados com o coração, que no caso o coração tu tens que se cuidar mais, eu me cuido bastante...todas as medicações, tenho que tomar o resto da minha vida. Cuido o sal, a gordura, a comida, essas coisas eu cuido... eu ligo uma musiquinha, boto o celular tocar um hino, porque eu sou da igreja, fico escutando um hino de louvor e trabalhando, a música ajuda bastante, acho que desde quando eu entrei na igreja, aí melhorou muito, minha autoestima, acho que eu já estava entrando em depressão, eu não queria sair de casa (CRAVINHO – Entrevista/TCS).

O medicamento que o médico me receita, esses aí eu não me descuido, os medicamentos eu procuro tomar direitinho né (LÍRIO – Entrevista/TCS).

No máximo, a musculação, os exercícios físicos que eu faço, eu também frequento a casa espirita, porque me faz bem, foi uma indicação de uma amiga, já faz uns seis anos e realmente me faz muito bem, eu me sinto outra pessoa, me sinto mais viva, me sinto em paz, então isso é de suma importância, é um cuidado da mente assim, para mim me faz muito bem, a leitura também, sempre que eu posso estou lendo, pego algum livro ou pego um livro dos espíritos (AZALEIA– Entrevista/TCS).

Andar de bicicleta, hoje eu comecei a fazer, olha a minha alimentação é pouco sal, uso pouco sal, menos gordura também, a gente não gosta muito (JASMIM – Entrevista/TCS).

Geralmente vem a ser do próprio jeito que tu vives, dos teus hábitos. Minha medicação não me descuido...como bastante verdura, verdura aqui em casa não falta, fritura também não faço, porque quando fiz uma avaliação para fazer uma cirurgia, fiz uns exames e eu não tinha colesterol, aí apareceu, então fritura não faço (FLOR DE MAIO – Entrevista/TCS).

Eu vou no baile da terceira idade, mas bah, como faz bem, eu estou lá e a gente se distrai, e eu sou muito sozinha. Eu faço a ginástica no ‘mexe mexe coração’ [nome de um grupo de terceira idade], alimentação eu tenho cuidado, porque eu como com pouco sal, me cuido para não por muito sal, muita gordura, comer bastante verdura, é o que os médicos me mandam e eu vou fazendo (HORTÊNSIA – Entrevista/TCS).

Minha alimentação, eu consulto a nutricionista, faço uma alimentação regrada, eu só uso óleo de girassol, canola e a medida que ela [nutricionista] me deu para colocar de sal na comida, a minha salada não é temperada e se eu tempero eu coloco óleo de oliva, eu caminho três vezes por semana [...] E amor! Eu tento ser uma luz, eu tento com as pessoas assim, ser alegre, ser vibrante (PETÚNIA – Entrevista/TCS).

Na alimentação eu me cuido, procuro não comer muita coisa gordurosa, muitas massas, porque eu sou diabética né, então procuro me cuidar [...] Fui até na nutricionista [...] E os cuidados com os pés, porque eu tenho os problemas com os pés, como sou diabética (FLOR DO CAMPO – Entrevista/TCS).

Foi possível identificar, dentre as práticas promotoras da saúde, cuidados com a alimentação adequada, realização de atividade física, cuidados para a mente, como o lazer, músicas, dança, fé e espiritualidade, cultivar bons sentimentos, ser uma pessoa alegre, cultivando sentimentos de amor e luz, além dos cuidados com a medicação. Em dois depoimentos, as participantes relataram os cuidados com a alimentação em decorrência de outras condições crônicas, como a dislipidemia e o DM. Percebe-se também, que em alguns depoimentos, os cuidados com a medicação foram mencionados de forma enfática e realizados de forma mais comprometida. Acrescenta-se ainda, que as participantes atribuíram razões para realizar tais cuidados.

Comecei a fazer [atividades físicas] por estética, por saúde não, sendo bem sincera, porque eu nunca tive um problema (RÁFIA – Entrevista/TCS).

É o hábito bom que a gente aprendeu [com a mãe e com a tia] e tu passas para os filhos, então para mim foi trabalhando, foi trabalhando com a mãe e com a tia que aprendi que a comida saudável faz bem (MARACUJÁ – Entrevista/TCS).

Mais para o corpo, por saúde e por estética, eu gosto de manter o meu corpo e a saúde, não quero engordar (MARGARIDA – Entrevista/TCS).

[realiza cuidados] Para me sentir bem, para mais tarde não dar problema (JASMIM – Entrevista/TCS).

[realiza cuidados] Por causa da saúde, para evitar que dê um enfarte, um derrame, uma coisa assim, porque eu já tenho, já sou “digitalia” de família, minha família quase toda morreu do coração (FLOR DE MAIO – Entrevista/TCS).

Eu preciso me cuidar por causa dos meus filhos, e porque eu gosto muito de mim e quero durar muito tempo, quero durar mais tempo (PETÚNIA – Entrevista/TCS).

Conforme constatado, as razões reveladas pelas participantes para realizar tais práticas, envolveram os benefícios para a saúde, bem-estar, estética, prevenir agravos e evitar

complicações futuras. Além de constituir-se como uma cultura familiar, pois aprenderam com a mãe, reconhecem a importância e repassam para as filhas.

6.3.2 Não realização ou interrupção das práticas de cuidado “E se eu te disser que eu não consigo fazer nada? Cuidar de mim, muito pouco, pouquíssimo mesmo (Antúrio)”

Outras usuárias, quando questionadas acerca da realização das práticas de cuidado relacionadas a saúde e a prevenção das DCV, relataram não realizar cuidados, por diferentes motivos, conforme apresentado nos depoimentos a seguir:

Até eu tinha que fazer [atividade física – caminhadas], mas não faço porque eu não tenho tempo, meu marido trabalha para fora e, eu estou cuidando o bar e o marido da minha filha se empregou também, então ficou só nós duas no bar e na lavagem, então eu não consigo fazer [...] Eu acho que a caminhada ajudava, tanto é que parei e aconteceu tudo isso [episódios de trombose], nem sabia o que era trombose, trombo, depois que eu parei que começou a dor na perna, muita dor na perna, aí foi indo, aí um dia parou a dor, deitei para dormir e me acordei com a perna que não podia pisar no chão, nem calçava o chinelo e fazia uns 4, 5 meses que eu tinha parado de caminhar (ORQUÍDEA – Entrevista/TCS).

Eu estava fazendo academia, mas eu parei, dei até uma “engordadinha”, parei devido ao novo emprego, porque os horários estavam ficando meio complicado de conseguir combinar e de manhã eu fico com o meu filho...eu parei por falta de tempo (RÁFIA – Entrevista/TCS).

Faço nada [não realiza cuidados]. As pessoas sabem, mas deixam para lá, não fazem e eu sou uma delas. Tem consciência, mas comigo não acontece, ah daqui uns dias eu faço [atividade física], daqui uns dias eu vou, mas vai deixando. Aí tu vê que quando a pessoa passa por isso [complicação de saúde] depois que toma um susto, aí a pessoa reage (CRAVINA – Entrevista/TCS).

Eu como muito sal, eu gosto de comida salgada, eu é de berço que trago isso, eu sou de fora, então a minha mãe é de cozinhar com “sal de vaca”, nem de cozinha, então eu sinto a diferença [...] É sempre uma correria, tenho três crianças, o tempo que eu tenho, tenho que dividir entre eles e eu canso bastante lá [no trabalho] (SÁLVIA – Entrevista/TCS).

A alimentação, o fato de eu comer muita besteira, acho que prejudica bastante, seria um fator. E é por preguiça, preguiça de comer bem, de comer saudável, eu só quero chegar no mercado e olha aí ó, um salgadinho, vou ali e pego aquele salgadinho que é mais fácil de comer, ou antes de vir para universidade também (AZALEIA – Entrevista/TCS).

E se eu te disser que eu não consigo fazer nada? Cuidar de mim, muito pouco, pouquíssimo mesmo. Eu fumo demais, eu acho que eu fumo demais, mas quando eu vejo já estou com um cigarro na mão, daqui a pouco eu já pensei não vou fumar, já tinha fumado [...] Tu achas que isso adianta? [melhorar os hábitos, principalmente cessar o consumo de cigarro] Tu achas que vai melhorar? Às vezes eu penso assim, já não fiz até hoje, agora vou fazer e não vai adiantar, tu entendeste? Por isso estou te perguntando [...] E assim, enquanto eu não me sentir bem mal, não estou preocupada (ARRUDA – Entrevista/TCS).

Olha eu acho que nenhum. A medicação tem que tomar, é um cuidado. Cuidado com a alimentação não faço, não faço mesmo, até precisaria. Até tentei reduzir [sal da comida], mas daí ele [companheiro] bate boca na hora de servir, porque essa comida está sem sal, não tem sal?! Vou lá na venda comprar um pacote de sal, ele [companheiro] disse que vai morrer mesmo, não muda nada (COMIGO NINGUÉM PODE – Entrevista/TCS).

Eu não tenho dificuldade [em realizar atividade física] eu tenho preguiça [risos], é bem sério, é preguiça, tempinho a gente sempre tem (COPO DE LEITE – Entrevista/TCS).

Ah eu não sou hipertensa, minha pressão é baixa, então vamos comer salzinho, é bom um salzinho, só que agora eu estou tentando me controlar, não vou dizer que estou totalmente, porque assim o sal é o que dá o “tcham”, mas eu estou me controlando, porque “Deusulivre” o dia que eu chegar na doutora e ela disser que eu tenho problema renal, eu prefiro morrer [...] [relatou a história da tia que teve episódios de AVC e foi a óbito] te deixa triste, mas também te dá um, está na hora de tu reagires, fazer as coisas para não acontecer aquilo ali, ela [tia] durou dois meses depois do último [AVC], tem que acontecer para depois a gente se acordar [...] Uma vez hipertensa, hipertensa até morrer, pelo menos...eu muito topera, falar bem vulgar, comecei a tomar o medicamento, aí eu me senti bem e daí o que fiz, não tomei mais (ANTÚRIO – Entrevista/TCS).

Eu não tenho nenhum cuidado a não ser a academia que eu faço, então é uma atividade física. Eu acho assim, que até um pouquinho de vergonha na cara para se cuidar melhor, mas eu disse, desde criança, eu já venho de família de pelo duro, como diz, não tinha o hábito da salada na mesa, a mãe e o pai, comer uma fruta, não insistia, não teve aquela oferta naquele momento e aí tu crias aqueles hábitos ali e depois tu ganhas aqueles vícios, é difícil tu abandonares (PRIMAVERA – Entrevista/TCS).

Diante da análise dos depoimentos, percebe-se que, algumas participantes não realizam cuidados com a sua saúde ou interromperam essas práticas e, mesmo reconhecendo a importância, apresentam dificuldade para retornar a realizar. Outras, consideram tomar a medicação como a única forma de cuidar de si. Ademais, associam esses hábitos com algumas razões, como a cultura familiar, hábitos do companheiro, falta de tempo e sobrecarga de demandas, preguiça e “falta de vergonha”.

Outras usuárias não realizavam os cuidados, por uma concepção curativista, visto que não apresentam sintomas ou doenças e, na percepção delas, não precisavam realizar cuidados. Em um caso, a usuária com 41 anos, questionou se iniciar os cuidados nessa idade teria benefícios, afirmando que como essas práticas já não foram realizadas antes, ela acredita que não adiantará mais.

6.4 CONFLITOS ENTRE O CONHECIMENTO E O COMPORTAMENTO: “EU TENHO ESSA CONSCIÊNCIA DE QUE EU NÃO ME CUIDO COMO PRECISAVA” (AZALEIA)

Dentre os fatores de risco para as DCV, têm-se os modificáveis e os não modificáveis, destaca-se que os modificáveis são determinados pelos hábitos de vida, rotina do dia-a-dia e também a cultura familiar. Quando questionadas acerca dos fatores de risco, as participantes do presente estudo relataram diversos, conforme pode ser observado:

Sedentarismo, excesso de alimentação gordurosa, sal, ansiedade...eu sou bastante ansiosa (MARACUJÁ – Entrevista/TCS).

Eu acho que a má alimentação, o excesso de sal, carboidrato, gordura, essas coisas, sedentarismo, falta de exercício, acho que é isso (SÁLVIA– Entrevista/TCS).

Do sistema nervoso que abala muito que a pessoa fica muito preocupada, agitada e aí as consequências é o AVC. O coração já tem mais, como pode se dizer? O hereditário né? O fator família no “causo”, daí fora esse fator aí eu acho que só se fosse uma vida sedentária né? Muito vício. Daí a prevenção seria o que? A alimentação e a caminhada, movimento (LÍRIO– Entrevista/TCS).

O genético, a família também, inclusive eu escutei bastante depois desse caso da minha tia, alimentação, obesidade, um pouco junto com o sedentarismo (AZALEIA– Entrevista/TCS).

O principal que eu sei é a pressão alta, que vivem cutucando (DAMA DA NOITE– Entrevista/TCS).

A alimentação, a bebida de álcool, o cigarro, coisa que estou recém parando de fumar, mas estou tentando (COMIGO NINGUÉM PODE– Entrevista/TCS).

O cigarro. Outro que eu também penso é a gordura na comida, a alimentação quer dizer muito, veia entupida essas coisas. O que mais? O próprio estresse. Com o tempo, às vezes doença hereditária, de pais, de familiares. Claro, drogas em si, o cigarro não deixa de ser uma droga, mas drogas como a bebida de álcool com muita frequência (PRIMAVERA– Entrevista/TCS).

As participantes mencionaram, principalmente, os fatores de risco modificáveis e controláveis, como sedentarismo, alimentação inadequada, distúrbios nervosos (estresse, ansiedade), consumo de bebida alcoólica, tabagismo e HAS. Além do mais, a hereditariedade também foi um fator especificado, sendo esse um fator de risco não modificável. Contudo, identificou-se, que as mulheres revelaram um conflito entre o conhecimento e o comportamento, pois as mesmas usuárias que mencionaram os fatores de risco para as DCV revelaram realizar alguns hábitos contribuintes o desenvolvimento das DCV. Esses conflitos e divergências entre o conhecimento e o comportamento pode ser analisado nos depoimentos a seguir.

Eu sou sedentária, eu não consigo fazer exercício, fazer caminhada, eu já tentei, já fui para academia e não deu certo [risos] e daí tentei fazer caminhada também e eu não consigo. Agora piorou, como se diz né, porque me dói meu joelho, e de repente é por excesso de peso também, mas eu sei que eu preciso largar essa acomodação de lado e fazer exercício físico. Eu sei que isso prejudica bastante (MARACUJÁ–Entrevista/TCS).

A alimentação aqui em casa é muito errada, todos [...] todo mundo é gordinho mesmo, a gente come muito mal, todo mundo gosta da comida pesada...Eu como muito sal, eu gosto de comida salgada, eu tenho esse defeito [...] não consigo mudar, parece que não consigo comer, geralmente é o meu marido que cozinha e eu coloco mais na minha comida, eu gosto de comida mais salgada, tanto que eu não tempero feijão essas comidas mais coletivas (SÁLVIA–Entrevista/TCS).

Eu tenho essa consciência de que eu não em cuido como precisava, é no máximo a musculação, os exercícios físicos que eu faço, a alimentação eu não cuido, como muitas besteiras, também essa questão da alimentação fritura, besteira, salgadinho (AZALEIA–Entrevista/TCS).

Ele [médico] disse que minha pressão é alta, aquele dia que eu fui consultar minha pressão estava 17 por 10 [170/100 mmHg] e ele disse que estava super alta e eu tinha parado de tomar a medicação por conta minha (DAMA DA NOITE–Entrevista/TCS).

Já escutei um monte, na alimentação, as caminhadas fora do padrão para o coração, nada que eu presto atenção, porque eu sou assim, não sou de prestar muita atenção, entra num ouvido e sai no outro...Olha para mim, a minha alimentação é bem saudável, saudável tipo assim [irônia], gordurosa, carne gorda, é tipo assim, aquela comida bem crioula é a minha, uma polenta, mas eu gosto muito de verdura, de comer bastante verdura, isso eu adoro, mas a carne é gorda, a comida é com bastante...até meu marido é mais doente do coração que eu, porque eu não tenho nada no coração, quem já teve enfarto duas vezes, foi ele, e “Deusulivre” tu fazeres uma comida com “azeitizinho” magrinho, tem que ter banha, feijão, aquele feijão bem temperado com costelinha de porco, com linguiça, aí tu comes aquele pratão. O sal é em abundância [risos], bem picante de sal (COMIGO NINGUÉM PODE–Entrevista/TCS).

A minha alimentação é zero...pouco liquido, muito refrigerante, a própria fritura, a má alimentação, que eu gosto de carne gorda, gosto de fritura, que é uma das coisas que poderia contribuir [para o desenvolvimento das DCV] (PRIMAVERA–Entrevista/TCS).

É possível perceber que quando as participantes foram questionadas sobre quais são os fatores de risco para as DCV, elas já tinham conhecimento ou já tinham ouvido falar, porém, quando perguntadas sobre os seus hábitos, revelaram, na maioria das vezes, sem constrangimento, realizar práticas em seu cotidiano que favoreçam o desenvolvimento das DCV. Diante disso, ressalta-se que mesmo algumas usuárias possuindo conhecimento acerca dos fatores de risco e das DCV, isso não é o suficiente para a mudança de hábitos e a realização dos cuidados para prevenção e controle. Sendo assim, pode-se afirmar que existe o poder de escolha no risco que querem correr.

6.5 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – “SÃO OS PRINCIPAIS PARA AJUDAR, SÃO AS PESSOAS RECOMENDÁVEIS, OS ESPECIALISTAS, OS MAIS IMPORTANTES (PETÚNIA)”

Quando questionadas acerca da atuação dos profissionais de saúde, quanto a prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV, a maioria das participantes afirmaram a importância destes nesse cenário por meio, principalmente, de orientações.

Sim, do jeito que você está fazendo, é a única maneira, porque tem pessoas que são leigas e não se aprofundam [...] Que nem você está fazendo, vindo em casa, explicando, ficando em cima, aí eu acho que alerta mais o pessoal, o pessoal começa a entender que realmente é uma coisa grave, com orientações e conversa (RÁFIA – Entrevista/TCS).

Na conversa, eles te incentivam a ir num lugar (ARRUDA – Entrevista/TCS).

Ah sim, eles explicam, eles sabem, estão estudando para aquilo ali (PALMA – Entrevista/TCS).

Eu acho que sim, orientando negócio das medicações, alimentação, não ficar muito parado, te movimentar, eu acho que eles ajudam muito (FLOR DE MAIO – Entrevista/TCS).

Ah podem, porque eles estudaram, eu não estudei [risos] mas eles sim, então conversando, explicando para gente as coisas, como é, como não é (HORTÊNSIA-Entrevista/TCS).

Eu acho que sim, são os principais para ajudar, são as pessoas recomendáveis, os especialistas, os mais importantes para isso. Fazendo a orientação, a prevenção né, primeiramente a prevenção, a orientação de prevenção, depois então fazer o cuidado, que deve ser quando aparece essas doenças (PETÚNIA – Entrevista/TCS).

Conforme os depoimentos sobrescritos, as participantes afirmaram que os profissionais de saúde podem contribuir na prevenção, controle e tratamento dos fatores de risco e das DCV, principalmente por meio de orientações, conversas e explicações que envolvem, especificadamente, o uso das medicações, alimentação adequada e incentivo a realização de atividades físicas. Algumas usuárias especificaram os profissionais que para elas são importantes nessa atuação.

A minha doutora sempre tá me explicando isso aí e eu gosto muito dela (BROMÉLIA – Entrevista/TCS).

A agente comunitária de saúde ajuda o pai, vinha aqui [na residência], dava uns puxões de orelha nele, falava o que o pai tinha que comer, o que o pai não podia fazer, não adiantava muito, mas ajudam bastante (GIRASSOL – Entrevista/TCS).

Com certeza, alertando, prevenindo, o agente comunitário de saúde que vai nas casas, eu tenho ali no bairro, é uma pessoa que orienta bastante (PRIMAVERA – Entrevista/TCS).

Os profissionais mencionados foram o médico e os ACS, destaca-se que uma usuária afirma que a médica realiza explicações acerca dos fatores de risco e das DCV e revela o sentimento de afeto pela profissional. Além disso, ressaltam a importância do ACS, em suas visitas e orientações. Outras usuárias especificaram estratégias que podem ser utilizadas para propagar o conhecimento e contribuir na atuação dos profissionais e, conseqüentemente, na prevenção e controle das DCV.

Sempre que der, auxiliar e continuar tendo mais encartes, mais propaganda ilustrada, porque tem gente que vem aqui [unidade de saúde] e tem problema de alfabetismo, daí pelo menos tem alguma coisa que eles entendem, a minha mãe, por exemplo, ela não sabe ler e escrever (ANTÚRIO – Entrevista/TCS).

Com certeza [profissionais podem contribuir] o bom seria um trabalho multiprofissional, aliar a fisioterapia, o fisioterapeuta, o médico, enfermeiro, o educador físico para evitar essas doenças, mais para prevenção mesmo, mais do que para o tratamento, claro que é muito importante o tratamento, mas se a gente puder prevenir vai diminuir muito. Por exemplo, atuar mais no posto de saúde, começa pelo posto de saúde que é onde atende uma quantidade maior de pessoas e principalmente pessoas de baixa renda, acho que falta mais a questão da informação, começar a transmitir a informação de como tentar evitar, acho que falta informação, começar a passar mais a informação para o público, para os pacientes (AZALEIA – Entrevista/TCS).

