

Doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva na atenção primária: prevalência e fatores associados

Chronic diseases among women of reproductive age in primary care: prevalence and associated factors

Enfermedades crónicas en mujeres en edad reproductiva en atención primaria: prevalencia y factores asociados

Débora Cristina Martins^a 

Giordana Maronezzi da Silva^b 

Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro^c 

Elen Ferraz Teston^d 

Michele de Paula Pavan^e 

Carlos Alexandre Molena Fernandes^f 

Como citar este artigo:

Martins DC, Silva GM, Ribeiro BMSS, Teston EF, Pavan, Fernandes CAM. Doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva na atenção primária: prevalência e fatores associados. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230155. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230155.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados às doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva na atenção primária à saúde.

Método: Estudo transversal realizado com 397 mulheres em idade reprodutiva residentes no norte do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de julho 2019 a setembro 2020. Utilizou-se a Ficha Clínica da Mulher para coleta de dados sociodemográficos, comportamentos de risco, diagnóstico de doenças crônicas e uso de medicamentos. Foram realizados os testes Qui-Quadrado para análise de associação, Regressão Logística estimando *Odds Ratio* e intervalos de confiança 95%.

Resultados: A prevalência de doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva foi de 38,53% e os fatores associados foram: faixa etária de 31 a 40 anos (OR=3,67; p=0,001) e de 41 a 49 anos (OR=9,7; p=0,001), ensino médio incompleto (OR= 2,7; p=0,001), obesidade (OR= 2,25; p=0,001) e tabagismo (OR=2,23; p=0,001).

Conclusão: Foram associados à presença de doenças crônicas a idade no final da fase reprodutiva, a obesidade e o tabagismo. O conhecimento desses fatores pode auxiliar nas ações de rastreio, monitoramento e de educação em saúde prestadas às mulheres em idade fértil.

Descritores: Enfermagem. Saúde reprodutiva. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde. Doença crônica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with chronic diseases among women of reproductive age in primary health care.

Method: Cross-sectional study carried out with 397 women of reproductive age living in the north of Paraná, Brazil. Data were collected from July 2019 to September 2020. The Women's Clinical Record was used to collect sociodemographic data, risk behaviors, diagnosis of chronic diseases and medication use. Chi-Square test was performed for association analysis, Logistic Regression estimating *Odds Ratio* and 95% confidence intervals.

Results: The prevalence of chronic diseases among women of reproductive age was 38.53% and the associated factors were: age range from 31 to 40 years (OR=3.67; p=0.001) and from 41 to 49 years (OR=9.7; p=0.001), incomplete secondary education (OR= 2.7; p=0.001), obesity (OR= 2.25; p=0.001) and smoking (OR=2.23; p=0.001).

Conclusion: Age at the end of the reproductive phase, obesity and smoking were associated with the presence of chronic diseases. Knowledge of these factors can assist in screening, monitoring and health education actions provided to women of childbearing age.

Descriptors: Nursing. Reproductive health. Women's health. Primary health care. Chronic disease.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia y los factores asociados a las enfermedades crónicas entre mujeres en edad reproductiva en la atención primaria de salud.

Método: Estudio transversal realizado con 397 mujeres en edad reproductiva residentes en el norte de Paraná, Brasil. Los datos se recolectaron desde julio de 2019 a septiembre de 2020. Se utilizó la Historia Clínica de la Mujer para recolectar datos sociodemográficos, conductas de riesgo, diagnóstico de enfermedades crónicas y uso de medicamentos. Se realizó prueba de Chi-Cuadrado para análisis de asociación, Regresión Logística estimando *Odds Ratio* e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La prevalencia de enfermedades crónicas entre las mujeres en edad reproductiva fue de 38,53% y los factores asociados fueron: rango de edad de 31 a 40 años (OR=3,67; p=0,001) y de 41 a 49 años (OR=9,7; p=0,001), educación secundaria incompleta (OR= 2,7; p=0,001), obesidad (OR= 2,25; p=0,001) y tabaquismo (OR=2,23; p=0,001).

