

Sales, Márcia Cristina; Dantas Rocha, Ana Carolina; Figueiroa Pedraza, Dixis
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES IMPORTANTES PARA A
MANUTENÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 27, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp.
503-512

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40840410010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E FATORES IMPORTANTES PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES

Sociodemographic characteristics and important factors for health maintenance in women

Características sociodemográficas y factores importantes para el mantenimiento de la salud de mujeres

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar fatores importantes para a manutenção da saúde e as características socioeconômicas e demográficas de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde.

Métodos: Estudo observacional, transversal e analítico, realizado em 2011, envolvendo 204 mulheres assistidas em 16 unidades do município de Queimadas, Paraíba. Obtiveram-se informações referentes às características demográficas (local de moradia, cor da pele, idade e situação conjugal), socioeconômicas (nível de escolaridade e recebimento do Bolsa Família), e hábitos de vida (alimentação, tabagismo, consulta médica, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse) por meio de questionário, ao qual aplicou-se estatística descritiva e razão de prevalência. **Resultados:** As participantes apresentaram idade média de 28,22 anos ($DP=6,49$). A maioria residia na zona rural ($n=126$; 61,76%), declarou saber ler ou escrever ($n=184$; 90,2%) e receber o benefício Bolsa Família ($n=153$; 75,0%). Os fatores mais importantes para a manutenção da saúde foram a alimentação saudável ($n=126$; 61,8%), o não tabagismo ($n=21$; 10,3%) e a consulta médica regular ($n=19$; 9,3%). As variáveis socioeconômicas e demográficas não apresentaram associações estatísticas significativas com os fatores importantes para manutenção da saúde. **Conclusão:** A população estudada reconhece a alimentação saudável, o não tabagismo e as consultas médicas regulares como os fatores mais importantes para a manutenção da saúde.

Descritores: Conhecimentos; Atitudes e Prática em Saúde; Estilo de Vida; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To investigate important factors for health maintenance and the socioeconomic and demographic characteristics of women users of Basic Health Units. **Methods:** Observational, cross-sectional, and analytical study, carried out in 2011, involving 204 women seen in 26 units of the city of Queimadas, Paraíba. Information regarding demographic (housing location, skin colour, age, and marital status) and socioeconomic characteristics (educational level and assistance by the 'Bolsa Família' conditional cash transfer program), and life habits (diet, smoking, medical consultation, sedentarism, alcohol intake, and weight and stress control) was obtained by questionnaire, and then applied descriptive statistics and prevalence ratio. **Results:** The participants had mean age of 28.22 years ($SD=6.49$). The majority lived in rural areas ($n=126$; 61.76%), declared being able to read or write ($n=184$; 90.2%) and receiving the Bolsa Família grant ($n=153$; 75.0%). The most frequently cited features for health maintenance were healthy diet ($n=126$; 61.8%), not smoking ($n=21$; 10.3%), and regular medical consultation ($n=19$; 9.3%). The socioeconomic and demographic variables showed no significant statistical associations with the important features for health maintenance. **Conclusion:** The studied population recognizes the healthy diet, not smoking, and regular medical consultation as the most important features for health maintenance.

Descriptors: Health Knowledge; Attitudes; Practice; Life Style; Women's Health.