Com orientação, com uma consulta periódica, se tem problema faz exames, faz tratamento, às vezes não precisa nem tomar medicação, às vezes só a orientação de exercício físico, orientação nutricional, às vezes nem a medicação precisa tomar (CRAVINHO – Entrevista/TCS).

Percebe-se que as participantes descreveram estratégias que facilitam a assistência prestada e que elas consideram importantes, como a atuação de equipes multiprofissionais, produção e apresentação de “encartes”, cartazes, materiais ilustrativos facilitando para aqueles que possam ter alguma dificuldade de compreensão e alfabetização, além do acompanhamento dos usuários com consultas periódicas e exames. Ademais, foi citado pelas usuárias a importância da sensibilização dos indivíduos.

Eu acho que sim, mas depende de o cliente fazer a regra completa, a pessoa tem que saber como é a regra e tomar o remédio (ROSA BRANCA – Entrevista/TCS).

Se a gente procurar pode ajudar, orientando, como é que a gente tem que fazer, é o jeito que eles podem, porque mais, coitados, estão dizendo não come sal e a pessoa chega em casa e faz uma panelada, aí não tem como (COMIGO NINGUÉM PODE – Entrevista/TCS).

Nos depoimentos acima, as participantes afirmam que além das orientações realizadas pelos profissionais de saúde, é primordial a sensibilização, a conscientização e a mudança de hábitos da população. Uma usuária demonstrou a sua fé e devoção, afirmando que a cura vem somente de Deus.

Olha eu acho que hoje em dia como está a melhoria nos estudos que fazem, até que eu acredito que sim, podem ajudar [profissionais podem contribuir com a prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV], fazendo exame necessário para ver a fundo o que pode estar acontecendo e aí descobrir ou ter um medicamento mais ou menos que ajude, porque para curar eu tenho certeza que não tem, a cura se tiver vem de Deus, do homem, da mão do homem, assim, como vou te dizer, da ciência ela não vem (LÍRIO – Entrevista/TCS).

Quando perguntadas a respeito da atuação dos profissionais que elas têm acesso, algumas usuárias questionaram e demonstraram insatisfação com a assistência que está sendo ofertada. Esse descontentamento pode ser observado nos depoimentos abaixo:

As nutricionistas indicaram, eu tive uma reunião lá no posto, só que não posso comer o que elas querem, a tal da farinha, tais coisas do mercado, eu não posso comprar, eu disse para elas eu não posso continuar com essa receita de vocês porque eu não consigo, eu não tenho de onde comprar (ROSA BRANCA – Entrevista/TCS).

Na minha opinião, acho que sim, ajuda [profissionais podem contribuir com a prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV], mas a maioria não são eficientes na função que atuam. Para mim, a maioria não atua como deveria porque o pessoal procura o posto de saúde, é muito procurado, mas às vezes não sai, como eu posso dizer? Satisfeito! Tu perguntas uma coisa e não tens resposta, eu acho que está muito precário, tu estás se sentindo ruim, tu vais procurar ajuda e tu queres um retorno (CRAVINA – Entrevista/TCS).

Eu acho que precisa um acompanhamento melhor, uma explicação melhor, passar os cuidados de uma forma melhor (MARACUJÁ – Entrevista/TCS).

Eu acho que eles orientando, como você faz assim, está fazendo, podem ajudar, às vezes uma outra maneira que a gente não conhece, que fique mais fácil, para facilitar, porque às vezes para gente cortar tudo é difícil (SÁLVIA – Entrevista/TCS).

Não, porque só se as pessoas chegarem se queixando de alguma dor, alguma coisa, daí eles mandam fazer exame e encaminham para um especialista, mas daí tudo pelo SUS e tudo é demorado (COMIGO NINGUÉM PODE – Entrevista/TCS).

Nos depoimentos, as usuárias explicitam algumas situações desfavoráveis quanto a assistência prestada pelos profissionais de saúde e essas dificultam a compreensão e a realização dos cuidados por parte delas. Percebe-se em um depoimento que a usuária revela não ter condições de adquirir os produtos orientados pelas profissionais, ainda, algumas participantes demonstram a necessidade de outras formas de compartilhar e promover o conhecimento e as informações.

6.6 NARRATIVAS: DOS HÁBITOS REALIZADOS À SUA RESSIGNIFICAÇÃO – “FEZ A GENTE PARAR E PENSAR, TENTAR MUDAR UM POUCO O HÁBITO (SÁLVIA)”

Conforme descrito anteriormente, a realização das narrativas busca oportunizar reflexões e ressignificações, na realização de algumas narrativas, essa mudança foi percebida. Apresentam-se os trechos das entrevistas e das narrativas das participantes em que pode ser observado:

Da pressão eu tomava [medicação], quando eu estava bem eu não tomava, só quando eu estava meio zonha eu tomava, mas agora eu estou assustada [...] Uma vez que eu fui ali no postinho e estava 16 por 9 [160/90 mmHg] uma coisa assim, aí a doutora disse: tem que tomar, tem que tomar o remedinho para controlar, mandava eu controlar, mandava ir lá, aí eu me sentia bem não ia, é um pouco relaxamento (DINHEIRINHO – Entrevista/TCS).

Agora estou tomando os remédios da pressão todas as manhãs, deixo de noite já, arrumadinho com os outros [...] Eu acho que foi muito instrutivo para mim, tem coisas que a gente leva meio “flauteado” achando que não vai acontecer as coisas, mas tem que se cuidar mesmo, eu estou convencida disso, eu tenho que me cuidar de todas as maneiras, tanto na alimentação, como emocional, a gente tem que se ajudar, se a gente não se ajudar (DINHEIRINHO – Narrativa).

A pressão alta que é hereditário, todo mundo tem a pressão alta [na família], eu tenho também, mas não tomo remédio, faz bastante tempo que eu não tomo, tive pré-eclâmpsia, tive três filhos, tive todas as gravidez de alto risco, mas mesmo assim, depois que eu ganhei eu não voltei lá no posto para tomar o remédio, a pressão verifico em casa e está sempre alta assim, eu sinto mais ou menos, eu começo ficar ruim, me dá ânsia de vômito, uma dor na nuca e geralmente ela está 16, 18 mas daí daqui a pouco passa (SÁLVIA – Entrevista/TCS).

Essa semana [semana após a realização da entrevista] eu passei bem ruim, acho que a minha pressão estava bem alta, estava sem o aparelho em casa, daí eu fui ali no postinho, eu vim do serviço passei aquele dia ruim, parece que minha cabeça ia desmanchar, aí eu fui ali no postinho não consegui medir a pressão porque não tinha levado a identidade, eu tenho três filhos não quero deixar eles passando trabalho nas mãos dos outros, mas é que é difícil, aí quando eu crio coragem para ir ali no posto, não que o posto, o posto não tem culpa, quem tem que procurar sou eu, mas aí tudo é difícil ali [...] (SÁLVIA - Narrativa).

Eu achei bom, me fez pensar bastante coisas, às vezes a gente não conversa com ninguém sobre isso, mas faz a gente pensar em outras coisas, em se cuidar, melhorar, procurar, na verdade eu tenho consciência, mas tu vais deixando, deixando, às vezes é muito mais fácil comer um lanche do que parar e fazer uma refeição [...] Às vezes parece que a gente falando não sente o efeito que as coisas têm, mas tu ouvindo é diferente, por mais que seja uma coisa que tu mesma falou, tu ouvindo é diferente, fez refletir, por isso te digo, eu tenho consciência de tudo, dos hábitos errados, não só da alimentação, mas por ser acomodada [...] Eu gostei muito de te conhecer, das informações que me passou, porque como te disse, no dia-a-dia, tu sabes que é errado, a alimentação, todo dia tu tens que comer, às vezes tu não olhas qual a importância que é preparar um alimento, toca tudo dentro da panela, principalmente eu que estou sempre correndo, tu tens vontade de parar e fazer melhor, até pela saúde, mas acho que quando a gente come melhor, come uma comida mais colorida tu ficas mais feliz, começa a olhar as coisas diferente [...] mas fez a gente parar e pensar, tentar mudar um pouco o hábito e tudo assim. Então eu vou tentar, vou tentar melhorar e procurar essa questão da minha pressão, me cuidar também, eu sei que o excesso de peso também é bastante. É uma questão de organizar, é o trabalho que eu tenho, é a vida que eu tenho (SÁLVIA - Narrativa).

Eu quero, mas eu não consigo sair de casa, caminhar, entendeu [...] O sal, a comida muito sem sal ela não desce, tem que sentir um salzinho. E a gordura assim, às vezes eu asso uma carne que tem aquela parte, aquela gordurinha, que chega a molhar, ah não, um pedacinho tem que comer e não deveria comer (LÍRIO – Entrevista/TCS).
Eu sinto que eu preciso, é uma necessidade, eu necessito disso, porque eu conversando contigo aqui, ouvindo nos programas os conselhos dos médicos, a gente aprende que a gente tem uma necessidade e aí eu me analiso, me polio (LÍRIO – Narrativa).

Esse fato de eu comer muita besteira, acho que prejudica bastante, seria um fator. E é por preguiça, preguiça de comer bem, de comer saudável (AZALEIA – Entrevista/TCS).

Escutando o que eu falei é meio absurdo as coisas que eu faço, realmente fez refletir, mais em questão à minha alimentação, ao meu hábito de vida, que é bem errado. É diferente mesmo, bem legal isso de tu trazeres para a gente depois, faz pensar, foi bem impactante para mim, ouvir o que você leu [narrativa], vou pensar mais, bem mais (AZALEIA - Narrativa).

Eu tinha parado de tomar a medicação por conta minha, estava tomando o enalapril quando sentia algumas fisgadas, uma agulhada na nuca, só quando me sentia assim daí eu tomava (DAMA DA NOITE – Entrevista/TCS).

Hoje mesmo eu já peguei meus remédios, já estavam faltando os remédios da pressão, desde o dia que eu peguei os remédios eu estou tomando direitinho [...] porque foi a tua visita que me fez sair, procurar ajuda, tua visita que me fez procurar ajuda, no caso, me fez pensar melhor, porque fazia uns seis, sete meses que eu tinha parado de tomar a medicação, por conta minha (DAMA DA NOITE - Narrativa).

Algumas usuárias demonstraram mudanças em seus hábitos já no momento do retorno, na realização da narrativa. Nota-se, especificadamente, uma mudança comportamental nas participantes que tinham interrompido o tratamento anti-hipertensivo por conta própria e tomavam a medicação somente quando sentiam sintomas, essas revelaram estar realizando o tratamento medicamentoso de forma correta e contínua. Acrescenta-se as reflexões reveladas a partir do impacto após ouvir os depoimentos. Reiteram-se a seguir, as reflexões e mudanças reveladas nas narrativas.

Eu falei para o meu marido, contei para ele o que a gente conversou, até mesmo porque ele tem, não sei certo o que ele tem no coração, sempre teve, agora que ele está tomando remédio, até nem sei qual é a doença (ARRUDA - Narrativa).

Mudou comigo, me ajudou, porque a gente vem consultar só quando a gente está doente, não para conversar, sobre como está, como está fazendo as coisas, os cuidados (SAMAMBAIA - Narrativa)

Muito importante, se todos aqui [profissionais] tivessem um tempinho para conversar com o pessoal que está aqui para dar um apoio já eliminaria [os fatores de risco, as DCV] bastante, a saúde das pessoas seria uma saúde melhor, uma consciência melhor e no futuro uma vida melhor (ANTÚRIO - Narrativa).

Achei importante, porque pelo menos a pessoa fica sabendo que foi realizado, porque as vezes fica a dúvida será que ela fez mesmo, ou será que ela só está mostrando trabalho para universidade, porque está estudando, acho importante que a pessoa saiba o que foi feito e que foi realizado com a pesquisa (VIOLETA - Narrativa).

Os depoimentos acima descritos, evidenciam que a realização das narrativas permitiu às participantes a oportunidade da escuta, ao afirmar a importância do processo participativo. Ainda, ressaltaram que a participação em praticamente toda a produção dos dados tornou-se um incentivo para a realização dos cuidados, possibilitando o aprendizado, estimulando a mudança de hábitos, além de ser uma oportunidade para adquirir conhecimento e disseminá-lo, por exemplo, a usuária que compartilhou as informações com o companheiro. Além do mais, uma usuária destacou a importância de confirmar e se apropriar da condução e desfecho da pesquisa, sendo a narrativa, uma oportunidade importante. Por fim, ressalta-se a relevância que as usuárias mencionaram na escuta de seus depoimentos, sendo essa a essência das narrativas, percebeu-se, principalmente, que ao escutar a sua própria fala as usuárias refletiram e ressignificaram suas práticas de cuidado.

Após finalizar todo o processo de produção e análise dos dados, ou seja, ao término de cada narrativa, as usuárias foram orientadas quanto aos fatores de risco contribuintes para o desenvolvimento das DCV, a importância em realizar práticas de cuidado favoráveis à saúde e ao bem-estar, além de terem sido sanadas as dúvidas e os questionamentos que surgiram durante todo o processo. Ressalta-se ainda, que as participantes ficaram com o contato da autora do presente estudo e foi orientado que em qualquer situação que houvesse necessidade elas poderiam entrar em contato.

7 DISCUSSÃO – INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

No presente estudo, identificou-se que as variáveis nível de escolaridade e faixa etária são inversamente proporcionais. Dessa forma, 76,0% das mulheres com mais de 40 anos estudaram de 0 a 8 anos, ou seja, completaram no máximo o ensino fundamental. Esses dados representam uma realidade histórica, pois em décadas passadas a educação atribuída às mulheres, muito raramente envolvia conhecimentos básicos, como a alfabetização, limitava-se aos bons costumes domésticos (QUEIROZ; GONÇALVEZ; KRUGER, 2017). Ainda, o depoimento de uma participante reitera essa realidade, a usuária Hortênsia com a maior idade (79 anos) afirma não ter estudado, sendo essa uma oportunidade atual.

Com o passar dos anos essa realidade foi sendo modificada, o que corrobora com os dados da presente pesquisa, pois as mulheres mais jovens, de 20 a 29 anos possuem maior escolaridade, representada por 12 ou mais anos de estudo. Em outro estudo (RICOLDI; ARTES, 2016) foi realizada a análise da proporção de homens e mulheres estudantes do ensino superior, no ano de 2000, os homens constituíram 43,5% dos alunos e, em 2010, 43%. Dessa forma, as mulheres representaram o restante, variando entre 56,5% e 57%. Acrescenta-se ainda, que atualmente em nível de mestrado as mulheres são a maioria (QUEIROZ; GONÇALVEZ; KRUGER, 2017).

Ressalta-se a importância dessa mudança no perfil da escolaridade da população feminina, uma vez que os níveis escolares são considerados fator protetor para as DCNT. Em razão de que as pessoas com maior nível de instrução possuem melhores condições de acesso e compreensão das práticas de promoção da saúde (MENDES; SILVA; FERREIRA, 2018). Assim sendo, torna-se primordial que os profissionais de saúde conheçam o nível educacional dos usuários que buscam os serviços de saúde, para adequarem além do plano de cuidado, as orientações e diálogos.

No que diz respeito a ocupação/trabalho, a maioria das participantes possuem renda própria, oriunda de aposentaria ou pensão, ou ainda do trabalho autônomo ou assalariado. Nesse ínterim, percebe-se a inserção da mulher no âmbito da economia e sociedade em geral, não sendo mais a atividade doméstica e do lar as únicas ocupações. A inserção da mulher no mercado de trabalho apresentou um aumento significativo nas últimas décadas, a taxa da participação feminina com idade de 15 a 59 anos aumentou de 52,5% no ano de 1992 para 61% no ano de 2012 (BARBOSA, 2014).

Ao mesmo tempo que a mulher assume importante posição social, alcançando, muitas vezes, a sua independência financeira, é possível perceber que esse fato ocasiona uma sobrecarga de atividades, pois ela ainda se constitui como a principal provedora dos cuidados domésticos e da família. Essa realidade é evidenciada nos depoimentos de algumas participantes, pois elas descrevem ter dificuldades para realizar alguns cuidados com a sua saúde devido às demandas com o trabalho ou com os filhos e a casa.

Conciliar os cuidados com a família, atividades domésticas e o trabalho constitui-se em um dos principais dilemas da atualidade para a população feminina. Diante desse cenário, questiona-se acerca do apoio e do suporte da esfera pública, uma vez que a ampliação e a melhora na cobertura dos serviços sociais e públicos, como assistência às crianças, idosos e pessoas com doença ou deficiência, contribuiria para a organização da sociedade e das famílias (MOSEER; DAL PRÁ, 2016).

No entanto, a renda em salários mínimos revela que a maioria das participantes estava ganhando entre um a dois salários, seguido por até um salário e, por mais de dois a três salários. Esses dados evidenciam que a média de salários da maior parte das mulheres pesquisadas está abaixo da média municipal, a qual, conforme dados do censo do IBGE para o ano de 2016 era de 3,1 salários mínimos por trabalhador formal (IBGE, 2010). Ainda, dados do IBGE revelam que as mulheres possuem maior nível de escolaridade, trabalham mais tempo e ganham em média, 76,5% do rendimento dos homens (IBGE, 2018).

Além disso, 42,5 % das participantes do estudo não possuem renda própria, configurando-se por mulheres do lar, estudantes ou estavam desempregadas no momento da produção dos dados. Essa realidade pode originar certa dependência do companheiro ou outro familiar, e também dificuldades financeiras, pois a renda da família pode ser oriunda do trabalho de apenas uma pessoa ou a falta de recursos financeiros.

Evidenciou-se que a maioria das usuárias participantes da pesquisa possuem companheiro, pois são casadas legalmente ou são mulheres com união estável há mais de seis meses. Nesse sentido, as mulheres podem contar com a divisão de tarefas, ou, por outro lado, podem sofrer dependência e opressão do companheiro, como relatado no depoimento da participante Comigo Ninguém Pode, pois ela afirma não conseguir realizar cuidados com a alimentação adequada devido, principalmente, às exigências do marido, adotando tais hábitos para evitar desentendimentos.

Quanto à etnia, a grande maioria das mulheres eram brancas. Ressalta-se que nenhuma mulher indígena participou da pesquisa, sendo que dados do censo do IBGE 2010, apontam que a população indígena que reside em Santa Maria, é de 326 pessoas, e a maioria (173) é mulher.

Essa população está distribuída na maioria dos bairros do município. Pode-se questionar em que local essas mulheres são atendidas, pois a produção dos dados foi realizada em todas unidades de APS urbanas do município de Santa Maria.

Por fim, no que tange a religião, a principal elencada foi a religião católica seguida da evangélica e após a espírita, sendo essas as religiões mais antigas. Esses achados, corroboram com o panorama traçado no Censo Demográfico do município de Santa Maria, RS, realizado em 2010, o qual evidenciou essas três religiões como as mais predominantes no município e conforme a ordem apresentada na presente pesquisa (IBGE, 2010).

Destaca-se ainda, que a fé foi fortemente ressaltada em um dos depoimentos, o qual a participante de crença evangélica, afirma que a cura para as doenças só pode ser concedida por Deus. Autores definem a religião como um conjunto de práticas e crenças relacionadas a fé, as quais reconhecem, facilitam e aproximam o acesso a Deus e a verdade absoluta, podendo ainda influenciar a moral e a conduta de vida dos indivíduos (EVANGELISTA et al., 2016). Entretanto, ressalta-se a importância da fé aliada às práticas de cuidado e hábitos saudáveis, uma vez que a fé e a crença na religião possibilitam o bem-estar, tranquilidade e positividade, o que pode impactar na manutenção da saúde e na qualidade de vida.

7.2 FATORES DE RISCO E AS PRÁTICAS DE CUIDADO

A maior parte das participantes reconheceram os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento das DCV. Entre os principais, foram mencionados o estresse, uso contínuo do contraceptivo, sedentarismo, alimentação inadequada, excesso de peso, HAS, dislipidemia, ingestão de bebidas alcólicas e o tabagismo. Além disso, os fatores mencionados nos depoimentos da etapa qualitativa foram identificados na etapa quantitativa, uns com maior outros com menor frequência.

O conhecimento em relação aos fatores de risco e as DCV foi oriundo de diversas fontes, principalmente, por meio da experiência das doenças cardiovasculares de familiares, mas também pela leitura e acesso a meios de comunicação, como materiais na internet, livros, artigos científicos, jornais e televisão, ambientes escolares e na faculdade, participação em grupos, nas unidades de saúde e hospitais, além de participar na primeira etapa da presente pesquisa e diálogos com vizinhas e com a mãe. As práticas de cuidado passadas de geração em geração têm importante predomínio e influenciam fortemente os hábitos realizados, essa cultura não é recente, pois a origem dos principais cuidados é proveniente das mães de mulheres e cultivadas na família (COLLIÉRE, 1999).

Ainda em relação à obtenção do conhecimento, um estudo que objetivou investigar as fontes de informação acerca da prática de atividades físicas constatou que, para a população feminina, a principal fonte é a televisão (MENDES et al., 2010), meio de comunicação que foi fortemente mencionado na presente pesquisa. Observando a produção presente na literatura, autores afirmam que a informação é primordial para o entendimento e incentivo à mudança comportamental porém, isoladamente não é suficiente, e sim, dentro de um modelo adequado de assistência à saúde, pode contribuir para a sensibilização e conscientização da população (SALES; ROCHA; PEDRAZA, 2014).