Conclusión: La edad al final de la fase reproductiva, la obesidad y el tabaquismo se asociaron con la presencia de enfermedades crónicas. El conocimiento de estos factores puede ayudar en las acciones de detección, seguimiento y educación en salud brindadas a las mujeres en edad fértil.

Descriptores: Enfermería. Salud reproductiva. Salud de la mujer. Atención primaria de salud. Enfermedad crónica.

^a Centro Universitário Espírito Santense (FAESA). Unidade de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^b Universidade Estadual de Maringá (UEM). Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

^c Universidade de São Paulo (USP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação Doutorado em Ciências da Saúde. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^d Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Instituto Integrado de Saúde. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^e Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Departamento de Educação em Saúde. Apucarana, Paraná, Brasil.

^f Universidade Estadual do Paraná (Unespar). Campus Paranavai. Ciências da Saúde. Paranavai, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são multiterminadas e resultam de uma combinação de fatores de risco não modificáveis como, por exemplo, a idade, o sexo e a hereditariedade, e fatores comportamentais modificáveis, como o tabagismo, padrões alimentares inadequados, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e sedentarismo^(1,2).

Essas doenças são responsáveis por mais da metade dos óbitos no Brasil, e em 2018 a taxa de mortalidade foi de 54,7%⁽²⁾. O aumento na prevalência das DCNTs é influenciado pelo processo de globalização, acelerada urbanização, além dos determinantes sociais de saúde que influenciam nas ações de cuidado adotadas e no acesso aos serviços de saúde⁽³⁾. Os fatores de risco comportamentais adotados impactam diretamente no metabolismo, que podem desencadear sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial e, consequentemente, resultar em doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, câncer e outras doenças^(2,4).

Nos países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de mortalidade entre mulheres pelas mudanças expressivas na carga global de doenças nas últimas décadas^(5,6). Durante a idade reprodutiva, pode ocorrer problemas de saúde materna, como *diabetes* gestacional e hipertensão induzida por gravidez que indicam o aumento do risco de DCNTs no futuro, advertindo sobre a importância da consistência de serviços da APS quanto ao acompanhamento dessas mulheres em especial no que tange à mudança no estilo de vida^(7,8).

Contudo, o manejo das DCNT ainda não ocupa lugar de destaque na agenda de saúde da mulher, uma vez que as ações e serviços de saúde ofertadas ainda possuem o enfoque majoritário nos serviços diagnósticos e de tratamento de doenças já instaladas, na saúde sexual e reprodutiva e na prevenção e rastreamento de câncer de colo de útero e câncer de mama⁽⁶⁾. Desse modo, tornam-se necessárias discussões quanto a reestruturação do cuidado à saúde da mulher por meio de linhas de cuidado e redes de serviços capazes de atendê-las em sua integralidade⁽⁷⁾.

Considerando a morbimortalidade entre mulheres por DCNTs como um importante problema de saúde pública, embora alguns fatores de risco já sejam consenso para população geral⁽⁹⁾, a análise destes especificamente entre as mulheres possibilita a identificação de causas que são sensíveis à APS e que devem ser valorizadas nas ações ofertadas para essa parcela populacional. Diante disso surgem os seguintes questionamentos: Qual a prevalência de doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva que frequentam serviços de atenção primária à saúde? Quais fatores de risco estão associados?

O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados às doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva na atenção primária à saúde.

■ MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, realizado em 11 instituições de saúde de seis municípios pertencentes à 16ª Regional de Saúde localizado ao norte do estado do Paraná, Brasil, cujo modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo foi distribuído em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) de três municípios, duas Clínicas da Mulher de dois municípios e um Centro de Saúde de um município. Todas as instituições de saúde estão localizadas na zona urbana dos seis municípios selecionados.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2019 a setembro de 2020 e foi realizada com 397 mulheres em idade reprodutiva (faixa etária de 18 a 49 anos).