Márcia Cristina Sales⁽¹⁾

Ana Carolina Dantas Rocha⁽²⁾

Dixis Figueroa Pedraza⁽³⁾

1) Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal (RN) - Brasil

2) Universidade Federal do Ceará - Fortaleza (CE) - Brasil

3) Universidade Estadual da Paraíba - Campina Grande (PB) - Brasil

Recebido em: 30/10/2013

Revisado em: 23/07/2014

Aceito em: 21/10/2014

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores importantes para el mantenimiento de la salud y las características socioeconómicas y demográficas de mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico realizado en 2011 con 204 mujeres assistidas en 16 unidades del municipio de Queimadas, Paraíba. Se obtuvieron informaciones sobre las características demográficas (lugar de vivienda, color de la piel, edad, situación conyugal), socioeconómicas (nível de escolaridade y recibimiento de Bolsa Família) y hábitos de vida (alimentación, tabaco, consulta médica, sedentarismo, ingesta de bebidas alcohólicas, control de peso y estrés) a través de cuestionario. Se aplicó estadística descriptiva y razón de prevalencia. **Resultados:** Las participantes presentaron edad media de 28,22 años ($SD=6,49$). La mayoría vivía en la zona rural ($n=126$; 61,76%), ha declarado saber leer o escribir ($n=184$; 90,2%) y recibir el beneficio Bolsa Família ($n=153$; 75,0%). Los factores más importantes para el mantenimiento de la salud fueron la alimentación saludable ($n=126$; 61,8%), la no utilización del tabaco ($n=21$; 10,3%) y la consulta médica regular ($n=19$; 9,3%). Las variables socioeconómicas y demográficas no presentaron asociaciones estadísticas significativas con los factores importantes para el mantenimiento de la salud. **Conclusión:** La población investigada reconoce la alimentación saludable, la no utilización del tabaco y las consultas médicas regulares como los factores más importantes para el mantenimiento de la salud.

Descriptores: Conocimientos; Actitudes y Prácticas en Salud; Estilo de Vida; Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

Os hábitos pessoais e o estilo de vida exercem grande impacto sobre as condições de saúde dos indivíduos. Ainda que a genética, o ambiente e a assistência médica tenham um papel importante em como e quanto se vive, evidências mostram que o estilo de vida representa o fator diferencial para a saúde e a qualidade de vida no mundo contemporâneo⁽¹⁾. O estilo de vida compreende a maneira geral de viver, baseado na interação entre as condições de vida e as ações individuais de conduta⁽²⁾.

A Organização Mundial de Saúde, através da Carta de Ottawa, destacou a importância de incentivar o maior controle das pessoas sobre a própria saúde, considerando o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. Disso, denota-se a necessidade de serem realizadas ações de educação em saúde^(3,4).

No Brasil, a Política de Atenção Básica busca o envolvimento de todas as esferas do governo em ações que viabilizem a educação permanente em saúde. Nessa perspectiva, a importância da Atenção Básica reside no seu

trabalho junto à população em prol da adoção de hábitos de vida saudáveis, os quais incluem a prática de atividade física, as orientações nutricionais, o incentivo ao abandono de hábitos prejudiciais à saúde como o tabagismo e o alcoolismo, os cuidados relacionados à obesidade e o acesso aos serviços de saúde⁽⁵⁾.

No entanto, o cuidado em saúde requer uma visão ampliada das condições de vida dos sujeitos, considerando o contexto social em que vivem, assim como as características individuais do ser humano⁽⁶⁾. Desse modo, destaca-se a importância da análise de gênero no âmbito das ações de saúde. Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a diferentes fatores de risco à saúde, em função da organização social das relações de gênero e de aspectos de caráter biológico, também estão expostas a padrões distintos de adoecimento e morte⁽⁷⁾.

As mulheres representam a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde⁽⁷⁾. Vivem mais do que os homens, porém, adoecem mais frequentemente e são mais vulneráveis a certas doenças^(7,8). No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são: as doenças cardiovasculares; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório; e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes⁽⁷⁾.

Embora o conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção a essas enfermidades sejam bem disseminados, pouco se sabe sobre a percepção das mulheres acerca do grau de importância dado a eles. Esse entendimento constitui um aspecto importante no planejamento das práticas de cuidado e de educação em saúde direcionadas à população feminina, possibilitando um maior enfoque para os fatores considerados menos importantes, mas que influenciam de modo significativo as condições de saúde da população.

O presente estudo tem como objetivo investigar fatores importantes para a manutenção da saúde e as características socioeconômicas e demográficas de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal e analítico, desenvolvido no período de julho a agosto de 2011, nas 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Queimadas - Paraíba - Brasil, as quais são responsáveis por prestar atenção pré-natal às gestantes de baixo risco.

O sistema de saúde do município de Queimadas é constituído por 16 UBSF, sendo 11 rurais e cinco urbanas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um Núcleo de

Apoio à Saúde da Família (NASF); um Centro de Saúde, no qual funcionam serviços de atendimento odontológico e exames bioquímico-laboratoriais; e uma Unidade Mista, que oferece apoio à rede de serviços de saúde.

A população elegível para o estudo foi constituída por todas as mulheres que tiveram filho durante o ano de 2009 e residiam no município no momento da coleta de dados. Para quantificar o total de mães com nascidos vivos em 2009, consideraram-se as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde ($n=407$), cuja informação foi complementada pela busca ativa de nascimentos ($n=43$) junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros. Considerando o endereço constante na DNV, realizou-se um mapeamento das mães por UBSF, de acordo com a área de abrangência de cada unidade. A identificação daquelas que não continuavam residindo em Queimadas ($n=27$) foi verificada através de informantes-chave (enfermeiros, ACS e líderes comunitários).