Quanto aos fatores de risco identificados na etapa quantitativa, os resultados apontam que as mulheres em idade reprodutiva participantes do presente estudo, ou seja, de 20 a 49 anos e que fazem uso de algum tipo de contraceptivo, constituem cerca de 58,0% da amostra. Esses achados corroboram com outra pesquisa, que evidenciou que aproximadamente 60% das mulheres em idade reprodutiva fazem uso de algum método contraceptivo (ALKEMA et al., 2013).

Os métodos contraceptivos quando utilizados de maneira correta e com orientações dos profissionais de saúde, constituem importante estratégia para o planejamento familiar, sendo uma opção para o controle seguro e efetivo da fertilidade (XU et al., 2014). Contudo, estudos apontam efeitos preocupantes do uso de contraceptivos associados a alguns fatores de risco, como a HAS, principalmente os tipos orais e injetáveis e aqueles usados de forma contínua. Os resultados quantitativos da presente pesquisa, indicam que mais de 70,0% das mulheres pesquisadas que fazem uso de contraceptivo, optam pelo oral, dessas, 23,4% de forma contínua, quanto ao injetável, 24,0% fazem uso e a maioria, aproximadamente 85,0%, optam pelo trimestral com maior carga hormonal. Destaca-se a relevância desses dados, pois os desfechos adversos decorrentes, envolvem o aumento do risco de desenvolver Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e outras complicações específicas para a população feminina (GROSSMAN et al., 2011).

Essa propensão está associada ao estrogênio, especificadamente ao etinilestradiol, hormônio presente nos contraceptivos hormonais, que induz a alterações importantes no sistema de coagulação, podendo ocasionar o aumento da trombina e diminuição dos inibidores naturais de coagulação (BRITO; NOBRE; VIEIRA, 2011). Essas complicações podem estar associadas a outros fatores, além da HAS, por exemplo, DM, doença vascular, tromboembolismo, enxaqueca com aura, tabagismo em mulheres com 35 anos de idade ou mais, entre outros (CORRÊA et al., 2017).

Nos depoimentos da etapa qualitativa, algumas participantes revelaram ter conhecimento das possíveis complicações decorrentes do uso do contraceptivo, principalmente as relacionadas ao sistema circulatório, ademais, afirmaram a associação do uso do anticoncepcional com a elevação dos níveis pressóricos. Contudo, algumas revelaram não ter domínio acerca do tema e não buscar o aprofundamento. Diante do exposto, percebe-se a importância de considerar os fatores de risco mencionados anteriormente no momento da orientação/indicação do uso ou não do anticoncepcional (LIMA et al., 2017) ainda, ressalta-se a importância de orientar e explicar o modo de usar/ingerir, os benefícios e principalmente os efeitos adversos e os cuidados necessários.

Entre os fatores de risco modificáveis, têm-se o alcoolismo e o tabagismo, os quais autores afirmam que, na maioria das vezes, estão associados (JIANG et al., 2015). Especificadamente em relação ao cigarro, no ano de 2011 este foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidas, 157.126 IAM, 75.663 AVE e 63.753 diagnósticos de câncer, sendo que o custo para o SUS foi de aproximadamente R\$ 23,37 bilhões. Acrescenta-se, que as mulheres tabagistas podem apresentar uma redução de 4,7 anos de vida em relação as mulheres que não são tabagistas. Diante desse contexto preocupante, o monitoramento da carga tabágica tornou-se uma das estratégias prioritárias das políticas e ações de saúde (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Já o consumo de álcool faz parte dos hábitos alimentares da maior parte da população, integrando a vida cotidiana familiar e entre amigos, contudo, a ingestão de bebidas alcoólicas está entre os dez principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças (VARELA, 2013). Entre elas, destacam-se as DCV, pois o consumo de álcool está associado a elevação da pressão arterial, alteração dos níveis de triglicérides e lipídeos, aumentando o risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e IAM (TONELO; PROVIDÊNCIA; GONÇALVES, 2013).

Evidenciou-se, na primeira etapa da presente pesquisa, que a maioria das participantes não fazem uso de álcool e tabaco, entretanto, daquelas que possuem esses hábitos, as mulheres entre 20 a 29 anos se destacaram, em especial por apresentarem a maior frequência para o uso do álcool e a segunda maior frequência para o consumo de cigarro. Outro estudo corrobora com esse achado, ao afirmar que notoriamente a população feminina mais jovem consome maiores índices de bebidas alcoólicas em relação as demais idades (LARANJEIRA et al., 2014). Nesse contexto, ressalta-se a importância de expandir as ações de promoção à saúde e hábitos saudáveis para outros contextos, como escolas, universidades e eventos que tenham a concentração da população jovem, para assim buscar e incentivar a sensibilização desse

público, favorecendo a qualidade de vida. Acrescenta-se que em um dos depoimentos da segunda etapa do estudo, uma participante tabagista há muitos anos questiona se teria benefícios em parar de fumar depois de todo esse tempo de consumo, evidencia-se a necessidade e a importância de orientações e explicações dos benefícios que o abandono desses vícios pode proporcionar.

Outro fator de risco que pode ser modificado ou controlado é o transtorno depressivo, o qual constitui-se como um importante problema de saúde pública devido, principalmente, a elevada prevalência, a repercussão na saúde e no bem-estar das pessoas, além do impacto psicossocial (GONÇALVES et al., 2018). Em 2013, no Brasil, foi realizada uma pesquisa populacional com amostra nacionalmente representativa, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que mostrou maior prevalência e incidência de depressão em mulheres, que vivem em áreas urbanas, com menores níveis de escolaridade e com condições crônicas associadas, por exemplo, hipertensão e diabetes (LOPES et al., 2016). Acrescenta-se que pesquisas evidenciaram a correlação entre o transtorno depressivo, o desenvolvimento e o agravamento de quadros clínicos, como diabetes, cardiopatias, obesidade e disfunções oncológicas (BOING et al., 2012; LOPES et al., 2016).

Nos dados quantitativos do presente estudo, 40,0% das participantes já fizeram ou faziam tratamento para depressão no momento da produção dos dados, destaca-se que essa prevalência é de mulheres com diagnóstico médico e realizaram ou estavam realizando tratamento medicamentoso, porém, ressalta-se a importância dos profissionais estarem atentos aos sinais e sintomas de pacientes que possam ter depressão e até o momento não apresentam o diagnóstico médico. Em outra pesquisa realizada na APS, a prevalência de distúrbio depressivo foi de 5 a 10% de todos os pacientes atendidos, sendo que, apenas um em 100 mencionou a depressão como motivo para a consulta, e em até 50% das vezes a doença não é percebida pelos profissionais (COSTA, 2015). Em relação ao tratamento, estudo ressalta a importância de outros cuidados além do medicamentoso, como o incentivo a atividade física, ações de promoção a saúde e o desenvolvimento de um cuidado integral a esses pacientes (GONÇALVES et al., 2018).

Entre os distúrbios nervosos, destaca-se também o estresse, o qual foi fortemente evidenciado nos dados quantitativos da presente pesquisa, 60,6% das usuárias participantes consideraram-se estressadas, sendo que, mulheres com idades maiores (70-79 anos) se sentem menos estressadas, podendo estar relacionado ao fato de que elas estão aposentadas e encontram-se com preocupações diferentes. Os maiores níveis de estresse foram declarados pelas mulheres com faixas etárias socialmente e economicamente ativas, esse achado reforça a

mudança do papel feminino na sociedade e na família, pois as mulheres com o passar dos anos passaram a ser solicitadas para contribuir financeiramente no sustento da família, continuando com as responsabilidades da maternidade, do lar e as cobranças sociais, essa sobrecarga de demandas e trabalho pode acarretar em níveis de estresse elevado e, conseqüentemente, expõe a riscos para a saúde e o bem-estar (HÄMMIG; BAUER, 2014).

Na etapa qualitativa do presente estudo as mulheres reconheceram o transtorno depressivo e o estresse como fatores de risco para as DCV. Reitera-se que a sobrecarga de demandas também foi constatada nos depoimentos, sendo um dos motivos para que as mulheres possam ter dificuldades de realizar as práticas de cuidado com a saúde.

A obesidade e o sedentarismo, na maioria das vezes, estão associados e constituem-se como os principais riscos modificáveis para a saúde da população, em especial para as DCV. Identificou-se nos resultados quantitativos, que aproximadamente 60,9% da população pesquisada era sedentária. Quanto ao peso classificado conforme o IMC, evidenciou-se que 38,8% das participantes foram classificadas com obesidade considerando os três graus (I, II e III), mais de 20,0% em obesidade grau I, 9,7% com obesidade II e com obesidade grau III 7,2% da amostra. Ainda, 31,1% das mulheres encontravam-se com sobrepeso.

O sobrepeso e a obesidade são determinados pelo acúmulo excessivo de gorduras que podem prejudicar a saúde e o bem-estar da população (WHO, 2017b). Nos últimos anos, essas condições têm apresentado um aumento significativo em países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se assim, um grave problema de saúde pública. Conforme dados do MS, em uma pesquisa realizada nas 26 capitais e no distrito federal, no ano de 2015, a população adulta classificada com obesidade constituía uma porcentagem de 18,9%, demonstrando aumento na frequência com o aumento de idade, o que corrobora com os resultados quantitativos do presente estudo. Esse panorama preocupante associa-se ao modo de vida, aos hábitos alimentares da sociedade moderna e a inatividade física, ainda, agrava-se ao considerar o aumento da expectativa de vida no Brasil e a necessidade de uma qualidade de vida na terceira idade (BRASIL, 2016).

O excesso de peso e o sedentarismo foram os principais fatores de risco elencados pelas participantes nos depoimentos, a maioria delas reconhecem esses fatores como prejudiciais a saúde, porém revelam dificuldades para realizar os cuidados necessários, essas dificuldades envolvem, principalmente, a redução de comidas gordurosas, o excesso de sal e carboidratos, ingestão em excesso de alimentos prontos e industrializados, devido a praticidade, além da falta de exercícios em suas rotinas. As usuárias associam esses hábitos a algumas razões,

principalmente pela comodidade, mas também pela falta de tempo devido à sobrecarga de atividades, ou ainda pela influência da cultura e pressão familiar.

A obesidade e os demais fatores de risco modificáveis para as DCV resultam das condições nas quais os indivíduos nascem, vivem, trabalham e envelhecem, dessa forma são influenciados pelos determinantes sociais, culturais, econômicos e ambientais (WHO, 2011b). Nessa perspectiva, com o avanço da industrialização e urbanização, os alimentos passaram a ser ofertados de forma prática e, conseqüentemente, mais processada somando ainda, ao ritmo acelerado do cotidiano da população, a mídia, a tecnologia e o consumismo, estimula para o consumo de *fast foods* e a redução da atividade física (GOMES et al., 2012).

Um estudo que buscou avaliar o impacto do consumo de alimentos ultraprocessados no perfil nutricional da dieta no Brasil, evidenciou a influência desfavorável desses alimentos na qualidade da alimentação dos brasileiros, devido, principalmente, a elevação energética e dos teores de gordura saturada, gordura *trans* e açúcares, associado ainda, a diminuição dos teores de potássio e fibras (LOUZADA et al., 2015). Além do mais, estudo realizado com a população brasileira, indicou a relação significativa do consumo de alimentos ultraprocessados com a ocorrência de obesidade em todas as faixas etárias (CANELLA et al., 2014).

Diante disso, percebe-se a importância de ações de saúde que busquem promover a alimentação saudável, oportunizando estratégias que favoreçam o consumo alimentício da população. Destaca-se, contudo, a relevância de respeitar a cultura, os costumes e as escolhas dos indivíduos, buscando a negociação das práticas de cuidado.

Nesse sentido, a prática de atividade física é considerada um fator de proteção para a saúde de população. Estudos associam os benefícios dessa prática à redução e controle das doenças crônicas (HARATI et al., 2010), ainda a diminuição do risco de óbito prematuro em decorrência das DCV (ZHAO et al., 2014). Diante disso, percebe-se a importância de ações que promovam a realização de atividades físicas de forma periódica, sendo a atenção primária um contexto privilegiado para realizar tais ações por exemplo, oportunizar aos usuários o acesso a programas de exercícios físicos, além de ações de aconselhamento, acompanhamento e monitoramento do peso e da saúde, promovendo hábitos saudáveis e que favoreçam o cuidado da população (FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015).

Entre os demais fatores de risco para as DCV, destaca-se a HAS que, nos resultados da primeira etapa da presente pesquisa apresentou maiores frequências em mulheres com mais de 50 anos de idade. Esses resultados coadunam-se com outros estudos, os quais também evidenciaram a prevalência da HAS com o aumento da idade (RADOVANOVIC et al., 2014; FREITAS; GARCIA, 2012) e maiores taxas na faixa etária de 50 a 59 anos, sendo que essas

pessoas apresentaram 5,35 vezes mais chances de possuírem hipertensão do que indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos (RADOVANOVIC et al., 2014).

Autores afirmam que a HAS está associada ao aumento da idade devido, principalmente, ao acúmulo de danos ao longo da vida, ocasionados, maiormente, pela interação de outros fatores, como o genético, hábitos alimentares desequilibrados, consumo de álcool, cigarro e a inatividade física (GOTTLIEB et al., 2011). Reitera-se esses resultados com os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2014), os quais apontam que a prevalência da HAS na população acima de 18 anos é de 22,0% a 24,8%, dependendo a faixa etária e, na população idosa, essa porcentagem se eleva a 69,9% (MALTA et al., 2016; PIMENTA et al., 2015).

A HAS é uma condição multifatorial, caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos que, conforme a SBC, são considerados elevados quando atingem valores $\geq 140/90$ mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). A HAS, na maioria dos casos, se associa a outros distúrbios metabólicos e alterações funcionais de órgãos-alvo, podendo ser agravada na presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade e intolerância à glicose. Entre as suas complicações estão relacionados eventos causadores de óbitos e incapacidades importantes como, por exemplo, IAM, acidente vascular periférico, insuficiência cardíaca e doença renal crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Destaca-se a relevância epidemiológica da HAS, pois se apresenta como uma das principais DCNT na população brasileira e um dos maiores riscos para as DCV. Estima-se que, no Brasil, a HAS atinja 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos. Em idosos, essa taxa se eleva para mais de 60%, estando associada direta ou indiretamente a 50% dos óbitos por DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Acrescenta-se, que a HAS também é considerada um problema de saúde pública, devido, principalmente, ao grande número de internações hospitalares e a necessidade de medidas de controle e cuidados contínuos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013a).

Nos depoimentos da etapa qualitativa, as participantes identificaram a hipertensão como um fator de risco para as DCV e algumas relataram ter essa condição. Quanto aos cuidados, a maioria identificou a medicação como o principal, entretanto, revelaram ter dificuldades para o controle e tratamento contínuo, interrompendo o uso e, somente quando apresentavam sintomas de elevação dos níveis pressóricos ingeriam o fármaco.

Conforme constatado em uma pesquisa realizada com usuários hipertensos cadastrados em uma UBS da capital do estado do Rio Grande do Sul, a terapêutica farmacológica geralmente inicia com um ou dois anti-hipertensivos podendo, com o tempo, ser associado

outro, essa realidade contribui para a dificuldade de adesão e continuidade do tratamento (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012). Em outro estudo, o qual buscou verificar a adesão ao tratamento medicamentoso para HAS e fatores associados à baixa adesão, foi identificado que fatores como, não ter companheiro, renda familiar mais baixa, ingestão de dois ou mais anti-hipertensos e dificuldade para ler a embalagem, estão associados a baixa adesão (GEWEHR et al., 2018).

Na presente pesquisa, das quatro usuárias que relataram interromper o uso da medicação, somente uma era viúva a pouco tempo, as demais tinham companheiro no momento da coleta de dados. Quanto à renda, variou-se no mínimo um salário até três salários mínimos, portanto, essa quantidade está abaixo da média de salários por trabalhador no município de Santa Maria, sendo de 3,1 salários. As questões de quantidade de anti-hipertensivos e a dificuldade de leitura não foram questionadas na presente entrevista, mas constitui-se em um alerta importante no momento de orientação e realização dos cuidados com usuários hipertensos.

Um estudo (MANTOVANI et al., 2015) que também avaliou a adesão ao tratamento para a HAS, realizado no Paraná, identificou que mais de 55% da amostra tem baixa adesão. Outra pesquisa (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015) realizada com hipertensos em um serviço de emergência constatou que 56% possuíam adesão moderada, sendo que, a principal barreira identificada nos dois estudos foi a recordação dos usuários em ingerir o medicamento. A adesão ao tratamento farmacológico envolve diversos elementos, como, o indivíduo e o seu enfrentamento à essa condição, a forma de tratamento e como ele é passado, a gravidade da doença, os serviços e os profissionais de saúde, o meio social e cultural no qual esse indivíduo está inserido. Dessa forma, para que o usuário tenha uma adesão favorável é preciso a organização e o alinhamento desses fatores (MOTTA et al., 2014).

Além do cuidado medicamentoso, destaca-se os cuidados não farmacológicos, os quais são imprescindíveis para o controle e tratamento da hipertensão. Entre eles, destaca-se que a prescrição de realização da atividade física, é considerada fundamental para o cuidado de pacientes hipertensos, pois os exercícios podem reduzir os níveis pressóricos (FERREIRA, LOUREIRO, PIMENTEL; 2013). Além disso, a ingestão de dieta balanceada e com conteúdo reduzido de sódio e gorduras saturadas é capaz de contribuir na redução da pressão arterial (WHO, 2014). Essas práticas de cuidado relacionadas ao controle da HAS foram pouco mencionadas pelas participantes durante as entrevistas, prevalecendo o cuidado medicamentoso, o que aponta para a necessidade e importância de realizar ações que promovam esses hábitos.

A dislipidemia é outro fator de risco para as DCV que está relacionado aos hábitos e aos cuidados que as pessoas desenvolvem no dia-a-dia com a sua saúde. O excesso de lipídios séricos é considerado uma condição crônica que impacta as DCV e a aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013b), sendo que a identificação precoce da dislipidemia torna-se uma importante ferramenta para a prevenção primária da aterosclerose e controle das DCV (QUADROS et al., 2015).

Nos achados quantitativos, essa condição apresentou maiores ocorrências em usuárias com mais de 50 anos. Nessas faixas etárias, a maioria das mulheres encontram-se no climatério, período em que há alterações metabólicas, comumente a dislipidemia (COYOY; GUERRA-ARAIZA; CAMACHO-ARROY, 2016). Em outro estudo que também utilizou a escala de Framingham foi evidenciado que a incidência anual de DCV em mulheres com menos de 55 anos na menopausa é 50% maior quando comparada a mulheres com a mesma idade na pré-menopausa (KANNEL et al., 1976).

A insuficiência ovariana torna-se um divisor de águas na saúde da população feminina, principalmente em relação ao risco cardiovascular (MEIRELLES, 2014). Isso ocorre devido a função protetora que os hormônios femininos quando em níveis normais possuem sobre o sistema cardiovascular, sendo esse período anterior a menopausa. A partir do decréscimo dos níveis hormonais, esse elemento protetor pode extinguir-se (SILVA, 2014).

Devido a magnitude da dislipidemia em todas as faixas etárias e em especial a mulheres climatéricas, estratégias de prevenção, controle e terapêutica vem sendo recomendadas, principalmente pela SBC, buscando o incentivo e a sensibilização da população em relação às práticas de cuidado, como alimentação saudável, aumento de exercícios físicos regulares, prescrição e orientação medicamentosa, quando necessárias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013b). Nos depoimentos as usuárias relataram práticas de cuidado com a alimentação adequada, evitando gorduras e frituras, especificadamente uma participante, relacionou esses cuidados com o diagnóstico de dislipidemia.

Relacionado aos hormônios femininos, têm-se ainda, a SOP, embora poucas mulheres referiram possuir na primeira etapa do presente estudo, 14,5% afirmaram ter o diagnóstico médico e isso merece a devida atenção. Essa síndrome trata-se de uma desordem endócrina, presente primordialmente entre mulheres em idade reprodutiva e, está relacionada a disfunções metabólicas como resistência à insulina, obesidade, síndrome metabólica (SM), alterações no perfil lipídico, conseqüentemente, predisposição a desenvolver diabetes tipo II e DCV (SHORAKAE; BOYLE; TEEDE, 2014).

Há evidências de que mulheres com SOP possuem maiores riscos para as DCV e que, quando acometidas, podem ter pior prognóstico. Um estudo que analisou dois grupos de mulheres, um com SOP e o outro não, constatou que mulheres com SOP apresentaram 3,52 chances a mais de serem obesas, conforme classificação do IMC; 1,9 vezes mais chances de possuírem níveis elevados do colesterol HDL; 2,97 mais chances de apresentarem DM e 2,58 vezes mais chances de ter SM (WALBER; TRAEBERT; NUNES, 2018). Ressalta-se que, as participantes no momento da produção dos dados qualitativos não mencionaram essa condição e os cuidados relacionados a SOP, o que pode representar certa carência de orientações e dos cuidados realizados pelos profissionais.

O DM, além de ser um fator de risco controlável para as DCV, também é uma condição crônica, que quando não tratada dificulta a qualidade de vida dos pacientes e seu estado de saúde. Nos dados quantitativos da presente pesquisa, o DM autorreferido teve prevalência de 10,0% da amostra total, sendo superior a prevalência nacional. Visto que, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, 6,2% da população acima de 18 tinham o diagnóstico médico de DM, sendo maior na população feminina quando comparada aos homens (IBGE, 2014). Ainda, estima-se que 415 milhões de indivíduos no mundo entre 20 a 79 anos possuem essa condição e há probabilidade de que esse número amplie para 642 milhões em 2040 (IDF, 2015).