Enviaram-se, por meio dos ACS, cartas-convite às mães elegíveis para o estudo ($n=423$), com a data e o horário em que elas deveriam comparecer às UBSF. Foi solicitado, ainda, que a mãe portasse, nesse momento, o Cartão da Criança/Caderneta de Saúde da Criança (CC/CSC). Agendou-se um novo encontro, em cada uma das UBSF, com as mães que não compareceram no primeiro chamado – e se mesmo assim a mãe não comparecesse, tentava-se contato telefônico e/ou visita a domicílio. Consideraram-se perdas as mães com as quais não foi possível realizar contato ($n=120$).

Os critérios de exclusão foram os seguintes: mães que não realizaram nenhuma consulta pré-natal em alguma das UBSF do município ($n=43$); mães que engravidaram novamente depois do filho nascido em 2009 ($n=40$); mães com idade inferior a 18 anos ($n=1$); mães que tiveram crianças com malformações congênitas graves ($n=2$) e nascimentos gemelares ($n=1$); mães de crianças falecidas ($n=3$). Essas informações foram fornecidas por enfermeiros e/ou coletadas em documentos oficiais (livros de registro, prontuários, fichas do SIAB). Nove mães se recusaram a participar, totalizando 204 mulheres investigadas no presente estudo.

As informações foram coletadas nas UBSF e/ou no próprio domicílio, por profissionais e estudantes da área de saúde devidamente treinados e supervisionados. Elaborou-se um manual de instruções, objetivando orientar e padronizar o preenchimento do questionário e a coleta de dados, e se realizou treinamento com os entrevistadores para apreciação do instrumento de coleta e realização de ajustes sugeridos, conforme discussões e avaliações. O estudo piloto foi feito no Centro de Saúde da Palmeira, no município de Campina Grande. Numa segunda etapa, os entrevistadores debateram as dificuldades surgidas, ocasião

em que foram feitas novas adaptações no questionário, resultando, por fim, no modelo definitivo que foi aplicado.

O instrumento de coleta utilizado na pesquisa constou de um questionário dirigido às mulheres, com questões fechadas, contendo informações demográficas, socioeconômicas e relacionadas a hábitos de vida. As entrevistadas receberam orientação para enumerar, em ordem crescente de importância, três medidas que, em sua opinião, eram consideradas mais relevantes para a manutenção da saúde. Além do questionário, utilizou-se a ficha controle de trabalho de campo para anotar aceites, recusas, exclusões e perdas.

Como variáveis demográficas, investigaram-se o local de moradia, a cor da pele, a idade e a situação conjugal. As variáveis socioeconômicas avaliadas englobaram a capacidade de ler e escrever, os anos de estudo e o recebimento de benefício do Programa Bolsa Família. Por sua vez, coletaram-se as seguintes variáveis relacionadas a hábitos de vida: manter alimentação saudável evitando gordura animal; não fumar; consultar médico regularmente; realizar exercício físico regularmente; não ingerir bebidas alcoólicas em excesso; manter o peso ideal; e controlar ou evitar o estresse.

A análise estatística se deu com auxílio dos programas Epi-Info v.6.04b e R v2.10.0. Consideraram-se como variáveis dependentes as medidas relacionadas aos hábitos de saúde referidas pelas entrevistadas como as mais importantes para a manutenção da saúde. E, como variáveis independentes, as variáveis demográficas e socioeconômicas.

Por meio de estatística descritiva (frequências simples), apresentaram-se as variáveis para a caracterização da população. Já para a análise das variáveis qualitativas, utilizou-se uma abordagem com análise univariada de cada uma das variáveis independentes com a variável resposta. A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela razão de prevalência calculada pela regressão Poisson, com intervalo de confiança de 95%. As conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

A coleta de informações ocorreu após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (n.º 423696) e a assinatura do termo de consentimento pelas participantes, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas, a maioria das mulheres entrevistadas residia na zona rural ($n=126$; 61,76%), apresentava cor de pele parda/morena ($n=146$; 71,57%) e situava-se na faixa etária dos 20 aos

34 anos (n=156; 76,5%), com idade média de 28,22 anos (Desvio padrão=6,49). Quanto à escolaridade, 184 (90,2%) mulheres declararam saber ler ou escrever e 102 (50,0%) entrevistadas tinham entre 5 e 11 anos de estudo. Houve predomínio de mulheres que viviam com o companheiro (n=165; 80,9%) e que recebiam o benefício do Bolsa Família (n=153; 75,0%) (Tabela I).

Quando questionadas sobre os fatores mais importantes para manter uma boa saúde, 126 (61,8%) mulheres

consideraram manter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal; 21(10,3%), não fumar; 19 (9,3%), consultar médico regularmente; 15 (7,4%), realizar exercício físico regularmente; 11(5,4%), não ingerir bebidas alcoólicas em excesso; 6 (2,9%), manter o peso ideal; e 6 (2,9%), controlar ou evitar o estresse. (Tabela II).

As variáveis “manter uma alimentação saudável”, “não fumar”, “consultar médico regularmente”, “realizar exercício físico regularmente”, “não ingerir bebidas

Tabela I - Características sociodemográficas de 204 mulheres residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde. Queimadas-PB, 2011.

Variável	n	%
Local de moradia		
Zona urbana	78	38,24
Zona rural	126	61,76
Cor da pele		
Branca	58	28,43
Parda/Morena	146	71,57
Idade		
≤ 19 anos	12	5,88
20 -34 anos	156	76,47
≥35 anos	36	17,65
Sabe ler e escrever		
Sim	184	90,20
Não	20	9,80
Anos de estudo		
< 5 anos	41	20,10
5 -11 anos	102	50,00
≥12 anos	61	29,90
Situação conjugal		
Com companheiro	165	80,88
Sem companheiro	39	19,12
Bolsa Família		
Sim	153	75,00
Não	51	25,00

Tabela II - Fatores mais importantes para a manutenção da saúde entre mulheres residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde. Queimadas-PB, 2011.

Variável	n	%
Alimentação saudável	126	61,8
Não fumar	21	10,3
Consultar médico regularmente	19	9,3
Realizar exercício físico regularmente	15	7,4
Não ingerir bebidas alcoólicas em excesso	11	5,4
Manter o peso ideal	6	2,9
Controlar ou evitar o estresse	6	2,9

alcoólicas em excesso” e “controlar ou evitar o estresse” foram mais frequentemente citadas pelo grupo de mulheres residentes na zona rural, pardas/morenas, com idade 20-34 anos, que declararam saber ler e escrever, com 5-11 anos de estudo, que viviam com o companheiro e recebiam o benefício do Bolsa Família. (Tabelas III e IV).

A variável “manter o peso ideal” foi mais frequentemente citada por mulheres com menos de 5 anos de estudo e

obteve o mesmo grau de importância para os residentes das zonas rural e urbana, com distribuição semelhante às demais variáveis dependentes no que concerne aos outros fatores sociodemográficos. (Tabela IV).

Contudo, ressalta-se não haver associações estatisticamente significativas entre as variáveis socioeconômicas e os fatores importantes para a manutenção da saúde. (Tabelas III e IV).

Tabela III – Relação do percentual de mulheres de acordo com os três fatores relatados como os mais importantes para a manutenção da saúde e as características sociodemográficas. Queimadas-PB, 2011.

Variável	Alimentação saudável		Não fumar		Consultar o médico	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Local de moradia						
Zona urbana	42,86	1,00	33,33	1,00	31,58	1,00
Zona rural	57,14	1,39 (0,87-2,29)	66,67	0,98 (0,73-1,32)	68,42	0,97 (0,72-1,31)
Cor da pele						
Branca	28,80	1,00	42,86	1,00	21,05	1,00
Parda/Morena	71,20	1,02 (0,63-1,70)	57,14	1,09 (0,79-1,52)	78,95	0,96 (0,71-1,33)
Idade						
≤ 19 anos	4,76	1,00	19,05	1,00	0,00	1,00
20 -34 anos	76,19	0,77 (0,36-1,99)	57,14	1,38 (0,73-3,08)	89,47	0,89 (0,52-1,70)
≥35 anos	19,05	0,67 (0,26-1,92)	23,81	1,29 (0,62-3,02)	10,53	0,94 (0,50-1,90)
Sabe ler e escrever						
Sim	91,27	1,00	90,48	1,00	89,47	1,00
Não	8,73	1,20 (0,56-2,28)	9,52	1,00 (0,60-1,59)	10,53	0,99 (0,59-1,57)
Anos de estudo						
< 5 anos	17,46	1,00	28,57	1,00	15,79	1,00
5 -11 anos	49,21	0,85 (0,50-1,49)	42,86	1,07 (0,73-1,60)	68,42	0,94 (0,65-1,39)
≥12 anos	33,33	0,67 (0,35-1,28)	28,57	1,06 (0,69-1,63)	15,79	1,03 (0,68-1,56)
Situação conjugal						
Com companheiro	85,71	1,00	66,67	1,00	78,95	1,00
Sem companheiro	14,29	1,56 (0,92-2,53)	33,33	0,90 (0,60-1,29)	21,05	0,99 (0,67-1,41)
Bolsa Família						
Sim	71,43	1,00	76,19	1,00	89,47	1,00
Não	28,57	0,71 (0,39-1,22)	23,81	1,01 (0,71-1,39)	10,53	1,08 (0,77-1,49)