Entre as razões para esse cenário, estão o envelhecimento e crescimento da população, o aumento da urbanização, além dos hábitos prejudiciais à saúde como o sedentarismo e a obesidade (IBGE, 2014). Frente ao exposto, destaca-se a importância de desenvolver ações que promovam a prevenção e o controle dessa condição, além de atividades educativas que busquem o empoderamento dos usuários e oportunizem estratégias de dieta saudável e realização de atividades físicas, sendo que essas são essenciais na manutenção dos níveis glicêmicos (FIGUEIRA et al., 2017). Entre as estratégias, um estudo evidenciou que visitas domiciliares e principalmente atividades grupais, desempenham função importante no empoderamento dos usuários em relação aos cuidados diante do DM e também a adesão ao controle glicêmico (SANTOS et al., 2017).

Na produção dos dados qualitativos, uma usuária relatou, além da alimentação saudável devido ao DM, cuidados com os pés, que também são de extrema importância. Um estudo na literatura evidencia que os cuidados com os pés é uma das práticas que precisa ser realizadas pelos usuários com essa condição, em virtude de ser o pé diabético um dos principais agravos (NETA; SILVA; SILVA, 2015).

A DVP é caracterizada pela diminuição no fluxo sanguíneo para os membros inferiores, em decorrência do processo oclusivo das artérias (TORRES et al., 2012). Na etapa inicial do presente estudo, essa variável apresentou prevalência de 13,8% da amostra total. As disfunções vasculares periféricas, ocorrem, principalmente, devido aos processos de aterosclerose, mas podem ser oriundas de artrites, espasmos ou ainda tromboembolismos (GABRIEL et al., 2007).

Um estudo analisou isoladamente a alteração de pulsos arteriais periféricos, sendo esse um fator preditor para a DVP. Essa variável apresentou importante diminuição para o sexo feminino, sendo de 80%, já para o gênero masculino foi de 46,5%, dessa forma, evidencia um fator preocupante e prevalente para as mulheres (JÚNIOR et al., 2016).

Na etapa qualitativa, duas usuárias relataram alterações vasculares, como o histórico de trombose, uma delas reconheceu os benefícios da realização da atividade física para a prevenção, porém, após interromper essa prática de cuidado, revela não ter tempo para retornar. Contudo, afirma seguir a orientação médica de não ingerir bebidas alcoólicas e cigarro. Essa ação é importante, pois um estudo identificou associação relevante entre a hipertensão, o tabagismo e a ocorrência da DVP (JÚNIOR et al., 2016).

O histórico de eventos cardiovasculares na família também é considerado um fator de risco para as DCV, porém, esse se caracteriza como não modificável. Nos resultados quantitativos, a minoria das participantes afirmou ocorrência de eventos cardiovasculares na família, sendo 26,0%. Entretanto, a hereditariedade foi evidenciada em outro estudo que buscou a identificação dos fatores de risco para a DCV (COELHO et al., 2014). Esses achados indicam a importância de também investigar o histórico familiar do indivíduo no momento das consultas e da realização de orientações, para assim compreender a realidade e direcionar as ações de cuidado.

As participantes revelaram na produção dos dados qualitativos que a vivência de um evento cardiovascular na família foi uma forma de conhecer e compreender um pouco mais acerca dos fatores de risco e das DCV, tornando-se uma forma de alerta e incentivo para o desenvolvimento do cuidado. Uma usuária ainda afirmou que passou a identificar os fatores de risco por meio dos hábitos de vida do seu pai e pelas orientações realizadas pela ACS direcionadas às práticas de cuidado necessárias para ele.

A estratificação do risco cardiovascular, conforme descrito, foi realizada na etapa quantitativa, por meio da ERF, em duas etapas, classificando as mulheres pelo Risco 1 (alto e baixo) e Risco 3 (alto, intermediário e baixo). Na classificação do Risco 1, a qual consistiu na identificação dos fatores de risco, 57,4% das participantes estavam com alto risco e, 42,6% com risco baixo. Quanto ao Risco 3, classificado conforme o somatório da pontuação atribuída a

cada variável resultando em um escore, na presente amostra, 92,5% foram classificadas com baixo risco, 5% com risco intermediário e 2,5% com alto risco.

O ERF foi elaborado por meio de uma pesquisa populacional e longitudinal, realizada por pesquisadores norte-americanos. É um importante escore e mundialmente recomendável para estratificar o risco de desenvolver as DCV, sendo um dos melhores parâmetros para descrever a situação dos usuários analisados, além de identificar fatores de risco presentes na população (GATTI et al., 2008). Ainda, o MS recomenda a realização da estratificação do risco cardiovascular por meio da ERF, nas consultas de enfermagem e médicas, principalmente no cenário da APS (BRASIL, 2013).

Ao associar a estratificação do risco cardiovascular das participantes da etapa qualitativa com as práticas de cuidado relatadas, foi possível perceber que, algumas usuárias com baixo risco não realizam muitos cuidados e que, outras com alto risco, realizam cuidados, justifica-se esse achado, pois as participantes com um fator de alto risco na primeira etapa da estratificação, são consideradas pelo Risco 1 como alto, não havendo necessidade de passar para a próxima etapa e aplicar à Escala de Framingham. Esse fato direciona para a importância de utilizar o ERF para identificar os fatores de risco e direcionar as ações de cuidado, além de avaliar se há ou não interação entre os fatores, sendo que essa pode potencializar o surgimento ou o agravamento de um evento cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Contudo, evidenciou-se também usuárias com baixo risco e que realizam práticas promotoras à saúde e mulheres com alto risco, que não realizam cuidados. Portanto, estratificar o risco cardiovascular na APS possibilita reconhecer que os indivíduos são suscetíveis ao adoecimento por diferentes graus e assim direcionar as ações em saúde e as orientações conforme a necessidade de cada um (BRASIL, 2014a).

7.3 AS PRÁTICAS DE CUIDADO E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Algumas participantes afirmaram realizar práticas de cuidado direcionadas ao controle dos fatores de risco e das DCV. Os principais cuidados foram em relação a higiene, dieta balanceada, controle de gorduras e a ingestão de sal, realização de exercícios físicos, cuidados para a mente e com a medicação.

O desenvolvimento das DCV é influenciado pelos fatores de risco modificáveis, dessa forma, autores afirmam que é primordial que as pessoas desenvolvam hábitos de vida saudáveis, ou ainda, quando necessário, busquem realizar mudanças no seu estilo de vida para o controle

e a prevenção das DCV (BERNARDO et al., 2013). Os cuidados supracitados pelas participantes constituem-se como promotores da saúde e contribuem com a qualidade de vida e o bem-estar.

Contudo, outras participantes revelaram não realizar práticas de cuidado, mesmo que, reconheçam os fatores de risco para as DCV. As razões para esse comportamento, conforme os depoimentos, são decorrentes da acomodação, pela praticidade que muitas vezes os alimentos prontos e industrializados proporcionam, influência do companheiro, sobrecarga de demandas e conseqüentemente falta de tempo.

As ações de promoção à saúde são primordiais para consolidar os princípios do SUS. Podem motivar e sensibilizar as pessoas em suas decisões, que terão uma diversidade de opções, influenciadas, principalmente, pelo contexto social, político, econômico e cultural, nesse ínterim, o que deve prevalecer é a possibilidade de escolha e a autonomia dos usuários. Dessa forma, torna-se importante que os profissionais de saúde, além de apresentar as opções, reforcem a capacidade de decisão e o protagonismo dos sujeitos. Autores afirmam, que trabalhar a autonomia no contexto das doenças crônicas é desafiador, ao mesmo tempo que se busca a promoção em saúde é necessário reconhecer o direito de os indivíduos fazerem as suas escolhas (SILVA et al., 2018).

Os fatores modificáveis são influenciados pelas condições de vida da população e se expressam nas práticas de cuidado e nas relações que os indivíduos estabelecem com meio sociocultural que estão inseridos (SILVA et al., 2013a). A implementação de políticas públicas, medidas interdisciplinares e multissetoriais, além de ações realizadas pelos profissionais pautadas na promoção em saúde podem contribuir no controle desses fatores, mas será primordial as decisões e comportamentos cotidianos dos indivíduos (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Os profissionais de saúde foram identificados como colaboradores na prevenção e controle dos fatores de risco e das DCV, principalmente por meio de orientações e explicações. O MS recomenda a realização de ações que incentivem e sensibilizem a população a respeito dos cuidados necessários às DCNT. Nesse sentido, destaca-se o cenário da APS, o qual se configura como a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e possui a importante atribuição de reconhecer a necessidade de saúde da população e organizar respostas oportunas e adequadas a essas demandas, impactando de forma positiva nas condições de saúde (BRASIL, 2014a).

As participantes relataram ações específicas que, na opinião delas, são importantes para a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, como a produção e utilização de

materiais informativos, autores afirmam que a utilização desses instrumentos no cuidado, permite maior relação entre o profissional e o usuário. Além disso, o material utilizado constitui-se como uma ferramenta para esclarecimento de dúvidas e auxílio no processo saúde e doença (BARROS et al, 2012).

Outras ações foram especificadas pelas participantes, como a atuação da equipe multiprofissional e o acompanhamento contínuo da população, mediante consultas e exames. A assistência prestada pela equipe multiprofissional é primordial para a saúde pública, pois torna o atendimento mais completo, oportuniza o compartilhamento de experiências e conhecimentos, além de possibilitar a elaboração de um plano de cuidados de forma integral, contemplando a longitudinalidade da assistência (SILVA et al., 2013b).

Evidencia-se a mudança na concepção das práticas de cuidado, as quais nos primórdios eram realizadas majoritariamente pelas mulheres e centravam-se em garantir a continuidade da vida, não eram atribuídas a uma profissão e nem possuíam embasamento científico. Esse cenário teve uma mudança com instalação da igreja e a medicina voltada exclusivamente para homens, depois de um tempo são originadas as escolas de enfermagem e, assim, começa a ascensão dessa profissão também (COLLIÉRE, 1999). Destaca-se que na etapa qualitativa, muitas participantes atribuíram as explicações quanto aos cuidados e o desenvolvimento de práticas favoráveis à saúde como responsabilidade dos profissionais, percebe-se assim a evolução desse paradigma, pois antigamente as mulheres só deixaram de ser as principais promotoras do cuidado quando as práticas desenvolvidas por elas passaram a ser condenadas e julgadas (COLLIÉRE, 1999).

Por conseguinte, as usuárias especificaram dois profissionais que foram importantes na conduta relacionada aos fatores de risco e as DCV, sendo eles, ACS e médicos. O profissional médico possui relevante atuação nesse contexto, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e a terapêutica medicamentosa, com isso a SBC na I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular uniformiza condutas diante das DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013a).

No que concerne ao ACS, este é um profissional fundamental para a concretização da atuação da APS, visto que ele deve oportunizar a relação direta entre os usuários e o serviço de saúde. Além de realizar ações de promoção a saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância em saúde, por meio, principalmente da realização das visitas domiciliares, ainda orienta e informa a população a respeito de diversos temas (COSTA et al., 2013). As atribuições desses profissionais foram reconhecidas por algumas usuárias no momento da produção dos dados qualitativos.

O profissional enfermeiro não foi elencado pelas participantes, dessa forma, reflete-se acerca de sua atuação frente as orientações e cuidados e/ou sobre o reconhecimento e importância que a população direciona a assistência prestada, visto que o enfermeiro é um importante profissional para a promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos por meio, principalmente, da realização de ações de educação em saúde. Tendo em vista que para o controle das DCV é primordial a realização de hábitos de vida saudáveis, o que, muitas vezes, necessita estratégias educativas e preventivas consistentes, habilidades que são desenvolvidas no processo de formação desse profissional (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Na presente pesquisa, desenvolveu-se na etapa qualitativa a realização de narrativas, as quais buscaram oportunizar a reflexão acerca dos hábitos e do comportamento das usuárias. Do mesmo modo que na presente Dissertação, outro estudo que também utilizou a narratividade na produção e análise dos dados, evidenciou as potencialidades e a importância desta na pesquisa em saúde. As narrativas possibilitam aos participantes, trazerem vida aos seus relatos e depoimentos, expressar e compartilhar suas histórias e significações e, ainda, refletir e principalmente modificar e transformar as condutas pesquisadas (DAMASCENO et al., 2018). Portanto, as narrativas além de ser uma estratégia para analisar e validar os dados, juntamente com os participantes da pesquisa, possibilitou o melhoramento das práticas de cuidado em relação aos fatores de risco e às DCV.

Como limitações da presente pesquisa, elenca-se a dificuldade encontrada para adquirir o resultado dos exames laboratoriais, ou seja, que a usuária realizasse a coleta. Além disso, acrescenta-se a dificuldade para realizar todas as narrativas, embora foram realizadas várias tentativas.

8 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A translação do conhecimento é um processo dinâmico e interativo, que visa expandir o conhecimento técnico-científico, a fim de oportunizar contribuições para as situações de saúde da população (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2016). À vista disso, a translação do conhecimento busca aplicar as descobertas científicas em melhorias no contexto da saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Dessa forma, ao finalizar o processo de defesa, os resultados serão apresentados para as equipes dos serviços de saúde, em um encontro organizado pela mestrandia em parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SMS de Santa Maria, em um local comum a todas as equipes. Busca-se, por meio da proposta de devolutiva dos resultados, momentos de reflexão, sensibilização e compartilhamento de conhecimentos. Pretende-se elaborar uma relação com os principais fatores de risco identificados na etapa quantitativa e, as práticas promotoras a saúde, além daquelas que influenciam o desenvolvimento das DCV, compreendidas na etapa qualitativa. Para que, assim, os profissionais que atuam na APS tenham conhecimento dos resultados e da situação de saúde das usuárias relacionada aos fatores de risco e as DCV, podendo direcionar suas ações.

Reitera-se que a realização das narrativas, constitui-se como uma forma direta de devolutiva às participantes, possibilitando, muitas vezes, a reflexão e ressignificação dos hábitos e práticas de cuidado. Além do mais, o retorno para os profissionais torna-se uma forma de devolutiva indireta, pois espera-se contribuir e fortalecer a assistência prestada às mulheres.

9 CONCLUSÕES

- No que diz respeito a escolaridade, a maioria das participantes, 46,4%, estudou por um período entre 0 a 8 anos. Acrescenta-se que, na maioria dos casos, os anos estudados foram inversamente proporcionais às idades das participantes.
- Quanto à ocupação das participantes, a maioria delas eram assalariadas ou autônomas, 44,6%. Ressalta-se que a maior parte das participantes, 57,5%, possuíam renda própria (assalariadas/autônomas, aposentadas/pensionistas).
- A maior parte das participantes, 34,0%, estavam casadas legalmente durante a coleta de dados.
- Em relação à etnia, se sobressaíram participantes brancas com 64,7%. Sendo que, nenhuma participante se declarou indígena.
- No que concerne à renda das usuárias, 31,5% das participantes possuíam mais de um até dois salários.
- No que se refere à religião, a maior parte 48,8%, era católica.
- Acerca do uso do anticoncepcional, considerando as mulheres em idade reprodutiva, 58,0% das participantes faziam uso de algum tipo de contraceptivo.
- Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas 29,8% das usuárias faziam uso e em relação ao cigarro 16,6% consumiam.
- No que concerne aos distúrbios psicológicos, 40,1% das participantes já haviam realizado tratamento para depressão e 60,6% sentiam-se estressadas.
- Em relação ao sedentarismo, 60,9% das participantes não realizavam atividade física.
- 38,8% das mulheres foram classificadas conforme o cálculo do IMC, como obesas, considerando os três graus de obesidade. Ainda, 31,1% foram classificadas com sobrepeso e somente 28,7% com peso normal ou eutrófico.
- Em relação a hipertensão autorreferida, 33,6% afirmaram possuir o diagnóstico.
- 26,0% das participantes afirmaram ter histórico de evento cardiovascular na família.
- No que tange à dislipidemia, 25,6% das mulheres afirmaram possuir o diagnóstico médico.
- Relacionada a SOP, 14,5% das participantes relataram possuir essa condição.
- 10,0% das usuárias eram diagnosticadas com DM.
- 13,8% já haviam desenvolvido DVP.
- Por fim, os níveis predominantes na estratificação do risco cardiovascular, conforme o Risco 1 foi 57,4% em alto e de acordo com o Risco 3, 92,5% baixo.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos de delineamento misto permitem a associação de métodos e resultados quantitativos e qualitativos, dessa forma, proporcionam melhor compreensão do fenômeno pesquisado. Portanto, a utilização desse tipo de método na presente Dissertação, possibilitou identificar os fatores de risco para as DCV e estratificar o risco cardiovascular em mulheres atendidas na APS do município de Santa Maria, além de, compreender as práticas de cuidado relacionadas aos fatores de risco identificados. Essa associação, dos fatores de risco e das práticas de cuidado só foi possível pelo desenvolvimento da pesquisa mista.

Dessarte, conclui-se que os principais fatores de risco identificados na população feminina urbana do município de Santa Maria foram sedentarismo, estresse, transtorno depressivo, obesidade, HAS, consumo de bebida alcoólica, histórico de evento cardiovascular na família, dislipidemia e DM.

Em relação as práticas de cuidado direcionadas a esses fatores de risco e as DCV, algumas participantes afirmaram realizar, como a atividade física, cuidados com a alimentação adequada, medidas para distração e lazer e o tratamento medicamentoso para a HAS. Entretanto, outras usuárias mesmo reconhecendo os fatores de risco e a sua magnitude, não realizam cuidados, por diversas razões, por exemplo, por conveniência, falta de tempo devido à sobrecarga de atividades, cultura familiar, praticidade de ingerir alimentos ultraprocessados, entre outras. Ao considerar que as mulheres conhecem os fatores de risco e justificam a não realização, pode-se afirmar que elas estão fazendo uma escolha do risco que querem correr. No entanto, a SOP não foi mencionada pelas participantes e outros fatores, foram mencionados somente por uma usuária, revelando lacunas nas informações que a população tem sobre as DCV e os fatores de risco e, portanto, a necessidade de realizar ações de educação em saúde.

As mulheres revelaram a importância dos profissionais para a prevenção, controle e tratamento dos fatores de risco e das DCV, por meio, principalmente, de orientações e explicações. Algumas usuárias especificaram estratégias para facilitar a propagação das informações, mediante a produção de materiais ilustrativos, atuação de equipes multiprofissionais, acompanhamento contínuo e realização periódica de consultas e exames. No entanto, outras participantes pontuaram questões desfavoráveis na atuação dos profissionais de saúde, no que diz respeito a forma de compartilhar os conhecimentos e realizar as orientações de acordo com a singularidade de cada indivíduo.

Diante desse contexto e da relevância das DCV, infere-se a importância de reflexões por parte dos profissionais em relação as ações que promovam à saúde da população e busquem a

prevenção e controle dos fatores de risco. Ainda, ações de educação em saúde são primordiais para a sensibilização e conscientização dos indivíduos em relação aos seus hábitos e os impactos no seu estado de saúde-doença.

Constatou-se a contribuição da realização das narrativas nesse processo de sensibilização e ressignificação, conforme evidenciado nos depoimentos, as participantes ao escutar a sua fala, muitas vezes, se impactaram e se surpreenderam com o seu comportamento, já apresentando mudanças ou percepção favorável a elas. Acrescenta-se que as narrativas possibilitaram a análise qualitativa do estudo e constituíram-se como uma forma de devolutiva as participantes. Contudo, destaca-se a recente utilização de estratégias participativas, como as narrativas, nas pesquisas em saúde.

Acredita-se que o desenvolvimento do presente estudo possa contribuir para a produção científica e para a assistência em saúde, principalmente no município de Santa Maria, visto que, designou-se um panorama da situação de saúde cardiovascular da população feminina. Somado a isso, mediante a identificação dos fatores de risco prevalentes para o desenvolvimento das DCV e a compreensão dos saberes e das práticas de cuidado que permeiam esse contexto, é possível planejar ações de educação em saúde e de assistência voltada às necessidades da população e que busquem a sensibilização das usuárias em relação a esses agravos.

Por fim, só é possível ofertar o cuidado direcionado às necessidades da população quando se conhece a situação de saúde e o contexto que envolve o cuidar. Somado ao sobredito, buscou-se com esse estudo, evidenciar a importância de cuidar de forma integral, respeitando as escolhas e o protagonismo do sujeito nesse processo. Acrescenta-se a relevância do estudo para o Grupo de Pesquisa PraCCeS, da UFSM, que por meio dos resultados poderá direcionar as ações que já vem realizadas no âmbito das DCNT e das DCV e, expandir as discussões e reflexões. Para a mestranda, o presente estudo permitiu reafirmar a sua afinidade com estudos que envolvem a APS, as DCNT e o processo de cuidar, possibilitando ampliar o seu olhar como pessoa e enfermeira.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.C.C. et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 5, p. 1613-1622, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01613.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed., São Paulo, 2016. Disponível em: <www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

ALKEMA, L. et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **Lancet**, v. 381, p. 1642-1652, 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62204-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62204-1/fulltext). Acesso em: 05 jan. 2019

ASSIS, L.S. et al. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 265-270, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a05.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BARBOSA, A.L.N.H. Participação Feminina no Mercado de Trabalho Brasileiro. Mercado de Trabalho – Nota Técnica. Repositório do Conhecimento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). p. 57, 2014. Acesso em: 22 de Dez de 2019. Disponível: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3736/1/bmt57_nt02_participa%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 28 dez. 2018

BARROS, E.J.L. et al. Gerontologia Educativa Voltada ao Idoso Estomizado a Luz da Complexidade. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 95-101, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/14.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-89, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BERNARDO, A.F.B. et al. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. **Rev Bras Med Esporte**, v. 19, n.4, p. 231-235, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n4/01.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc Saúde Colet**, v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016. Disponível em> <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0293.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivel_03/leis/1910.ht. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde 2012b. Disponível: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c, 62p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf . Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. 4ª. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 70p. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a, 162 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab35>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 214p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 128 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c, 156p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 53p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.