RP = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

Tabela IV - Relação do percentual de mulheres de acordo com os demais fatores relatados como importantes para a manutenção da saúde e as características sociodemográficas. Queimadas-PB, 2011.

Variável	Fazer exercícios físicos		Não ingerir álcool		Manter peso ideal		Controlar/evitar o estresse	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
Local de moradia								
Zona urbana	33,33	1,00 0,98 (0,74-1,32)	27,27	1,00 0,97 (0,73-1,31)	50,00	1,00 1,02 (0,76-0,36)	0,00	1,00 100,00
Zona rural	66,67	0,98 (0,74-1,32)	72,73	0,97 (0,73-1,31)	50,00	1,02 (0,76-0,36)	100,00	0,95 (0,72-1,27)
Cor da pele								
Branca	20,00	1,00 0,97 (0,71-1,33)	36,36	1,00 1,02 (0,75-1,41)	0,00	1,00 0,96 (0,71-1,31)	33,33	1,00 66,67
Parda/Morena	80,00	0,97 (0,71-1,33)	63,64	1,02 (0,75-1,41)	100,00	0,96 (0,71-1,31)	66,67	1,01 (0,74-1,38)
Idade								
≤ 19 anos	0,00	1,00 0,92 (0,53-1,74)	9,09	1,00 1,04 (0,59-2,04)	16,67	1,00 1,06 (0,60-2,07)	0,00	1,00 100,00
20-34 anos	86,67	0,92 (0,53-1,74) 0,94 (0,50-1,90)	63,64 27,27	1,04 (0,59-2,04) 1,00 (0,52-2,07)	83,33 0,00	1,06 (0,60-2,07) 1,09 (0,57-2,25)	0,00	0,96 (0,56-1,83) 1,00 (0,54-2,00)
≥ 35 anos	13,33							
Sabe ler e escrever								
Sim	80,00	1,00 0,91 (0,53-1,45)	90,91	1,00 1,00 (0,61-1,57)	100,00	1,00 1,03 (0,63-1,60)	83,33	1,00 16,67
Não	20,00	0,91 (0,53-1,45)	9,09	1,00 (0,61-1,57)	0,00	1,00 (0,63-1,60)	16,67	0,98 (0,59-1,52)
Anos de estudo								
< 5 anos	20,00	1,00 1,00 (0,70-1,48)	18,18	1,00 0,98 (0,68-1,44)	50,00	1,00 1,07 (0,74-1,57)	33,33	1,00 50,00
5-11 anos	46,67	1,00 (0,70-1,48) 0,99 (0,66-1,51)	63,64 18,18	0,98 (0,68-1,44) 1,02 (0,68-1,53)	16,67 33,33	1,07 (0,74-1,57) 1,04 (0,70-1,58)	16,67	1,02 (0,71-1,49) 1,03 (0,69-1,56)
≥ 12 anos	33,33							
Situação conjugal								
Com companheiro	93,33	1,00 1,06 (0,74-1,50)	54,55	1,00 0,90 (0,61-1,29)	66,67	1,00 0,97 (0,67-1,37)	66,67	1,00 33,33
Sem companheiro	6,67	1,06 (0,74-1,50)	45,45	0,90 (0,61-1,29)	33,33	0,97 (0,67-1,37)	33,33	0,97 (0,67-1,37)
Bolsa Família								
Sim	86,67	1,00 1,05 (0,75-1,44)	72,73	1,00 0,99 (0,71-1,37)	50,00	1,00 0,96 (0,69-1,32)	100,00	1,00 0,00
Não	13,33	1,05 (0,75-1,44)	27,27	0,99 (0,71-1,37)	50,00	0,96 (0,69-1,32)	0,00	1,04 (0,75-1,42)

RP = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

O estilo de vida é um elemento determinante da promoção da saúde. Existem fatores do estilo de vida que podem afetar de forma negativa a saúde e sobre os quais se pode ter controle, a exemplo do fumo, do álcool e do estresse. Há ainda os fatores positivos, como a alimentação, a atividade física e o comportamento preventivo, que, se ministrados de forma adequada, contribuem para a prevenção e o controle de diversas enfermidades^(1,9). Na atenção à saúde das mulheres, conhecer o grau de importância atribuída a esses fatores pode ser útil no planejamento de ações em saúde que estimulem a adoção de hábitos de vida saudáveis, com maior enfoque para as medidas de saúde menos priorizadas pela população.

No presente estudo, a maioria das mulheres reconheceu a alimentação como uma medida fundamental para a manutenção da saúde. Esses achados corroboram com resultados obtidos em um estudo destinado à avaliação das ações de autocuidado de um grupo de mulheres do Rio Grande do Sul, no qual se verificou a importância atribuída pelas entrevistadas à adoção de práticas alimentares saudáveis, como a redução da ingestão de gordura e o consumo de frutas e verduras⁽¹⁰⁾. Tais resultados podem estar associados ao fato de que, em praticamente todas as culturas, os alimentos sempre foram relacionados com a saúde, não apenas porque a sua abundância ou escassez colocam em questão a sobrevivência humana, mas também porque a abordagem médica acerca de hábitos alimentares saudáveis sempre exerceu uma significativa influência sobre a atitude humana diante da comida⁽¹¹⁾.

A indicação de não fumar obteve segundo lugar entre as medidas prioritárias para a manutenção da saúde na presente pesquisa. De acordo com uma pesquisa nacional⁽¹²⁾, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer e a Organização Pan-Americana da Saúde, cerca de 96% dos entrevistados acreditavam que fumar causa sérios danos à saúde. Ainda, do total de pessoas com idade ≥ 15 anos que fumavam, 45,6% haviam tentado parar de fumar nos últimos 12 meses, sendo que as mulheres tentaram parar de fumar mais frequentemente do que os homens (49,5% versus 43,0%), o que sugere a preocupação da população feminina com o hábito de fumar e a saúde. Esses dados também convergem com a redução da prevalência de fumantes no Brasil, mais frequente entre as mulheres⁽¹³⁾. Apesar do êxito associado a ações de prevenção e controle do tabagismo, incluindo aquelas de caráter educativo⁽¹⁴⁾, ainda existe escassez de estudos para entender as questões de gênero e tabaco⁽¹³⁾, os quais poderiam embasar ações no sentido de maximizar os impactos.

A indicação de consultar o médico regularmente ficou em terceiro lugar entre as medidas de saúde mais citadas

na atual investigação. Tal ocorrência pode estar associada ao fato de a amostra ser composta por indivíduos assistidos pelas UBSF, o que viabiliza o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde sobre a importância das consultas médicas periódicas⁽⁵⁾. Ainda, considera-se que as mulheres em idade fértil, as quais são parte integrante do presente estudo, tendem a consultar mais frequentemente os médicos, em decorrência de fatores ginecológicos e obstétricos⁽¹⁵⁾.

A prática regular de exercícios físicos obteve o quarto lugar entre as medidas mais citadas no estudo em questão. Dados da literatura, conexos aos resultados das entrevistadas, mostraram que a atividade física ainda não é uma prioridade para a maioria das mulheres, sendo observadas prevalências elevadas de sedentarismo em estudos realizados na Bahia (72,5%)⁽¹⁶⁾ e em Santa Catarina (56,9%)⁽¹⁷⁾. Esse é um dado preocupante, na medida em que a atividade física regular constitui um fator de prevenção primária e de suporte terapêutico de diversos agravos à saúde, tais como obesidade, diabetes, hipertensão, doença arterial coronariana, estresse e depressão^(2,18,19).