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

2011b, 160p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011a, 2ª reimpressão, 44p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 30 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a, 86p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 56p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 95 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf. Acesso em: 04 jan. 2019.

_____. Ministério de Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b, 154p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 30 set 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 166p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 162p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental/ Uso nocivo de álcool mata mais de 3 milhões de pessoas a cada ano; homens são a maioria. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5763:uso-nocivo-de-alcool-mata-mais-de-3-milhoes-de-pessoas-a-cada-ano-homens-sao-a-maioria&Itemid=839. Acesso em: 22 jan. 2019.

BOING, A.F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240199005>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 4, p. e81-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2011nahead/aop01211.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

CABRAL, I.E. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: GAUTHIER, J.H.M; CABRAL, I; TAVARES, C. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p.177-205, 1998.

CABRAL, I.E. **A aliança de saberes no cuidado a criança bebê**. Rio de Janeiro: Ed da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

CABRAL, I.E; NEVES, E.T. Pesquisar com o método criativo e sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. In: LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016. cap. 12, p325-50.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. Knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition, 2016. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>. Acesso em: 17 jan. 2019.

CANELLA, D.S. et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PLoS One**, v. 9, n. 3, p. e92752, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0092752>. Acesso em: 16 jan. 2019.

CARLUCC, S. E. M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com Ciências Saúde**, v. 24, n. 4, p. 375-384, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

CARVALHO, C.J. et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina**, v. 49, n. 2, p. 124- 133, 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO5-Altas-taxas-de-Sedentarismo-e-fatores-de-risco-em-hipertensos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CARVALHO, C.A. et al. The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/en_1413-8123-csc-20-02-0479.pdf. Acesso em: 11 out. 2017.

COELHO, E.F. et al. Prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em trabalhadores de empresa siderúrgica. **Rev Bras Ci Saúde**, v. 18, n. 4, p. 51-58, 2014. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/36/pt-BR/prevalencia-de-fatores-de-risco-de-doenca-cardiovascular-em-trabalhadores-de-condominios>. Acesso em: 10 out. 2017.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5. ed. Lisboa: Lidel – edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p.

CORRÊA, D.A.S. et al. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n.1, p. 1-10, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006113.pdf. Acesso em: 11 jan. 2019.

COSTA, T.S. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro**. 2015. 98p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2015.

COSTA, S.M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

COYOY, A.; GUERRA-ARAIZA, C.; CAMACHO-ARROYO, I. Metabolism Regulation by Estrogens and Their Receptors in the Central Nervous System Before and After Menopause. **Horm Met Research**, v. 48, n. 8, p. 489-96, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27392117>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre. 2013. 288p.

DAMASCENO, N.F.P. et al. Narratives as alternative in health research. **Interface**, v. 22, n. 64, p. 133-140, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-576220160815.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

EVANGELISTA, C.B. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 20, n.1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

FERREIRA, A.C.; LOUREIRO, E.; PIMENTEL, I. Exercício físico no tratamento da hipertensão: a propósito de um caso. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 29, n. 2, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000200009&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 07 jan. 2019.

FERREIRA, J.S.; DIETRICH, S.H.C.; PEDRO, D.A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 792-801, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00792.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

FIGUEIRA, A.L.G. et al. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 25, p. e2863, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5423761/>. Acesso em: 07 jan. 2019.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. 134p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

FREITAS, S.L.R.; GARCIA, P.L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia Serviço de Saúde*, v. 21, n. 1, p. 7-19. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Participação, produção de conhecimento, e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/22.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

GABRIEL, A.S. et al. Doença arterial obstrutiva periférica e índice tornozelo-braço em pacientes submetidos à angiografia coronariana. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 22, n. 1, p. 49-59, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382007000100011>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GADAMER, H.G. **Verdade e Métodos: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 1999. 365 p.

GATTI, R.M. et al. Avaliação dos fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes de São Caetano do Sul segundo o Escore de Framingham e sua relação com a síndrome metabólica. **Arq Sanny Pesq Saúde**, v. 1, n. 1, p. 8-17, 2008. Disponível em: file:///Downloads/Avaliacao_dos_fatores_de_risco_para_doenca_arteria.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

GEWEHR, D.M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GOLÇALVES, A.M.C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0101.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

GOMES, E. B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 594-600, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a07v65n4.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Rev Bras de Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a16>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GROSSMAN, D. et al. Contraindications to combined oral contraceptives among over-the-counter compared with prescription users. **Obstet Gynecol**, v. 117, n. 3, p. 558-565, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619033/>. Acesso em: 08 jan. 2019.

HÄMMIG, O.; BAUER, G.F. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. **Occup Med (Lond)**, v. 64, n. 1, p. 34-38, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/64/1/34/1413490>. Acesso em: 11 jan. 2019.

HARATI, H. et al. Reduction in incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention in a middle eastern community. **Am J Prev Med**, v. 38, n. 6, p. 628-636.e1, 2010. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(10\)00210-2/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(10)00210-2/fulltext). Acesso em: 10 jan. 2019.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2015.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 - Cidades**. Santa Maria, RS, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 08 jan 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Agência IBGE notícias - Mulher estuda mais, trabalha mais e ganha menos do que o homem**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20234-mulher-estuda-mais-trabalha-mais-e-ganha-menos-do-que-o-homem>. Acesso em: 23 dez. 2018.

IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas**. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. 140p. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/>. Acesso em: 12 jan. 2019.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). LARANJEIRA, R. (Supervisão) et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – Relatório 2012**. São Paulo: INPAD/ UNIFESP, 2014. 85p. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

JIANG, N. et al. Relationship of Smokefree Laws and Alcohol Use with Light and Intermittent Smoking and Quit Attempts among US Adults and Alcohol Users. **Plos One**, v. 10, n. 10, p. 1-17, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137023>. Acesso em: 12 jan. 2019.

JÚNIOR, A.F.C. et al. Perfil das alterações vasculares periféricas em dependentes de crack acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD). **J Vasc Bras**, v. 15, n. 2, p. 126-133, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v15n2/1677-5449-jvb-15-2-126.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

KANNEL, W.B. et al. Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. **Ann Intern Med**, v. 85, n. 4, p. 447-452, 1976. Disponível em: <http://annals.org/aim/article-abstract/690562/menopause-risk-cardiovascular-disease-framingham-study?volume=85&issue=4&page=447>. Acesso em: 13 jan. 2019.

LENTSCK, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 611-619, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00611.pdf. Acesso em: 17 jan. 2019.

LIMA, A.C.S. et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 647-655, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0647.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

LOPES, C.S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **Int J Equity Health**, v. 15, p. 154, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112732/>. Acesso em: 13 jan. 2019.

LOTUFO, P.A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Medicina**, v.87, n.4, p. 232-237, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59084/62070>. Acesso em: 13 out. 2017.

LOUZADA, M.L.C. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 38, p. 3-11, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006132.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MALTA, D.C. et al. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **São Paulo Med J**, v.134, n.2, p.163-170, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n2/1806-9460-spmj-134-02-00163.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MANTOVANI, M.F. et al. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. **Rev enferm UFPE**, v. 9, n. 1, p. 84-90, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10310/0>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2010.

MEIRELLES, R.M.R. Menopausa e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 2, p. 91-96, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n2/0004-2730-abem-58-2-0091.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERH, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012, 512p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

MENDES, M.A. et al. Fontes de informação sobre a importância da atividade física: estudo de base populacional. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 15, n. 3, p. 163-9, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270274737_Fontes_de_informacao_sobre_a_importancia_da_atividade_fisica_estudo_de_base_populacional. Acesso em: 13 jan. 2019.

MENDES, F. A.; SILVA, M. P.; FERREIRA, C. R. S. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. **Ahead of print**, v. 8, n. 1, p. 91-101 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOTTA, P.G. et al. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. **Rev Uningá**, v. 40, n. 2, p. 91-103, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140723_184536.pdf. Acesso em: 08 jan. 2019.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. 4, p. 591-601, 2012. Disponível em: <http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38259/S0034-89102012000400002.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2019.

MOSER, L.; DAL PRÁ, K.R. Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 382 - 392, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/21923/15299>. Acesso em: 14 jan. 2019.

NETA, D.R.; SILVA, A.R.V.; SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p. 111-116, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000100111&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2019.

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 3, p. 113-117, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/55036/35070>. Acesso em: 17 jan. 2019.

OLIVEIRA, R. B. G., et al. Entrevista: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas de enfermagem pediátrica, **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 300-306, 2010. Disponível em: http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2895/art_OLIVEIRA_A_entrevista_nas_pesquisas_qualitativas_de_enfermagem_2010.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 nov. 2018.

ONOCKO - CAMPOS, R.T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis Rev Saúde Colet**, v.21, n.2, p. 1269-1286, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a05v21n4.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

ONOCKO - CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Narrativa: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

ONOCKO - CAMPOS, R.T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc Saúde Colet**, v.18, n.10, p. 2847-2857, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a09.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, F.J.R. et al. Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica. **R Bras Ci Saúde**, v. 17, n. 3, p. 209-216, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13332/9801>. Acesso em: 20 out. 2017.

PIMENTA, F.B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet**, v. 20, n. 8, p.2489- 2498, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n.6, p.1283-1297, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

QUADROS, T.M.B. et al. Predictive capacity of anthropometric indicators for dyslipidemia screening in children and adolescents. **J Pediatr**, v. 91, n. 5, p.455-463, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n5/pt_1678-4782-jped-91-05-00455.pdf. Acesso em: 17 jan. 2019.

QUEIROZ, J.V.; GONÇALVEZ, L.A.; KRUGER, G.N. **Análise do Grau de Escolaridade das Mulheres no Brasil**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: [http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499435808_ARQUIVO_Artigo%20\(Recuperado\).pdf](http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499435808_ARQUIVO_Artigo%20(Recuperado).pdf). Acesso em: 13 dez. 2018.

RADOVANOVIC, C.A.T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf. Acesso em: 17 jan. 2019.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Cienc Saude Colet**, v. 17, n.1, p. 7-17, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

RICOLDI, A.; ARTES, A. Mulheres no ensino superior brasileiro: espaço garantido e novos desafios. **Ex æquo**, n. 33, p. 149-161, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n33/n33a11.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

RODRIGUES, N.L.A. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 2, p. 315-324, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n2/v33n2a14.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SALES, M.C.; ROCHA, A.C.D.; PEDRAZA, D.F. Características sociodemográficas e Fatores importantes para a manutenção da Saúde em mulheres. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 27, n. 4, p. 503-512, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40840410010.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Santa Maria: SMS, jul. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria: SMS, jul. 2018.

SANTOS, T.S. **Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social**. Sociologias, Porto Alegre, n. 22, p. 120-156, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n22/n22a07>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SANTOS, A.C.N. et al. Proteína C Reativa em Usuárias de Contraceptivo Oral: Fatores Relacionados e Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 29, n. 4, p. 320-332, 2016. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/29/pdf/v29n4a10.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SANTOS, R.L. et al. Sex hormones in the cardiovascular system. **Horm Mol Biol Clin Investig**, v. 18, n. 2, p. 89-103, 2014. Disponível em; <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/hmbci.2014.18.issue-2/hmbci-2013-0048/hmbci-2013-0048.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SANTOS, P.A. PINHO, C.P.S. Diabetes mellitus em pacientes coronariopatas: prevalência e fatores de risco cardiovascular associado. **Rev Bras Clín Méd**, v. 10, n. 6, p. 469-475, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3177.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SANTOS, J.C. et al. Comparação das estratégias de educação em grupo e visita domiciliar em diabetes mellitus tipo 2: ensaio clínico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 25, p. e2979, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2979.pdf. Acesso em: 14 jan. 2019.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://www.cardiol.br/conheca/default.asp>. Acesso: 30 set. 2017.

SEIMA, M.D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.15, n.4, p.851-857, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

SHORAKAE, S.; BOYLE, J.; TEEDE, H. Polycystic ovary syndrome: a common hormonal condition with major metabolic sequelae that physicians should know about. **Intern Med J**, v. 44, n. 8, p. 720-726, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.12495>. Acesso em: 17 jan. 2019.

SILVA, J.A. et al. Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. **Rev Bioét**, v. 26, n. 1, p. 95-101, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0095.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

SILVA, P.A. et al. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 1, p. 153-160, 2013b. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92926313018>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, L.D.C. **Mulher climatérica com doença arterial coronariana: desvelando sentidos e significados**. 2014. 150p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SILVA, F.M. et al. Hipertensão: condição de não doença – o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 123-131, 2013a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_15.pdf. Acesso em: 09 jan. 2019.

SIQUEIRA, A.S.E.; SIQUEIRA-FILHO, A.G.; LAND, M.G.P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1/pt_0066-782X-abc-20170068.pdf. Acesso em: 26 out. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 1, supl.1, p. 1-23, 2008. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6, supl. 2, 2013a. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 4, supl. 1, 2013b. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf. Acesso em: 08 jan 2019.

_____. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.10, n.3, supl.3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. **Arq Bras Cardiol**, v. 109, n. 1, supl. 1, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.asp>. Acesso em: 08 jan. 2019.

TESTON, E.F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina**, v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390/115943>. Acesso em: 10 nov. 2018.

TONELO, D.; PROVIDÊNCIA, R.; GONÇALVES, L. Síndrome do Coração Pós-Feriado Revisto após 34 Anos. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n.2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2/v101n2a13.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

TORRES, A.G. et al. Prevalência de alterações do índice tornozelo-braço em indivíduos portadores assintomáticos de doença arterial obstrutiva periférica. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 2, p. 87–93, 2012. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/25/pdf/v25n2a02.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2019.

VANCINI-CAMPANHARO, C.R. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1149-1156 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf. Acesso em: 09 jan. 2019.

VARELA, M.F. **Prevalência do consumo do álcool em dois centros de saúde da Praia e num centro numa zona rural, Picos – Ilha de Santiago**. 2013. 180p. Dissertação (Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

WALBER, F.K.; TRAEBERT, J.; NUNES, R.D. Fatores associados a doenças cardiovasculares presentes em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos. **Arq. Catarin Med**, v.47, n. 3, p. 38-49, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/309/271>. Acesso em: 07 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Geneva, 2011b. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/. Acesso em: 08 out. 2017.

_____. **Global status report on noncommunicable disease**. Geneva, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: 2010. World Health Organization, 2011a. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf. Acesso em: 22 ago.2017.

_____. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization, 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>. Acesso em: 04 jan.2019.

_____. **World Health Statistics**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2017a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf>. Acesso em: 22 ago.2017.

XU, H. et al. Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception. **Am J Obstet Gynecol**, v. 210, n. 3, p. 210.e1-5, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958945/>. Acesso em: 08 jan. 2019.

ZHAO, G. et al. Leisure-time aerobic physical activity, muscle-strengthening activity and mortality risks among US adults: the NHANES linked mortality study. **Br J Sports Med**, v. 48, n. 3, p. 244-249, 2014. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/48/3/244>. Acesso em: 09 jan. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A ETAPA QUALITATIVA

Título do projeto de pesquisa: Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo sob a ótica de mulheres.

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 98403-2310. Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS) Brasil.

Local da coleta de dados: Serviços de atenção primária à saúde do Município de Santa Maria.

Participantes Envolvidas: Mulheres que utilizam os serviços de atenção primária à saúde.

Pesquisadora Mestranda: Gabriela Oliveira

Telefone para contato: (55) 99184-1025

Eu, Maria Denise Schimith, responsável pela pesquisa “Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo sob a ótica de mulheres”, juntamente com a mestranda Gabriela Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a convidamos a participar como voluntária do nosso estudo.

Esta pesquisa pretende *compreender os saberes e as práticas de cuidados de mulheres, associando-os aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares*. Acreditamos que ela seja importante porque ao compreender os saberes e as práticas de cuidado de mulheres relacionando aos fatores de risco será possível realizar ações de educação em saúde, promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, direcionadas a esse público e conforme a necessidade. Esta pesquisa destina-se a elaboração de uma Dissertação de Mestrado e para a realização será feita uma entrevista semiestruturada individual, uma técnica de criatividade e sensibilidade, além de uma estratégia narrativa que consiste na devolutiva das informações obtidas por meio das duas primeiras técnicas mencionadas. Sua participação consistirá em responder as perguntas sobre sua vida pessoal, como por exemplo, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, os saberes e as práticas de cuidado envolvendo o seu corpo, os fatores de risco cardiovascular e ainda, desenhar ou/e escrever os cuidados que realiza com o seu corpo, seja no âmbito mental, físico, alimentar, entre outros.

Sua participação na pesquisa não apresenta nenhum risco físico, porém as perguntas que serão realizadas, bem como o desenvolvimento da técnica de criatividade e sensibilidade poderá causar emoção ou algum desconforto, assim como você poderá sentir-se cansada, com sono, ansiosa em decorrência da sua participação. Se caso se sentir assim, você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, e as informações serão retiradas da pesquisa e inutilizadas. Caso você queira conversar sobre os sentimentos, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos e oferecer apoio de enfermagem, visando seu melhor bem-estar.

1 Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar da pesquisa ou de retirar a sua permissão a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Os benefícios do presente estudo serão indiretos, visto que, pretende-se contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem nas orientações e cuidados relacionados as doenças cardiovasculares, criar estratégias para qualificar o cuidado fornecido, além da divulgação dos resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, auxiliando na realização de futuras pesquisas sobre esta temática.

Durante a pesquisa você terá a possibilidade de sanar qualquer dúvida e/ou pedir esclarecimentos de qualquer natureza, para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de ética em Pesquisa.

Ao término da pesquisa, os instrumentos utilizados, os termos e os materiais da produção dos dados, serão arquivados por cinco anos em uma sala do CCS na UFSM, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa, Professora Dra. Maria Denise Schimith. Depois desse período, os materiais serão destruídos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. É válido salientar que sua participação não envolverá remuneração de nenhuma espécie.

Após o esclarecimento de todas as informações, no caso de aceitar fazer parte dessa pesquisa, solicitamos o seu consentimento assinado de forma livre e esclarecida, em duas vias, uma para você e uma para o pesquisador.

Autorização

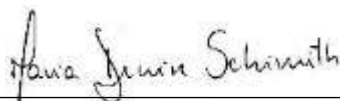
Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também quanto aos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade das informações por mim prestadas, bem como de esclarecimentos sempre que eu desejar.

Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue. Os pesquisadores desta investigação seguirão as diretrizes da Resolução 466/12, que regulariza as normas éticas para as pesquisas com seres humanos.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa poderá entrar em contato, inclusive em ligações à cobrar, com a pesquisadora responsável, Professora Maria Denise Schimith (55) 98403-2310, com a mestranda Gabriela Oliveira (55) 99184-1025 ou com o Comitê de ética em Pesquisa da UFSM, cujo endereço encontra-se no final deste documento.

Santa Maria, _____ de _____ de 2018

Assinatura da participante da pesquisa ou responsável



Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE UTILIZADO PARA A ETAPA QUALITATIVA

Título do projeto de pesquisa: Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo sob a ótica de mulheres.

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 98403-2310. Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS) Brasil.

Local de realização da pesquisa: Serviços de atenção primária à saúde do Município de Santa Maria.

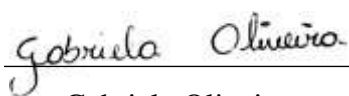
Participantes Envolvidas: Mulheres que utilizam os serviços de atenção primária à saúde.

Pesquisadora Mestranda: Gabriela Oliveira


Telefone para contato: (55) 99184-1025

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados das participantes envolvidas no estudo, que serão coletados por meio de entrevistas semiestruturada individuais conjugada a uma técnica de criatividade e sensibilidade, as quais serão realizadas na Atenção Primária à Saúde, em Unidades de Saúde da Família ou no local de escolha das participantes, no primeiro semestre de 2018. As informações obtidas serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e para fins científicos, como publicações de artigos, apresentações em eventos. Os dados serão utilizados de forma anônima, bem como serão mantidos no seguinte local: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1305b, 97105-970 – Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith. Após este período, os dados serão destruídos. O presente projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/2018, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ____ de _____ de 2018.



Gabriela Oliveira
Mestranda do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem



Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS DA ETAPA QUALITATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Autora: Enfa. Msd. Gabriela Oliveira

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Título do projeto de pesquisa: Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo sob a ótica de mulheres.

Data: ____/____/____

Código de identificação da participante: ____

1. Características socioeconômicas:

1.1 Data de nascimento: ____/____/____

1.2 Estado Civil: () Solteira () Casada () Separada/Divorciada () Viúva () União Consensual

1.3 Escolaridade: () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

1.4 Ocupação/Profissão: () trabalho doméstico () trabalho eventual remunerado

() trabalho fixo remunerado () trabalho voluntário () nenhum

() outra: _____

2. Questões subjetivas

2.1. Você já ouviu falar (família, amigos, profissionais da saúde) ou já leu/viu em algum lugar a respeito de fatores de risco cardiovascular?

2.1A. Se sim, pensando nos cuidados que você descreveu na TCS (desenho) você acredita que esses cuidados contribuem para minimizar o risco cardiovascular?

2.1B. Se a primeira resposta for não, será realizado uma breve explicação abordando os fatores de risco cardiovascular.

2.1C. Cite alguns fatores de risco que você tem conhecimento.

2.2. Conte-me um pouco mais a respeito da sua rotina de cuidados de saúde? Como esses cuidados acontecem? Gosta de realizar? Quem te indicou? Por que realiza?

2.2A. Se não realiza cuidados, conte-me quais as dificuldades que encontra para realizar.

2.3. Pensando na sua rotina e nos seus hábitos de vida, alguns que você realiza, podem ser considerados contribuintes para o risco cardiovascular? Quais?

2.4. A respeito das doenças cardiovasculares, você já sabia algo a respeito? Conte um pouco como obteve esse conhecimento?

2.5. Você acha que os profissionais de saúde podem contribuir com as práticas de cuidados relacionadas aos fatores de risco cardiovascular e para a prevenção dessas doenças? De que forma? O que pode ser feito na sua opinião? E como você percebe essa questão com os profissionais que tem acesso?

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Pesquisador responsável: EnF. Prof. Dr. Maria Denise Schimith

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 8403-2310; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadoras mestrandas: Gabriela Leal Neves e Taísa de Paula Paiva Freitas

Telefones para contato: (55) 9945-0510 e (55) 8115-6758

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Objetivo do estudo: Caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria.

Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de um questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam fatores socioeconômicos, seus hábitos e estilo de vida, e no preenchimento de informações que devem ser coletadas no momento da entrevista, como: pressão arterial, circunferência abdominal e do quadril, peso e altura.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prevalência de doenças cardiovasculares dos usuários da atenção básica do município de Santa Maria, permitindo que sejam traçadas ações em saúde específicas para o perfil da população do município.

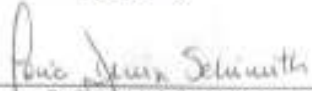
Riscos: A participação nesta pesquisa apresentará riscos mínimos para você. Ao responder o questionário, o senhor (a) poderá sentir-se cansado. Ao final do questionário, se houver necessidade deverá apresentar exames laboratoriais que já tenha feito, ou no caso de não possuir estes exames serão solicitados exames laboratoriais para avaliação e diagnóstico de sua saúde. A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo em alguns casos desenvolver mancha roxa no local.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Assinatura



Prof. Dr. Maria Denise Schimith
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM – Prédio da Reitoria, 2º andar. Av. Roraima, n° 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Web: <http://unidadecomites.ufsm.br/index.php>.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE UTILIZADO PARA A ETAPA QUANTITATIVA

APENDICÉ B – Termo de Confidencialidade

Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Pesquisador responsável: Enf. Prof. Dr.ª Maria Denise Schimith

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 8403-2310; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadoras mestrandas: Gabriela Leal Neves e Taisa de Paula Paiva Freitas

Telefones para contato: (55) 9945-0510 e (55) 8115-6758


Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Maria – RS.

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista, aferição de pressão arterial e medidas antropométricas.

As informações serão utilizadas para execução da presente pesquisa, construção de um banco de dados do Grupo de pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf. Prof. Dr.ª Maria Denise Schimith (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, no seguinte local: Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1311, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em outubro/2016, com o número de registro do CAAE 60159416.2.00005346.

Santa Maria, _____ de _____ de 20 _____.



 Prof.ª Dr.ª Maria Denise Schimith
 Pesquisador responsável

ANEXO C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA ETAPA QUANTITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Número do instrumento Data e hora da coleta Número prontuário UBS

Dados gerais

Nome da Unidade Básica de Saúde/Região

Bairro/Vila

Identificação do participante

Nome

Sexo

1. Masculino
 2. Feminino

Data de nascimento

Telefone

Escolaridade (anos completos)

Reprovou alguma vez?

Ocupação/trabalho

Estado Civil

1. Solteiro(a)
 2. Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)
 3. União estável há mais de seis meses
 4. Casado(a) legalmente
 5. Viúvo(a)
 6. Outro

Religião

1. Ateu 4. Espírita
 2. Católica 5. Outra
 3. Evangélica

5. Outra religião

Etnia

1. Branca
 2. Negra
 3. Parda
 4. Amarela
 5. Indígena

Possui alguma deficiência física?

1. Não 2. Sim

Se sim, qual o tipo de deficiência física?

1. Visual
 2. Auditiva
 3. Motora
 4. Intelectual/mental

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Dados de moradia

Incluindo você, quantas pessoas residem no seu domicílio?

Qual a renda familiar mensal (R\$)? - (sal. min. nac. R\$ 937,00)

Condição da casa em que reside

1. Própria
 2. Cedida
 3. Alugada
 4. Outra/invasão

Material da casa em que reside

1. Alvenaria - tijolo
 2. Madeira
 3. Mista

Esgotamento sanitário

1. Rede coletora
 2. Fossa séptica
 3. Buraco/rio/poço/vala

Abastecimento de água

1. Com canalização interna
 2. Sem canalização interna
 3. Poço/pipa

PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR

Dados antropométricos

Peso (kg)

Altura (cm)

IMC (kg/m²)

PA (mmHg)

Circunf. cintura (cm)

Circunf. quadril (cm)

Circunf. abdominal (cm)

RCQ (cm)

SE SEXO FEMININO

Usa anticoncepcional hormonal?

1. Sim 2. Não

Se SIM, qual o tipo?

1. Oral
 2. Injetável

Se ORAL, qual?

1. Contínuo 2. Pausa

Se INJETÁVEL, qual?

1. Mensal 2. Trimestral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 2 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A DOENÇA CARDIOVASCULAR

SE SEXO FEMININO

Faz uso de outro tipo de anticoncepcional?

1. Anel vaginal
 2. Pílula vaginal
 3. Adesivo
 4. Implante Hormonal
 5. Esponja Contraceptiva
 6. Diafragma (método não hormonal)
 7. DIU

Se usa DIU, qual o tipo?

1. Mirena ou Hormonal
 2. Cobre (não hormonal) - SUS

OU

Qual o tempo de troca do DIU?

Há quanto tempo você faz uso de método anticoncepcional?

Fatores de risco associados

Uso de álcool

1. Não usa
 2. Usa menos de 30g de álcool por dia
 3. Usa mais de 30g de álcool por dia

30g de álcool por dia = 600ml de cerveja (5% de álcool) OU 250ml de vinho (12% de álcool) OU 60ml de destilados (50% de álcool).

Faz uso de cigarro?

1. Sim 2. Não

Alguma das pessoas que mora com você costuma fumar dentro de casa? OU Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde você trabalha?

1. Sim 2. Não

Você usa outras drogas?

1. Sim 2. Não

Você já fez ou faz tratamento para depressão?

1. Sim 2. Não

Durante quanto tempo?

Se SIM, qual?

1. Maconha
 2. Cocaína
 3. Crack
 4. Outra

Considera-se uma pessoa estressada?

1. Sim 2. Não

Pratica alguma atividade física?

1. Não
 2. Sim - MENOS de 30 min/5 vezes por semana
 3. Sim - MAIS de 30 min/5 vezes por semana

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM

ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Indicadores de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO

- 1. Idade > 65 anos
- 2. Sexo masculino
- 3. Tabagismo
- 4. Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia.
- 5. Obesidade (IMC > 30 kg/m²) ou obesidade central (circunferência abdominal medida na altura do umbigo: >88 cm em mulheres; > 102 cm em homens).
- 6. Sedentarismo
- 7. História de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1º grau: pai, mãe, irmãos (homens <55 anos e mulheres <65 anos).
- 8. História familiar de doença renal (para risco de insuficiência renal).
- 9. Manifestações de aterosclerose: sopros arteriais carotídeos; diminuição ou ausência de pulsos periféricos.
- 10. Diagnóstico prévio de dislipidemia.
- 11. Diagnóstico prévio de síndrome de ovário polístico.

Indicadores de ALTO risco

- 1. Acidente vascular encefálico (AVE) prévio.
- 2. Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio.
- 3. Lesão periférica - Lesão de órgão-alvo (LOA).
- 4. Ataque isquêmico transitório (AIT).
- 5. Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE).
- 6. Nefropatia
- 7. Retinopatia
- 8. Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica.
- 9. Aneurisma de aorta abdominal.
- 10. Estenose de carótida sintomática.
- 11. Diabetes mellitus.
- 12. Doença vascular periférica.
- 13. Angina no peito.
- 14. Doença renal crônica.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

PASSO 3 - APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE FRAMINGHAM

ETAPA 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Se o participante apresentar APENAS UM fator de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO, não há necessidade de calcular o escore (partir para a etapa 2), pois ele é considerado como BAIXO RCV.

Se apresentar AO MENOS UM fator de ALTO risco, também não há necessidade de calcular o escore, pois este paciente já é considerado como ALTO RCV.

O cálculo será realizado quando o usuário apresentar MAIS DE UM fator de risco BAIXO/INTERMEDIÁRIO.

É necessário passar para a próxima etapa?

1. Sim 2. Não

Se NÃO é necessário, qual o diagnóstico de risco?

ETAPA 2 - IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS NA ESCALA

Valores das variáveis:

Idade <input type="text"/>	Coolesterol total (mg/dL) <input type="text"/>	HDL (mg/dL) <input type="text"/>	LDL (mg/dL) <input type="text"/>
PA (mmHg) <input type="text"/>	Glicemia jejum (mg/dL) <input type="text"/>	Triglicerídeos (mg/dL) <input type="text"/>	

Pontuação na Escala de Risco de Framingham

Idade <input type="text"/>	Coolesterol total <input type="text"/>	Tabagismo <input type="text"/>	HDL <input type="text"/>	PA sistólica <input type="text"/>
SOMA DOS PONTOS				<input type="text"/>

ETAPA 3 - DIAGNÓSTICO DE RISCO CARDIOVASCULAR ATRAVÉS DOS PONTOS OBTIDOS

Escore obtido na ERF (%)

Risco em desenvolver doença cardiovascular em 10 anos

Tabela Risco

Baixo	< 10%
Intermediário	10 a 20%
Alto	> 20%

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO PROJETO MATRICIAL PARA A ETAPA QUANTITATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Gabriela Oliveira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada “Estratificação do Risco Cardiovascular dos usuários atendidos na Atenção Básica do município de Santa Maria - RS”, da qual sou pesquisadora responsável.

A handwritten signature in black ink, reading "Maria Denise Schimith".

Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenadora da Pesquisa

Santa Maria, 29 de outubro de 2017.

**ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA
QUANTITATIVA**



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

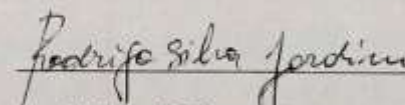
Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria - RS” de autoria das discentes **Gabriela Leal Neves e Taísa de Paula Freitas** sob orientação **Profª Drª Maria Denise Schimith**, e pertencente ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria. A população de estudo serão os usuários de 20 a 79 anos atendidos nestas unidades, sendo que a amostragem será aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa com dados da Secretaria de Saúde (SMS).

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns.

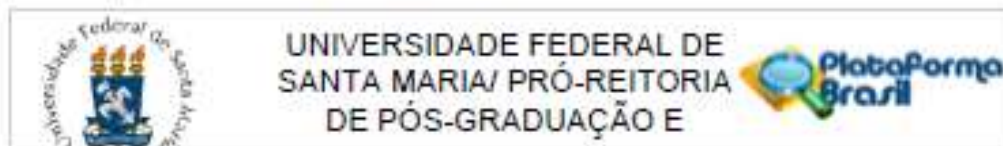
Santa Maria, 02 de agosto de 2016.



Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0040/2007 SMS

ANEXO F – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMNOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUANTITATIVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

Pesquisador: Marta Denise Schmith

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60159416.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.772.115

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico, que será realizado por meio de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa. O local do estudo será todas as unidades de Atenção Básica (AB) da zona urbana do município de Santa Maria, e a população serão os usuários de 20 a 79 anos atendidos nestas unidades. A amostragem será aleatória, sistemática e proporcional ao tamanho da população adscrita por região administrativa de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde. Após, procedeu-se o cálculo do percentual populacional por década, dentro da faixa etária citada. Foram identificadas todas as unidades da AB, da zona urbana do município, por região administrativa e a quantidade de usuários atendidos em cada uma delas.

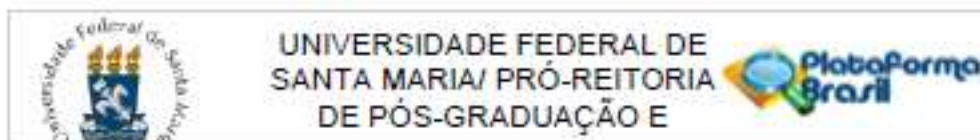
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: caracterizar o perfil de risco cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria.

Objetivo secundário:

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos usuários de 20 a 79 anos

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio de Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Protocolo 1.772.115

atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;

- Caracterizar os hábitos e estilo de vida dos participantes do estudo;
- Avaliar a associação entre a presença de alterações em medidas antropométricas e presença de médio/alto risco de desenvolver uma doença cardiovascular;
- Identificar os fatores associados a risco médio/alto de desenvolver uma doença cardiovascular em dez anos dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Identificar a prevalência de doença cardiovascular dos usuários de 20 a 79 anos atendidos na atenção básica da zona urbana do município de Santa Maria;
- Analisar a influência de doenças cardiovasculares prévias com novos fatores de risco estudados que podem estar associados ao desenvolvimento destas doenças;
- Diferenciar o perfil de risco cardiovascular entre homens e mulheres, associando aos fatores de risco apresentados;
- Comparar a estratificação do risco cardiovascular pela ERF com a predição por outros escores de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

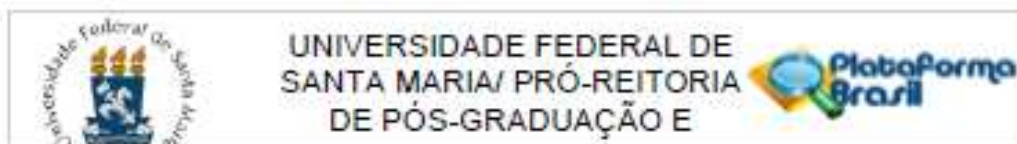
Riscos: a participação nesta pesquisa apresentará riscos mínimos para os participantes. Ao responder o questionário, o participante poderá sentir-se cansado. Ao final do questionário, se houver necessidade deverá apresentar exames laboratoriais que já tenha feito, ou no caso de não possuir estes exames serão solicitados exames laboratoriais para avaliação e diagnóstico da saúde. A coleta de sangue para a realização destes exames tem o desconforto da picada da agulha, podendo em alguns casos desenvolver mancha roxa no local.

Benefícios: esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prevalência de doenças cardiovasculares dos usuários da atenção básica do município de Santa Maria, permitindo que sejam traçadas ações em saúde específicas para o perfil da população do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

..

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tanto o TC e o TCLE atendem as exigências do comitê de ética, bem como neles está bem claro quanto aos procedimentos da coleta de informações dos indivíduos pesquisados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

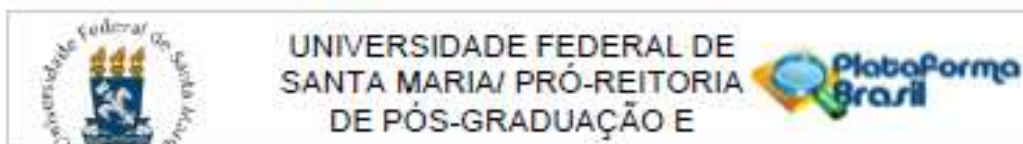
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_768509.pdf	19/09/2016 14:16:06		Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_pesquisa.pdf	17/09/2016 21:23:15	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Outros	TC.pdf	17/09/2016 21:22:51	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/09/2016 21:21:22	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoriz_instituicao.pdf	16/09/2016 09:41:30	TAISA DE PAULA PAIVA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	24/08/2016 22:45:25	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_2.jpg	23/08/2016 14:47:55	Gabriela Leal Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_1.jpg	23/08/2016 14:47:38	Gabriela Leal Neves	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.772.115

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Outubro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO G- CARTA DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA
QUALITATIVA**

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que a pesquisa de autoria **GABRIELA OLIVEIRA**, vinculada ao Curso Pós-Graduação em Enfermagem UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo Descrever os saberes e as práticas de cuidado de mulheres, associando-os aos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP ao NEPeS.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

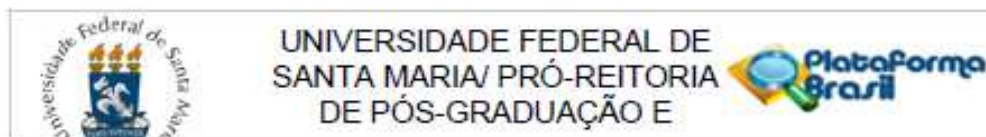
Santa Maria, 10 de novembro de 2017.

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município de Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Fone: 3921-7201



FÁBIO MELLO DA ROSA
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PARA A REALIZAÇÃO DA ETAPA QUALITATIVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DE MULHERES

Pesquisador: Maria Denise Schimith

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81455517.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

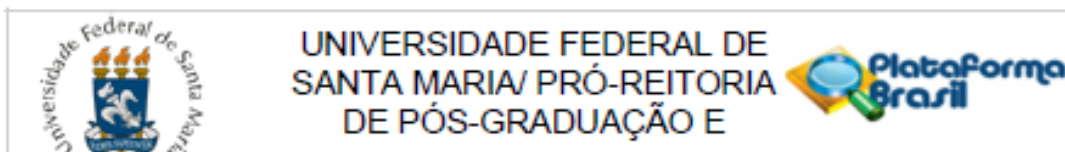
Número do Parecer: 2.464.295

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo sob a ótica de mulheres" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

No resumo do projeto o seguinte texto: "As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de óbitos, no Brasil e em todo o mundo. Dentre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares, sendo uma das maiores causas de mortes, hospitalizações e incapacidades em muitos indivíduos. Ademais, as doenças cardiovasculares constituem um dos maiores impactos nos sistemas de saúde além, é claro, das conseqüências na vida das pessoas e familiares. Uma das principais implicações para o desenvolvimento destas doenças são os fatores de risco, podendo ser modificáveis e/ou controláveis e, não modificáveis. Diante desse cenário, destaca-se a população feminina, a qual está predisposta a muitos fatores de risco, por suas condições hormonais, por seus hábitos e por muitas vezes não priorizar o cuidado com a saúde. O estudo será guiado pela questão de pesquisa: quais os saberes e práticas de cuidado de mulheres acerca dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares? Tal questionamento direcionou ao objetivo geral que é o de compreender os saberes e as práticas de cuidado de mulheres, associando-os aos fatores de risco para doenças cardiovasculares e, os objetivos específicos, descrever os fatores de risco cardiovascular presentes na população feminina atendida na atenção primária à saúde do município de Santa Maria; caracterizar o perfil das mulheres participantes do estudo e a influência

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



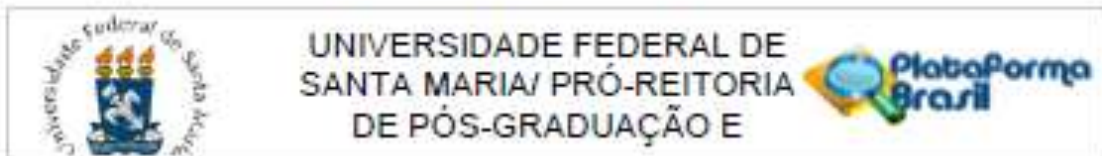
Continuação do Parecer: 2.484.295

dos saberes e práticas de cuidado na sua saúde; conhecer/descrever os saberes e as práticas de cuidado de mulheres relacionados com os fatores de risco para doenças cardiovascular; identificar as práticas que são promotoras da saúde e as práticas que favorecem o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de campo, do tipo descritivo. O cenário do estudo serão serviços de atenção primária à saúde, delimitados de acordo com o projeto matricial, em todas as regiões do município, nas Unidades de Saúde da Família que apresentarem maior prevalência dos fatores de risco cardiovascular em mulheres. As participantes serão mulheres, captadas nos serviços de atenção primária à saúde, do município de Santa Maria. Pretende-se iniciar a coleta de dados em março de 2018, por meio de entrevista individual semiestruturada conjugada à uma técnica de criatividade e sensibilidade, além disso será utilizada uma estratégia baseada na pesquisa participativa, a estratégia narrativa. A análise será realizada por meio da proposta operativa de Minayo. As questões éticas serão observadas conforme os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde. Pressupõe-se que é fundamental, além de conhecer os fatores de risco cardiovascular na população feminina, compreender os saberes e as práticas de cuidados relacionados a eles, para que assim possam ser desenvolvidas ações de saúde que sensibilizem e incentivem mudanças comportamentais, além de enfatizar o cuidado com a saúde da mulher, a prevenção e controle das doenças cardiovasculares."

As participantes do estudo serão mulheres, captadas nos serviços de APS, do município de Santa Maria. Serão definidos como critérios de inclusão: ser mulher e usuária do serviço de APS do município, ter participado da pesquisa matricial, e ter entre 20 e 79 anos, faixa etária limitada conforme o projeto matricial. Como critério de exclusão: ser gestante. O número de participantes deste estudo será baseado a partir do critério de saturação dos dados, o que segundo Minayo (2014), acontece quando os dados começam a ser redundantes, e principalmente quando o objetivo do estudo é alcançado para o presente momento. Desse modo, para atender a necessidade de cadastro da pesquisa no sistema da Plataforma Brasil, considera-se que o número de participantes será de aproximadamente 24 mulheres.