Já o hábito de não ingerir bebidas alcoólicas em excesso foi a quarta medida mais prevalente no presente estudo. Estudo realizado em 2004 com 8.579 indivíduos, em 107 cidades brasileiras, apontou um número elevado de mulheres que fazem uso de bebidas alcoólicas, sendo a maior proporção observada na faixa etária de 18 a 34 anos⁽²⁰⁾. Esse resultado converge com a menor importância atribuída ao hábito de beber pelas mulheres estudadas, sinalizando, também, que a idade de maior vulnerabilidade correspondente à da maioria da população deste estudo. Resultados mais recentes mostram plausibilidade ao indicar que o consumo de bebidas alcoólicas vem crescendo na população feminina. A importância desses resultados é evidente ao ponderar as consequências mais pronunciadas do uso de álcool nas mulheres do que nos homens. As doenças físicas acometem as mulheres a um nível de exposição ao álcool mais baixo do que nos homens, havendo um maior comprometimento das funções cognitivas e motoras. Além disso, o consumo excessivo de álcool torna as mulheres mais vulneráveis à ocorrência de abuso sexual⁽²¹⁾.

No que se refere à manutenção do peso ideal e ao controle do estresse, essas medidas foram as menos priorizadas para a manutenção da saúde entre as mulheres investigadas na presente pesquisa. O excesso de peso constitui um fator de risco para a ocorrência de doenças crônicas como diabetes, cardiopatias e certos tipos de câncer⁽¹⁸⁾. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽²²⁾, verificou-se um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população feminina de 20 anos ou mais, entre o período de 1974-75 e 2009. O excesso de peso passou de 28,7% em 1974-75 para 48,0% em 2008-09, enquanto a obesidade

duplicou nesse período, sendo observado um aumento de 8% para 16,9%. Face ao exposto, e considerando os resultados do presente estudo no que se refere à pouca importância atribuída à manutenção do peso ideal como condição de saúde são similares aos observados entre usuários de unidades básicas de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste⁽⁵⁾, é notória a sugestão da importância da intensificação de ações de saúde destinadas ao controle do excesso de peso entre as mulheres, com destaque para as orientações em saúde que visem o estímulo à prática de atividade física e a adoção de uma alimentação saudável.

Com relação ao estresse, observa-se que essa é uma problemática cada vez mais presente na vida da mulher contemporânea, em virtude da multiplicidade de papéis que a mulher tem assumido na sociedade, atuando como cuidadora e mantenedora do lar e como provedora de serviços fora do ambiente domiciliar⁽²³⁾. O estresse excessivo e contínuo pode gerar desmotivação, irritabilidade, infelicidade pessoal, entre outros fatores que culminam no desenvolvimento e/ou agravamento de inúmeras doenças, como a hipertensão arterial e a aterosclerose^(24,25). No entanto, a importância do estresse sobre as condições de saúde dos indivíduos, em muitos casos, apenas é percebida com o desencadeamento de sintomas físicos⁽²⁴⁾, o que pode explicar não ser prioridade para a manutenção da saúde na presente pesquisa, assim como no primeiro estudo desenvolvido com objetivos similares⁽⁵⁾.

Conjeturando a influência de aspectos socioeconômicos na determinação de atitudes e práticas consideradas importantes para a manutenção da saúde, um estudo realizado com homens e mulheres adultos residentes das regiões Sul e Nordeste aponta que esses fatores estavam significativamente associados⁽⁵⁾. Esses resultados divergem dos achados do presente estudo, podendo tal ocorrência estar inserida no diferencial de sexo. De modo geral, independentemente das características socioeconômicas, observa-se uma maior preocupação das mulheres com a própria saúde quando comparadas aos homens, além de haver um maior número de programas de saúde nas Unidades Básicas de Saúde direcionados à população feminina⁽²⁶⁾.

O conhecimento do grau de importância considerado pela população a fatores de risco à saúde é importante para que os profissionais da atenção básica possam adotar estratégias de fomento à adoção de hábitos de vida saudáveis. Nessa perspectiva, verifica-se ainda uma forte presença do modelo biomédico nos cuidados de saúde oferecidos no Brasil, o qual implica em uma atuação que prioriza a doença, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde/doença⁽²³⁾.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, com destaque para as ações de educação em saúde, bem como a renovação de compromissos e responsabilidades entre o governo, a comunidade e os indivíduos no processo de promoção em saúde⁽²⁷⁾. Para esses fins, a efetividade das práticas educativas depende da participação crítica dos educandos e da integração do sujeito com a sua realidade, considerando suas condições de vida, crenças, hábitos e saberes^(27,28). Considerando o modelo dialógico de pedagogia crítico-social difundido por Paulo Freire, o usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade⁽²⁷⁾.