A produção dos dados será realizada por meio de entrevista individual semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C). Conjugada à entrevista será desenvolvida uma Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS), denominada Corpo Saber. Destaca-se que para definir a ordem de utilização das técnicas de coleta de dados, serão realizados testes piloto, as técnicas serão audiogravadas e, após, serão transcritas na íntegra, eliminando os vícios de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer 2.464.295

Linguagem.

A análise dos dados terá como referência a proposta operativa de Minayo (2014). Esta inclui duas etapas operacionais, sendo a primeira denominada fase exploratória e a segunda de fase interpretativa.

O projeto apresenta revisão bibliográfica inicial, cronograma, orçamento e roteiro de entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: compreender os saberes e as práticas de cuidado de mulheres, associando-os aos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Objetivos específicos

- Descrever os fatores de risco cardiovascular presentes na população feminina atendida na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria.
- Caracterizar o perfil das mulheres participantes do estudo e a influência dos saberes e práticas de cuidado na sua saúde.
- Conhecer/descrever os saberes e as práticas de cuidado de mulheres relacionados com os fatores de risco para doenças cardiovascular.
- Identificar as práticas que são promotoras da saúde e as práticas que favorecem o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

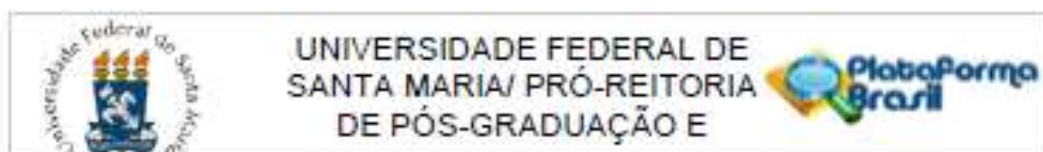
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando-se as características do projeto, a descrição apresentada pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No apêndice C, questão dois, consta "Me conte". A expressão correta é "Conte-me". Favor evitar vícios de linguagem ou erros básicos em projeto de pesquisa.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.494.295

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

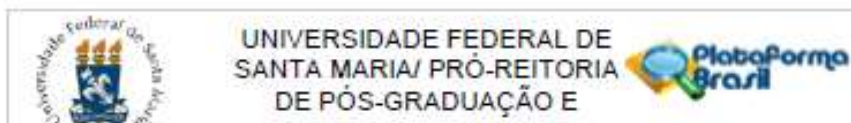
-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1050054.pdf	22/12/2017 09:45:09		Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	22/12/2017 09:44:25	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	22/12/2017 09:37:27	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivre esclarecido.pdf	22/12/2017 09:36:26	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Outros	relatorioportaldeprojetos.pdf	21/12/2017 17:28:05	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaosecretariamunicipaladesaude.pdf	21/12/2017 17:24:15	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/12/2017 17:21:19	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/12/2017 17:20:47	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	21/12/2017 17:20:29	GABRIELA OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer 2.494.285

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Janeiro de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-0362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Página 02 de 02

**ANEXO I – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO
DA SAÚDE – ESTUDO DE TENDÊNCIAS – REVISÃO DE LITERATURA**



MULHERES COM RISCO CARDIOVASCULAR: REVISÃO DAS PESQUISAS DAS PÓS-GRADUAÇÕES BRASILEIRAS

Women with cardiovascular risk: review of research from Brazilian graduate programs

Mujeres con riesgo cardiovascular: revisión de las investigaciones de posgrados brasileños

Gabriela Oliveira

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

Maria Denise Schimith

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

Lúcia Beatriz Ressel

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

Lisie Alende Prates

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

Oclaris Lopes Munhoz

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

Thayná da Silva Champe

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria (RS) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores de risco cardiovasculares em mulheres, estudados em dissertações e teses defendidas em programas de pós-graduação brasileiros na área da saúde. **Métodos:** Revisão crítica e descritiva, realizada em maio de 2017, no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Como estratégia de busca utilizaram-se as palavras-chave “fatores de risco cardiovascular” e “mulheres”, sem restrição de área do conhecimento. A utilização dessas palavras-chave ocorreu como estratégia para alcançar o maior número de produções sobre o objeto de estudo. Foram incluídos estudos nacionais, oriundos de programas de pós-graduação e que respondiam à questão de pesquisa; e excluídos aqueles com resumos incompletos ou que estivessem indisponíveis. Não se determinou recorte temporal. Dos estudos encontrados, 23 foram selecionados para análise. **Resultados:** Os principais fatores de risco foram: a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial sistêmica e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia durante a gestação, incluindo também os aspectos hormonais, como a menopausa. As pesquisas evidenciaram a importância e a necessidade de ações de prevenção e minimização dos fatores de risco, além do desenvolvimento de estratégias específicas, como o consumo da vitamina A, farinha de berinjela e chá-verde. **Conclusão:** Os fatores de risco prevalentes em mulheres estão relacionados às alterações metabólicas, às condições multifatoriais, a hábitos inadequados e a ciclos de vida, como a gestação e os aspectos hormonais, sugerindo a necessidade dos profissionais da saúde desenvolverem ações de prevenção e controle desses fatores.

Descritores: Fatores de risco; Doenças Cardiovasculares; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To identify the cardiovascular risk factors in women, studied in dissertations and theses defended in Brazilian graduate programs in the area of health sciences. **Methods:** Critical and descriptive review, carried out in May 2017, in the theses and dissertations repository of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). As a search strategy, the keywords “cardiovascular risk factors” and “women” were used, without restriction on areas of knowledge. These keywords were used as a strategy to retrieve the largest number of publications on the object of study. National studies which addressed the research question and originated from graduate programs were included, and those with incomplete summaries or that were unavailable were excluded. No time limit was applied. Of the studies found, 23 were selected for analysis. **Results:** The main risk factors were: obesity, sedentary lifestyle, systemic arterial hypertension and the development of preeclampsia during pregnancy, also including hormonal aspects such as menopause. The studies have evidenced the importance of and the need for actions aimed at preventing and minimizing the risk factors, in addition to the development of specific strategies such as the consumption of vitamin A, eggplant flour and green tea. **Conclusion:** The risk factors prevalent among women are related to metabolic



changes, multifactorial conditions, inadequate habits, and to life cycles such as gestation and the hormonal aspects, which suggests that health professionals need to develop preventive and control actions directed at such factors.

Descriptors: Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo cardiovasculares de mujeres los cuales han sido investigados en los trabajos de fin de master y tesis doctorales leídas en los programas de posgrado brasileños de la área de la salud. **Métodos:** Revisión crítica y descriptiva realizada en mayo de 2017 con el banco de tesis doctorales y trabajos de fin de master de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES). Se utilizaron las palabras-clave "factores de riesgo cardiovascular" y "mujeres" como la estrategia de búsqueda sin restricción del área del conocimiento. La utilización de esas palabras-clave se dio como estrategia para alcanzar el mayor número de publicaciones sobre el objeto de estudio. Se incluyeron los estudios nacionales de programas de posgrado y que contestaban la pregunta de la investigación y se excluyeron aquellos con resúmenes incompletos o que no estuvieran disponibles. No se ha definido el recorte del tiempo. De los estudios encontrados, 23 han sido elegidos para el análisis. **Resultados:** Los principales factores de riesgo fueron la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial sistémica y el desarrollo de preeclampsia durante el embarazo incluyendo también los aspectos hormonales como la menopausia. Las investigaciones han evidenciado la importancia y la necesidad de acciones de prevención y disminución de los factores de riesgo además del desarrollo de estrategias específicas como el consumo de la vitamina A, la harina de berenjena y el té verde. **Conclusión:** Los factores de riesgo prevalentes en las mujeres se relacionan con las alteraciones metabólicas, las condiciones multifactoriales, los hábitos inadecuados y los ciclos de la vida como el embarazo y los aspectos hormonales lo que sugiere la necesidad del desarrollo de acciones de prevención y control de esos factores de parte de los profesionales sanitarios.

Descriptor: Factores de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

Tem sido observada alteração no perfil da mortalidade da população, com aumento no número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾. No Brasil, as DCNT atingiram 72,7% dos óbitos em 2011, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4%), as neoplasias (16,4%), a diabetes mellitus (DM) (5,3%) e doenças respiratórias (6,0%)⁽²⁾. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) afetam o sistema circulatório, causando distúrbios no coração e nos vasos sanguíneos⁽³⁾.

Entre as implicações para o desenvolvimento dessas patologias estão os fatores de risco⁽⁴⁾, que podem ser divididos em modificáveis (ou controláveis) e não modificáveis. Os modificáveis envolvem aspectos comportamentais e ambientais, como colesterol sérico elevado, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, inatividade física, DM, obesidade, estresse, obesidade e uso de anticoncepcional. Os fatores de risco não modificáveis têm etiologia biológica ou genética, abrangendo a hereditariedade, sexo e idade avançada⁽⁵⁾.

Na população feminina, a elevada prevalência de fatores de risco para DCV pode estar associada à inserção da mulher no mercado de trabalho, que a expõe ao estresse, ao sedentarismo, ao alcoolismo, ao tabagismo e a hábitos alimentares inadequados⁽⁶⁾. Ainda destaca-se a sobrecarga de responsabilidades com o trabalho, os cuidados com a família e as atividades domésticas atreladas entre elas⁽⁷⁾.

Estudo epidemiológico apresentou associação significativa entre o uso de contraceptivos orais e o aumento de risco para o desenvolvimento das DCV⁽⁸⁾. Doenças como DM e HAS também prevalecem entre as mulheres⁽⁹⁾.

Assim, compreende-se a importância de estudos envolvendo os fatores de risco para DCV na população feminina. A justificativa deste estudo guarda relação com as mudanças de hábitos na população, a crescente incidência de fatores de risco em mulheres, a elevada prevalência da mortalidade por DCV, a gravidade de suas complicações e o alto custo para o sistema de saúde.

Ademais, a temática supracitada é referenciada na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, que incentiva a realização de pesquisas que visam contribuições na prevenção das doenças cardiovasculares e na qualidade de vida da população. Entende-se que, ao conhecer os fatores de risco cardiovasculares em mulheres no Brasil, é possível direcionar ações e planejamento de estratégias para a promoção à saúde e, assim, contribuir na prevenção e controle das DCV. Além disso, será possível apontar possibilidades para futuras pesquisas, contribuindo para o ensino e a prática profissional.

O estudo teve como questão de pesquisa: quais os fatores de risco cardiovasculares em mulheres que estão sendo pesquisados pelos programas de pós-graduação no Brasil? Com o intuito de responder à questão de pesquisa, elencou-se como objetivo identificar os fatores de risco cardiovasculares em mulheres, estudados em dissertações e teses defendidas nos programas de pós-graduação brasileiros na área da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão do tipo crítica e descritiva, com foco nas dissertações e teses defendidas nos programas de

pós-graduação na área da saúde no Brasil⁽¹⁰⁾. A busca foi desenvolvida no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em maio de 2017.

Como estratégia de busca, utilizaram-se as palavras-chave “fatores de risco cardiovascular” e “mulheres”, sem restrição de área do conhecimento. A utilização dessas palavras-chave ocorreu como uma estratégia para alcançar o maior número de produções. Não houve determinação de recorte temporal.

Utilizaram-se como critérios de inclusão pesquisas nacionais, oriundas de programas de pós-graduação, que respondiam à questão de pesquisa. Os critérios de exclusão compreenderam os estudos com resumos incompletos ou que estavam indisponíveis. Não foram encontrados estudos duplicados.

Encontraram-se 652 produções; sendo selecionadas, após leitura de títulos, 55 pesquisas. Após a aplicação dos critérios de seleção, o *corpus* final para o presente estudo foi constituído por 23 produções (Figura 1).

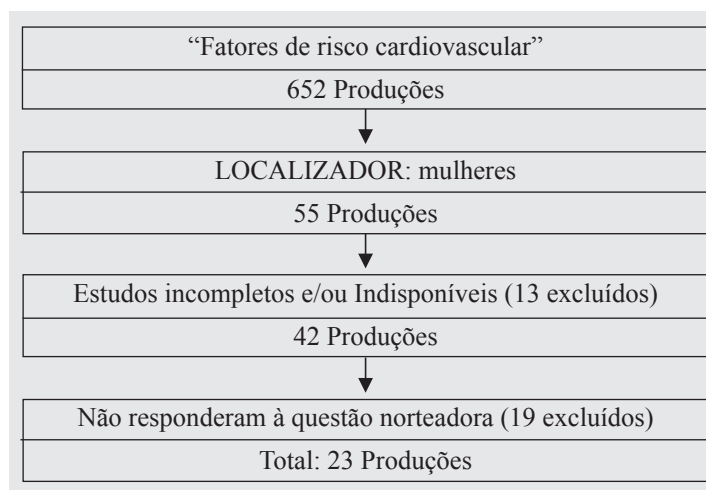


Figura 1 - Fluxograma de seleção das produções acerca dos fatores de risco cardiovascular em mulheres, indexados na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados. Todos os autores consultados foram referenciados adequadamente, conforme a Lei de Direitos Autorais nº. 9.610/98⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Após a leitura dos estudos selecionados, elaborou-se um quadro sinóptico contendo os seguintes dados: autor/ano, tipo de estudo, objetivo e principais resultados. Os dados foram interpretados por abordagem qualitativa e descritiva, sendo realizada a análise crítica dos resultados. Dividiram-se os principais achados em dois eixos temáticos: caracterização dos estudos relacionados aos fatores de risco cardiovasculares em mulheres; fatores de risco cardiovasculares em mulheres e a importância da prevenção e controle.

Caracterização dos estudos relacionados aos fatores de risco cardiovasculares em mulheres

Em relação à região em que os estudos ocorreram, predominou a Sudeste com 11 produções, seguida da região Nordeste com seis estudos e as regiões Sul e Centro-Oeste com três estudos cada. Os registros do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, referentes ao período de 1993 a 2016, apontam o predomínio dos Grupos de Pesquisa (GP) na região Sudeste, o que justifica os dados encontrados, os quais indicam o grande número de pesquisas realizadas na região supracitada⁽¹²⁾.

Verificou-se o predomínio de estudos no ano de 2013, o que pode estar relacionado com a publicação da I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, a qual apresenta os fatores de risco cardiovasculares e tem como principal proposta a uniformização das condutas para a prevenção dessas doenças⁽⁵⁾. Além dessa diretriz, no ano de 2010, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Caderno de Atenção Primária de Rastreamento, que aborda a prevenção e estratificação de riscos na atenção básica, tendo como ênfase as DCV e seus fatores de risco⁽¹³⁾. Outra questão a ser destacada é que todos os estudos foram defendidos a partir dos anos 2000, o que se justifica pelo fato de que houve crescente incidência e prevalência dessas doenças devido, principalmente, ao envelhecimento da população e às mudanças no estilo de vida⁽¹⁴⁾.

Em relação à abordagem metodológica, prevalecem os estudos do tipo quantitativo. O predomínio do delineamento quantitativo pode estar relacionado ao fato de que essa abordagem busca levantar frequências, dados, indicadores e prevalências de determinado problema ou doenças⁽¹⁵⁾, o que justifica a sua utilização pelos pesquisadores. No que diz respeito à classificação dos estudos, 13 eram dissertações e dez, teses.

No que se refere à área do conhecimento, a Medicina predominou, com 12 estudos. Após ela, a área da Educação Física, com seis produções; a Nutrição, com três; e a Enfermagem e a Fisioterapia, com um estudo cada. Diante disso, ressalta-se a importância de a Enfermagem, em especial, explorar e se apropriar dessa temática, considerando o importante papel que o enfermeiro pode desempenhar nas ações de educação em saúde e da sua relação com a comunidade, podendo atuar tanto na prevenção como na identificação precoce e no controle dos fatores de risco cardiovasculares na população⁽¹⁶⁾.

Fatores de risco cardiovasculares em mulheres e a importância da prevenção e controle

Na análise, identificaram-se pesquisas que abordaram as alterações metabólicas, como a dislipidemia^(17,18), e outro que abordou as condições multifatoriais, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS)⁽¹⁹⁾. Alguns estudos relacionam ao comportamento e aos hábitos de vida dos indivíduos como, por exemplo, obesidade⁽¹⁸⁻²²⁾ e o sedentarismo⁽²³⁾, além daqueles que envolvem os ciclos de vida da mulher e os aspectos hormonais, como a Pré-Eclâmpsia (PE)^(24,25), a Síndrome do Ovário Policístico (SOP)⁽²⁶⁻³⁰⁾, menopausa e pós-menopausa^(31,32). Uma pesquisa⁽³³⁾ abordou a relação do risco cardiovascular ocasionado pela dislipidemia em mulheres com câncer de mama, evidenciando a necessidade de incluir rotineiramente a avaliação do perfil lipídico nessa população.

Um estudo apresentou relação indireta da migrânea com o risco de desenvolvimento das DCV devido ao sedentarismo, à depressão, à obesidade e a altos níveis de colesterol⁽²³⁾. Percebeu-se que algumas pesquisas refutaram a relação de fatores investigados com o risco cardiovascular, como a disfunção tireoidiana subclínica⁽³⁴⁾ e a sarcopenia⁽³⁵⁾.

Além dos fatores de risco descritos, os estudos evidenciaram a importância e a necessidade de ações visando a prevenção e minimização dos fatores de riscos cardiovasculares⁽²⁷⁾. Autores ressaltam a importância de integrar estratégias para a prevenção das DCV, como o desenvolvimento de terapia interdisciplinar^(19,28), além da adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física^(18,21,22,36).

Os estudos abordaram ainda estratégias específicas para a prevenção e o controle dos fatores de risco cardiovasculares, como o consumo da farinha de berinjela⁽³⁷⁾ e a ingestão de vitamina A⁽²⁰⁾. Os dois estudos evidenciaram que esses componentes contribuem na capacidade antioxidante e, conseqüentemente, facilitam o controle de massa corporal. O consumo de proteína de soja isolada também melhora os níveis de colesterol total em mulheres adultas⁽³⁸⁾. Por fim, um estudo⁽³⁹⁾ destaca o benefício do chá-verde sobre a pressão arterial, contribuindo para o seu controle.

Quadro I - Quadro sinóptico das produções selecionadas acerca dos fatores de risco cardiovascular em mulheres pesquisados pelos programas de Pós-Graduação brasileiros.

Autor	Ano	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Jose ⁽¹⁷⁾	2016	Dissertação Pesquisa quantitativa	Verificar a associação entre perfil lipídico e fatores de risco cardiovascular em uma mulheres.	Observou-se alta prevalência de HAS, hipercolesterolemia, níveis elevados de triglicerídeos e níveis elevados de glicemia e os fatores de risco predominantes foram o sobrepeso, obesidade e sedentarismo. Associação significativa entre colesterol e idade, colesterol e Proteína C reativa, triglicérides e risco de circunferência da cintura e triglicérides e relação cintura/quadril. Importância de se avaliar os níveis séricos de colesterol em mulheres como preditor de eventos cardiovasculares.
Cerqueira ⁽¹⁸⁾	2011	Dissertação Pesquisa quantitativa	Analisar a presença de fatores de risco em mulheres praticante de ginástica.	Elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular nas alunas participantes do projeto de ginástica, consumo excessivo de ácidos graxos saturados, além de perfil lipídico e glicemia de jejum inadequados.
Queiroz ⁽¹⁹⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Investigar os efeitos de uma terapia interdisciplinar na composição corporal, nos fatores de risco cardiovascular e marcadores inflamatórios.	Após a intervenção, houve redução significativa no IMC, representando uma perda de peso em torno de 5%. O consumo alimentar também diminuiu, apresentando melhora da qualidade da alimentação e mantendo-se dentro da % de adequação de cada macronutriente.

Bento ⁽²⁰⁾	2014	Tese Pesquisa quantitativa	Investigar o estado nutricional de vitamina A por meio dos indicadores bioquímico e funcional e sua associação com o índice de massa corpora e a adiposidade corporal, DM2 e estresse oxidativo em mulheres com ingestão dietética recomendada de vitamina A.	Inadequação do estado nutricional de vitamina A associou-se ao excesso de peso, obesidade, adiposidade corporal e ao estresse oxidativo. O conhecimento do estado nutricional da vitamina A pode contribuir para subsidiar novas estratégias dietéticas eficazes para um melhor controle de massa corporal, além de contribuir para o aumento da capacidade antioxidante e a prevenção de fatores de risco cardiovasculares.
Tibana ⁽²¹⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Avaliar os efeitos agudos e crônicos do treinamento de força (TF) sobre os fatores de risco cardiovascular em mulheres com sobrepeso/obesidade e/ou síndrome metabólica.	A sessão aguda do TF é capaz de diminuir a PA clínica e ambulatorial tanto em mulheres com sobrepeso/obesidade como em mulheres com Síndrome Metabólica. O TF realizado durante oito semanas sem o controle dietético e sem a realização de exercícios aeróbios foi pouco efetivo em alterar a glicose sanguínea, PA, circunferência da cintura, os triglicerídeos e o HDL.
Chagas ⁽²²⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Avaliar o efeito de vinte semanas de exercício aeróbio contínuo de intensidade moderada combinado com treinamento de força, sobre os fatores de risco cardiovasculares e os marcadores inflamatórios IL10, IL6 e TNF-alfa; em mulheres pós-menopausa com obesidade.	A reprodução das recomendações de exercício físico do Colégio Americano de Medicina do Esporte, a partir de métodos indiretos para avaliação, prescrição e monitoramento de programas de exercício físico em Unidade de Saúde da Família, mostrou-se efetiva em reduzir o processo inflamatório de mulheres obesas na pós-menopausa, em especial sobre as concentrações de TNF-alfa; e IL6, como também do risco cardiovascular.
Rockett ⁽²³⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Investigar a presença de fatores de risco cardiovascular em mulheres adultas portadoras de migrânea e comparar com controles saudáveis.	Os resultados apontam nitidamente para sedentarismo e depressão e possíveis distúrbios do sono em pacientes com migrânea, além de plausível sobreposição de efeito da obesidade e da migrânea sobre os níveis séricos de HDL-c e escore de risco de Framingham.
Ferreira ⁽²⁴⁾	2016	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar a frequência de fatores de risco cardiovascular em mulheres com história de Pré-Eclâmpsia (PE) há 12 meses e sua associação com hipertrofia miocárdica e espessura médio-intimal de carótidas (EMIC); avaliar o efeito da hipertrofia miocárdica na função do ventrículo esquerdo e na capacidade funcional.	É alta a prevalência de fatores de risco cardiovascular doze meses após o evento de PE. Foi observada elevada frequência de Hipertrofia miocárdica, que foi associada a alterações dos índices de função diastólica e ao prejuízo da capacidade funcional. Dentre os fatores de risco, o excesso de peso e aumento da circunferência abdominal têm papel de destaque em aumentar o risco de hipertrofia miocárdica 12 meses após episódio de PE.
Andrade ⁽²⁵⁾	2013	Tese Pesquisa quantitativa	Analisar a prevalência da síndrome metabólica (SM) e fatores associados em mulheres que apresentaram pré-eclâmpsia (PE) e gestação normotensa há cinco anos.	As mulheres com PE prévia apresentaram uma elevada prevalência da SM e de seus componentes individuais em relação às normotensas, em particular, a pressão arterial sistólica e diastólica alteradas, os níveis baixos da concentração de lipoproteínas de alta densidade e a hiperglicemia.

Costa ⁽²⁶⁾	2009	Dissertação Pesquisa quantitativa	Analisar a acurácia diagnóstica da circunferência da cintura (CC), relação cintura-estatura (RCEst), razão cintura-quadril e índice de conicidade para detecção de fatores de risco cardiovascular (FRCV) e síndrome metabólica (SM) em mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP).	Nossos dados enfatizam a importância da avaliação antropométrica no rastreamento do risco cardiovascular em mulheres com SOP, destacando-se a relevância da RCEst na predição de FRCV clássicos e a necessidade de considerar pontos de corte específicos para mulheres com SOP para discriminação de SM.
Azevedo ⁽²⁷⁾	2010	Dissertação Pesquisa quantitativa	Investigar a prevalência de níveis pressóricos elevados em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP) e correlacionar os níveis de Pressão Arterial (PA) com outros Fatores de Risco Cardiovascular (FRC).	O grupo com SOP apresentou prevalência de PA alterada significativamente superior ao grupo controle. Mulheres com SOP apresentaram valores médio superiores de PA sistólica, IMC, Circunferência da Cintura (CC), triglicerídeos, glicemia de jejum, HDL, colesterol em comparação ao grupo controle. Frequência de mulheres com valores acima do limite da normalidade das cargas pressóricas foi significativamente maior no grupo SOP em relação ao grupo controle.
Soares ⁽²⁸⁾	2007	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar fatores de risco cardiovascular em mulheres brasileiras com síndrome dos ovários policísticos (SOP), através da utilização de múltiplos parâmetros, incluindo a determinação da prevalência de síndrome metabólica e seus componentes e pesquisa de microalbuminúria como marcador de um possível dano renal precoce nessas pacientes.	Alta prevalência de síndrome metabólica e seus componentes individuais em mulheres brasileiras com SOP. Elevado percentual de mulheres com níveis de excreção urinária de albumina em faixas significativamente associadas com aumento do risco para eventos cardiovasculares.
Soares ⁽²⁹⁾	2008	Dissertação Pesquisa quantitativa	Avaliar a presença de marcadores precoces de DCV em mulheres jovens e não-obesas com SOP.	Mulheres jovens com SOP apresentam alterações na elasticidade vascular mesmo na ausência de clássicos fatores de risco para DCV, como: resistência à insulina, hipertensão ou obesidade.
Santos ⁽³⁰⁾	2014	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar o risco de Framingham a prevalência de evento cardiovascular em mulheres com SOP.	A SOP está associada a maior risco de Framingham alto, em mulheres em idade reprodutiva. No entanto, essa associação não correspondeu à maior ocorrência de eventos cardiovasculares, o que foi atribuído à baixa faixa etária desta população.
Colpani ⁽³¹⁾	2015	Tese Pesquisa quantitativa	Comparar dois instrumentos de avaliação de nível de atividade física, Questionário Internacional de Atividade Física-versão curta (IPAQ-SF) e pedômetro em mulheres na menopausa; verificar o nível de atividade física através do pedômetro e seu efeito em fatores de risco para DCV em mulheres na menopausa; analisar os fatores de risco para mortalidade nesta coorte de mulheres.	A maior causa de mortalidade foi por DCV. A diabetes mellitus (DM) e a obesidade central foram associados a maior mortalidade total. Fatores de risco tradicionais como sedentarismo, maior consumo de bebida alcoólica e obesidade estão diretamente associadas a um pior perfil cardiovascular em mulheres na menopausa. O DM em mulheres na menopausa está associado a um maior risco de mortalidade total.

Carvalho ⁽³²⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Avaliar o consumo alimentar e a prevalência de síndrome metabólica (SM) em mulheres pós-menopausa, de acordo com o nível de atividade física.	As mulheres ativas na pós-menopausa tiveram maior consumo diário de alimentos protetores para doenças cardiovasculares (DCV), assim como os alimentos de risco para tais doenças foram mais consumidos pelas mulheres inativas. A prevalência de SM nas mulheres inativas foi maior do que nas mulheres ativas.
Sousa EP ⁽³³⁾	2013	Dissertação Pesquisa quantitativa	Avaliar o risco de doença cardiovascular em mulheres de meia idade com câncer de mama.	A prevalência de fatores de risco cardiovascular foi elevada em mulheres de meia-idade com câncer de mama e a maior parte dessas apresentou risco cardiovascular moderado e alto. Necessidade de incluir na rotina de seguimento de mulheres com câncer de mama a avaliação do perfil lipídico e do risco de DCV, atentando-se para o adequado controle dos níveis séricos de lipídios.
Olmos ⁽³⁴⁾	2007	Tese Pesquisa quantitativa	Determinar a frequência das disfunções tireoidianas subclínicas e sua associação com fatores de risco cardiovasculares tradicionais e com alguns fatores psicossociais em mulheres com 40 anos ou mais em seu local de trabalho.	Não se encontrou nenhuma associação entre disfunção tireoidiana subclínica e fatores de risco para doença cardiovascular. Não foi verificada associação entre disfunção tireoidiana subclínica e fatores psicossociais (qualidade de vida, sintomas somáticos e psicológicos).
Castro ⁽³⁵⁾	2012	Dissertação Pesquisa quantitativa	Analisar métodos indiretos para avaliação da composição corporal, bem como algumas alterações desta no processo de envelhecimento, e realizar associações com fatores de risco coronariano e mobilidade funcional em mulheres sedentárias.	Não houve relação significativa entre sarcopenia e fatores de risco para DCV, exceto para o IMC como fator de proteção.
Sousa ⁽³⁶⁾	2010	Dissertação Pesquisa quantitativa	Verificar a resposta da pressão arterial a um programa de caminhada controlado por 2 modelos de supervisão.	Resposta positiva na redução da PA e de fatores de risco cardiovascular metabólicos em mulheres hipertensas submetidas a um programa de exercício físico com graus diferentes de supervisão.
Scorsatto ⁽³⁷⁾	2015	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar o efeito da dieta hipoenergética associada ao consumo de farinha de berinjela (<i>Solanum melongena</i> L.) no perfil lipídico e marcadores do estresse oxidativo em indivíduos com sobrepeso e obesidade.	A farinha de berinjela (FB) apresentou alto teor de fibras, bom conteúdo de manganês, zinco e cobre, além de compostos fenólicos e saponinas com importante capacidade antioxidante nos ensaios in vitro. A dieta hipoenergética melhorou o perfil lipídico e os índices aterogênicos (triglicérides, HDL, índice de adiposidade visceral). A FB melhorou o estado antioxidante em mulheres com excesso de peso, por meio do aumento da capacidade antioxidante. Nas mulheres obesas metabolicamente saudáveis a FB aumentou a capacidade antioxidante e nas mulheres obesas metabolicamente não saudáveis a FB reduziu a massa gorda.

Costa ⁽³⁸⁾	2009	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar o efeito do consumo da proteína de soja isolada sobre os níveis de lipídios séricos em mulheres adultas.	Efeitos positivos com relação à redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares, em especial, sobre os níveis séricos de Colesterol total, LDL, após quatro semana de intervenção. O consumo de proteína de soja isolada é mais efetivo do que a proteína total do leite.
Nogueira ⁽³⁹⁾	2013	Tese Pesquisa quantitativa	Avaliar em mulheres pré-hipertensas obesas o efeito do consumo de chá verde sobre: a pressão arterial, a função endotelial, o perfil metabólico, a atividade inflamatória e a adiposidade corporal.	O chá verde tem efeito benéfico sobre a pressão arterial e possivelmente sobre a função endotelial.

HAS=hipertensão arterial sistêmica; IMC= índice de massa corpórea; DM2= diabetes mellitus tipo 2; TF= treinamento de força; IL= interleucinas; PA= pressão arterial; PE= pré eclampsia; EMIC= espessura médio-intimal de carótidas; SM= síndrome metabólica; RCEst= relação cintura-estatura; FRCV= fatores de risco cardiovascular; SOP= mulheres com síndrome dos ovários policísticos

DISCUSSÃO

Os fatores de risco identificados na presente revisão são, em sua maioria, modificáveis, por envolverem aspectos comportamentais e ambientais, o que indica que podem ser controlados, ou, até mesmo, prevenidos⁽⁵⁾. As dislipidemias são caracterizadas pelo aumento dos níveis séricos de colesterol total (CT) e do LDL, e diminuição do HDL⁽⁴⁰⁾. Estudo com mulheres com câncer de mama evidenciou a importância do monitoramento constante com exames bioquímicos para identificar alterações durante o tratamento. Essas transformações, quando presentes, podem estar relacionadas a alterações do tumor, além do desenvolvimento de outras doenças, como as DCV⁽⁴¹⁾.

No que diz respeito à HAS, esta é uma condição clínica multifatorial e caracteriza-se pela elevação dos níveis de pressão arterial, associando-se a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo (vasos sanguíneos, coração, rins e encéfalo), modificações metabólicas e, conseqüentemente, em aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁽⁴²⁾.

O MS aponta a obesidade e o sobrepeso como fatores de risco importantes, pois apresentam efeito nocivo à saúde mesmo quando identificados de forma isolada, além de estarem relacionados ao desenvolvimento de doenças cardíacas. Ações de prevenção e diagnóstico precoce são fundamentais para a redução da morbidade e a promoção da saúde⁽⁴³⁾. Associado à obesidade, destaca-se o sedentarismo, visto que a atividade física integra uma das principais condutas para prevenção e controle das DCV, além de contribuir na qualidade de vida da população⁽⁵⁾.

Quanto aos fatores de risco relacionados com os aspectos hormonais e os ciclos de vida da mulher, estudo evidencia que as mulheres que tiveram PE na gestação apresentaram frequência elevada de HAS, dislipidemia, sobrepeso/obesidade e síndrome metabólica. Reconhece-se que as alterações decorrentes da PE podem ser revertidas, após o término da gestação. Contudo, existem indicações de que muitas alterações funcionais e metabólicas podem permanecer e constituir fatores de risco para as DCV⁽⁴⁴⁾.

Um alto quantitativo de pesquisas relacionou o desenvolvimento da SOP em mulheres com a presença de outros marcadores de risco cardiovascular. Esse achado associa essa síndrome a diversos fatores de risco cardiovasculares⁽⁴⁵⁾. Nesse sentido, destacam-se as manifestações da síndrome metabólica (SM), que podem ser observadas em muitas pacientes com SOP, envolvendo a hipertensão arterial, obesidade, tolerância diminuída à glicose e dislipidemia⁽⁴⁶⁾.

Outro fator de risco relacionado ao aspecto hormonal abrangeu o período da menopausa e pós-menopausa. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia, nessa fase da vida, a mulher está mais suscetível a outros fatores, como obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica, os quais podem acarretar em alto risco cardiovascular⁽⁴⁷⁾.

É imprescindível investir em ações de promoção e prevenção, que permitam informar os indivíduos sobre os fatores de risco, para que possam ser sensibilizados e incentivados para as mudanças comportamentais quando necessárias. Essas ações podem contribuir na qualidade de vida, além de prevenir e controlar as DCV⁽⁴⁸⁾.

Os resultados da presente revisão coadunam-se com a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a qual trata da magnitude das DCV no Brasil e no mundo e da importância em atuar na sua prevenção, além de enfatizar os principais fatores de risco presentes na população⁽⁵⁾. Evidenciou-se a ausência de pesquisas em relação a alguns fatores de risco abordados pela SBC, como o tabagismo, a diabetes mellitus, o estresse e o uso do anticoncepcional. Este é um achado relevante, pois aponta possibilidades de novas pesquisas, bem como caminhos de investigação que podem ser trilhados pela Enfermagem. Reforça-se que esses são fatores modificáveis e/ou controláveis, que podem implicar em ações de educação em saúde.

Ressalta-se que algumas produções estavam com os resumos incompletos, o que dificultou a análise, podendo ser considerado uma limitação deste estudo. Em contraponto, a revisão permitiu reconhecer as produções sobre a temática, contribuindo para a construção do conhecimento em saúde e Enfermagem, com foco na promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Os fatores de risco prevalentes em mulheres estão relacionados às alterações metabólicas, condições multifatoriais, hábitos inadequados, ciclos de vida, como a gestação e os aspectos hormonais, sugerindo a necessidade dos profissionais da saúde desenvolverem ações de prevenção e controle desses fatores.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Maio 17];17(1):7-17. Disponível em: http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/a_promocao_da_saude_e_a_prevencao_integrada_dos_fatores_de_risco_para_doencas_cardiovasculares.pdf
2. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 152.
3. Carlucc SEM, Gouvêa JAG, Oliveira AP, Silva JD, Cassiano ACM, Bennemann RM. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mai 17];24(4):375-84. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). *Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Maio 18];101(6):2. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf
6. Lelis CT, Teixeira KMD, Silva NM. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Maio 18];36(95):523-32. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341761004.pdf>
7. Assis LS, Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet] 2009 [acesso em 2017 Maio 18];13(2):265-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a05.pdf>
8. Khader YS, Rice J, Abueita O. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception* [Internet]. 2003 [acesso em 2017 Maio 18];68(1):11-7. Disponível em: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(03\)00073-8/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(03)00073-8/fulltext)
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Maio 18]. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>
10. Dubow C, Borba TT, Santos CR, Garcia EL, Krug SBF. Participação social na implementação das políticas públicas de saúde: uma revisão crítico reflexiva. *Saúde Transform Soc* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Maio 18];8(2):103-11. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewFile/3711/4989>
11. Brasil. *Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98)* [acesso em 2017 Jun 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1910.htm
12. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Plataforma Lattes – CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil* [acesso em 2017 Jun 12]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/home>
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Mansur AP, Favarato D. *Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo*:

- Atualização 2011. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Jun 15];99(2):755-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n2/aop05812.pdf>
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 [acesso em 2017 Jun 15];39(3):507-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
 16. Rodrigues NLA, Lima LHO, Carvalho ES, Vera PVS, Frota KMG, Lopes MVO. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jun 15];33(2):315-24. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n2/v33n2a14.pdf>
 17. Jose JPS. Associação entre o perfil lipídico e fatores de risco cardiovascular em mulheres de Sinop-MT [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Mato Grosso; 2016.
 18. Cerqueira MS. Análise de métodos antropométricos na determinação da obesidade e fatores de risco cardiovascular em mulher [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2011.
 19. Queiroz GGJ. Efeitos da terapia interdisciplinar no controle dos fatores de risco cardiovascular e marcadores inflamatórios em mulheres obesas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013.
 20. Bento CT. Associação do estado nutricional de vitamina a com índice de massa corporal, adiposidade corporal, estresse oxidativo e fatores de risco cardiovascular em mulheres com ingestão dietética recomendada de vitamina A [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
 21. Tibana RA. Efeitos agudos e crônicos do treinamento de força sobre fatores de risco cardiovascular em mulheres de meia idade portadoras de sobrepeso/obesidade e/ou síndrome metabólica [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2013.
 22. Chagas EFB. Efeito do exercício físico de intensidade moderada sobre fatores de risco cardiovascular e marcadores inflamatórios de mulheres obesas no período pós-menopausa [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2013.
 23. Rockett FC. Migrânea e risco para doenças cardiovasculares em mulheres [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
 24. Ferreira RM. Fatores de risco cardiovascular em mulheres com antecedente de pré-eclâmpsia e sua associação com hipertrofia miocárdica e espessamento médio intimal de carótidas [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016.
 25. Andrade ACA. Síndrome metabólica e fatores associados: estudo em mulheres com pré-eclâmpsia e gestação normotensa havia cinco anos [tese] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
 26. Costa EC. Acurácia dos índices antropométricos de obesidade central na determinação de síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular em mulheres com síndrome dos ovários policísticos [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
 27. Azevedo MF. Níveis pressóricos elevados em mulheres com síndrome dos ovários policísticos: prevalência e fatores de risco associados [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
 28. Soares EMM. Avaliação da prevalência de Síndrome Metabólica, Microalbuminúria e Risco Cardiovascular em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos [Tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
 29. Soares GM. Marcadores precoces de doença cardiovascular em mulheres com síndrome dos ovários policísticos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
 30. Santos AGP. Risco de Framingham e evento cardiovascular em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2014.
 31. Colpani V. Fatores de risco cardiovascular em uma coorte de mulheres na menopausa no Sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
 32. Carvalho CNM. Associação entre consumo alimentar e atividade física com a síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
 33. Sousa EP. Risco cardiovascular em mulheres com câncer de mama [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2013.

34. Olmos RD. Doenças tireoidianas subclínicas e fatores de risco cardiovascular em mulheres com mais de 40 anos em seu local de trabalho [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
35. Castro EA. Análise de métodos indiretos para avaliação da composição corporal, da prevalência de sarcopenia e fatores de risco cardiovascular e da relação entre osteopenia e mobilidade funcional de membros inferiores em mulheres não sedentárias [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2012.
36. Sousa GV. Efeito de exercício físico com modelos diferentes de supervisão sobre Hipertensão Arterial e fatores de risco cardiovascular em mulheres, numa Unidade do Programa de Saúde da Família [dissertação]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2010.
37. Scorsatto M. Efeito da dieta hipoenérgica associada ao consumo de farinha de berinjela no perfil lipídico e estado antioxidante em mulheres com excesso de peso [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.
38. Costa CC. Efeitos do consumo de proteína de soja isolada sobre os níveis de lipídios séricos em mulheres [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
39. Nogueira LP. Avaliação do efeito do chá verde sobre a pressão arterial, função endotelial, perfil metabólico, atividade inflamatória e adiposidade corporal em mulheres pré-hipertensas obesas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
40. Nascimento TBR, Glaner MF, Nóbrega OT. Influência do gene da apolipoproteína-E sobre a relação perfil lipídico, atividade física e gordura corporal. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Jun 20];14(2):221-31. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11738/1/ARTIGO_InfluenciaGeneApolipoproteina.PDF
41. Martin JL, Melnichouk O, Huszti E, Connelly PW, Greenberg CV, Minkin S, et al. Serum lipids, lipoproteins, and risk of breast cancer: a nested case-control study using multiple time points. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Jun 20];107(5):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822522/>
42. Sociedade Brasileira De Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 Jun 20];95(1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
43. Ministério da Saúde (BR). Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, nº 12).
44. Wikström AK, Haglund B, Olovsson M, Lindeberg SN. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease. *BJOG* [Internet]. 2005 [acesso em 2017 Jun 21];112(11):1486-91. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00733.x/epdf>
45. Ávila MAP, Bruno RV, Barbosa FC, Andrade FC, Silva ACO, Nardi AE. Síndrome dos ovários policísticos: implicações da disfunção metabólica. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Jun 21];41(2):106-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n2/pt_0100-6991-rcbc-41-02-00106.pdf
46. Meirelles RMR. Menopausa e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Jun 21];58(2):91-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n2/0004-2730-abem-58-2-0091.pdf>
47. Sociedade Brasileira De Cardiologia. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008 [acesso em 2017 Jun 21]; 91(1 Supl 1):1-23. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf
48. Gomes EB, Moreira TMM, Pereira HCV, Sales IB, Lima FET, Freitas CHA, et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do nordeste brasileiro. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Jun 21];65(4):594-600. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267024790007/>

Endereço para correspondência:

Gabriela Oliveira
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Avenida Roraima, Campus Universitário, prédio 26
Bairro: Camobi
CEP: 97010-100 - Santa Maria - RS - Brasil
E-mail: gabioliveirafv@hotmail.com