Contudo, ressalta-se que a educação em saúde, isoladamente, não garante a melhoria das condições de saúde da população, devido à multiplicidade de fatores que envolvem o processo saúde-doença. Sabe-se que nenhum indivíduo opta por conviver com um fator de risco por vontade própria. Um fumante, por exemplo, sabe e sente os malefícios do seu vício. No entanto, deixar de fumar perpassa fatores bem mais complexos do que o acesso à informação, tais como a vida afetiva, os fatores sociais, os valores culturais, a situação econômica, entre outros aspectos. Portanto, considera-se que a informação científica constitui apenas um dos fatores que, dentro de um modelo adequado, podem contribuir significativamente para a mudança de hábitos⁽²⁹⁾.

No que se refere à mulher, é importante ressaltar as contribuições da política nacional de atenção à saúde da mulher, que destaca a necessidade de esta ser vista na sua integralidade. Esse processo contribui na obtenção de ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas^(30,31).

CONCLUSÃO

A população estudada reconhece a alimentação saudável, o não tabagismo e as consultas médicas regulares como fatores importantes para a manutenção da saúde. Por sua vez, a prática regular de exercício físico, o consumo não excessivo de álcool, a manutenção do peso ideal e o controle do estresse foram menos citados.

REFERÊNCIAS

1. Silva DAS, Pereira IMM, Almeida MB, Silva RJS, Oliveira ACC. Estilo de vida de acadêmicos de

- educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2012;34(1):53-67.
2. Pardo-Torres MP, Núñez-Gómez NA. Estilo de vida y salud en La mujer adulta joven. *Aquichán.* 2008;8(2):266-84.
 3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
 4. Carvalho ST, Corral-Mulato S, Coscrito G, Bueno SMV. Interface da educação e saúde através da pesquisa-ação. In: III Congresso Internacional de Pedagogia Social; 2010 Mar 1-15; São Paulo. São Paulo: Associação Brasileira de Educadores Sociais; 2010.
 5. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(6):961-71.
 6. Riquinho DL, Gerhardt TE. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. *Trab Educ Saúde.* 2010; 8(3):419-37.
 7. Ministério da Saúde (BR), 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; 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
 8. Trindade WR, Ferreira MA. Grupo feminino de cuidado: estratégia de pesquisa-cuidado à mulher. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):374-80.
 9. Silva DMPP, Tomanik EA. Morbidade referida por moradores ribeirinhos de Porto Rico, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):452-8.
 10. Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm (Online).* 2011;32(3):576-82.
 11. Carneiro HS. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. *História Questões Debates.* 2005;42:71-80.
 12. Instituto Nacional de Câncer, Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
 13. Scarinci IC, Bittencourt L, Person S, Cruz RC, Moysés ST. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(8):1450-8.
 14. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Silva VLC. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol.* 2010;36(1):75-83.
 15. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):595-603.
 16. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):870-7.
 17. Santos VEP, Cruz NM, Moura LA, Moura JG, Matos KKC. O estado nutricional e comportamento alimentar de um grupo de mulheres na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):394-400.
 18. Costa PRF, Assis AMO, Silva MCM, Santana MLP, Dias JC, Pinheiro SMC, et al. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1763-73.
 19. Mendes MA, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Bielemann RM, Hallal PC. Fontes de informação sobre a importância da atividade física: estudo de base populacional. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2010;15(3): 163-9.
 20. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(Supl 1):S3-S6.
 21. Mendes MC, Cunha JRF, Nogueira AA. A mulher e o uso de álcool. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(11): 323-7.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
 23. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima ÉAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009;11(4):964-70.
 24. Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia (Ribeirão Preto).* 2010;20(45):73-81.

25. Rodrigues A, Guerra M, Maciel MJ. Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. Rev SBPH. 2010; 13(1):107-35.
26. Cotta RMM, Batista KCS, Siqueira KC, Reis RS, Souza GA, Dias D, et al. Perfil socioassistencial e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1251-60.
27. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.
28. Freire P. Educação como prática da liberdade. 26^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
29. Veras R. Envelhecimento populacional: desafios e inovações necessárias para o setor de saúde. Med HUPE-UERJ. 2008;7(1):13-20.
30. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev Eletrônica Enferm. 2009;11(2):424-8.
31. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):154-60.

Endereço para correspondência:

Márcia Cristina Sales
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rua General Gustavo Cordeiro de Farias, s/n
Bairro: Petrópolis
CEP: 59010-180 - Natal - RN - Brasil
E-mail: cristina.salles@yahoo.com.br