Foram consideradas como população 111.658 mulheres em idade reprodutiva de 17 municípios da 16ª Regional de Saúde ao norte do estado do Paraná, de acordo com dados do Departamento de Informações da Atenção Básica (E-SUS AB). A seleção amostral objetivou cobrir geograficamente toda a regional. Foi adotado o processo de amostragem aleatória estratificada, de duplo estágio, considerando-se o número de mulheres em idade reprodutiva de cada município e o tamanho do município (pequeno: até 10.000 habitantes – 13 municípios; médio: entre 10.001 e 50.000 habitantes – 02 municípios; grande: acima de 50.001 habitantes – 02 municípios), sendo levado em consideração ainda razões logísticas de exequibilidade. Deste modo, após estratificação dos municípios, foram sorteados seis municípios da 16ª RS.

Posteriormente, procedeu-se à randomização da amostra estratificada por número de mulheres em idade reprodutiva de cada município. O tamanho amostral original foi determinado com dados de uma prevalência de 50% do desfecho, com garantia de uma amostra com o máximo de população possível, para controle de nível de erro e confiança. Ponderando um alfa de 5% e um poder de 80%; deste modo, foi obtida uma amostra de 397 mulheres acrescido de 10% para cobrir eventuais perdas. A população de mulheres entrevistadas em cada município sorteado foi proporcional ao número de mulheres cadastradas no E-SUS AB e a média de mulheres atendidas nas instituições onde aconteceram a pesquisa.

A variável dependente do estudo foi o relato de diagnóstico de doenças crônicas. Por sua vez, as variáveis independentes foram: características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, religião, estado civil e ocupação); descrição dos sinais vitais, peso e altura para determinar o Índice de Massa Corpórea (IMC); estilo de vida/ comportamentos

de risco (tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, prática de atividade física); e uso contínuo de medicamentos.

Como critérios de inclusão foram elegíveis para a pesquisa mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos de idade), sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social e ter sido atendida anteriormente pelo menos uma vez nos últimos dois anos por uma equipe da ESF. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos de idade, mulheres que, no momento da pesquisa, não estivessem em condições físicas para participar do estudo, como ter sido submetidas a algum procedimento prévio e com incapacidade limitada por diagnóstico e tratamento de doenças no momento. Deste modo, foram excluídas 19 mulheres da pesquisa, sendo sete por motivo de recusa, três por serem menores de 18 anos e nove por não estarem em boas condições físicas no momento da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizada como instrumento semiestruturado a ficha clínica da mulher, a qual é considerada padrão pela 16ª Regional de Saúde e distribuída aos municípios. Este instrumento era dividido em cinco categorias, sendo a primeira para caracterização de dados sociodemográficos; a segunda com descrição dos sinais vitais, peso e a terceira relacionada ao estilo de vida e aos comportamentos de risco; a quarta com destaque a presença de doenças crônicas não transmissíveis e uso contínuo de medicamentos, e a quinta categoria para coleta atinente a antecedentes ginecológicos e obstétricos. Os dados da segunda categoria como os sinais vitais, peso e altura foram realizados pelos pesquisadores e transcritos no instrumento; os outros dados foram coletados através de entrevistas por respostas autorreferidas.

Participaram da coleta de dados, além da pesquisadora principal, mestre em enfermagem e docente do ensino superior, dois acadêmicos do último período do curso de enfermagem de uma instituição de ensino privada, que não tinham nenhuma relação com os serviços de saúde. Estes foram previamente treinados e capacitados para a coleta de dados, pela pesquisadora principal, por meio da apresentação do projeto, objetivo do estudo, discussão dos preceitos éticos e aplicação do instrumento de coleta de dados entre eles a fim de identificar qualquer dúvida em relação as questões e saná-las.

As coletas de dados aconteceram simultaneamente pelos pesquisadores nos municípios incluídos na amostra, e de acordo com o fluxo de mulheres e horários de atendimentos nas instituições de saúde. As participantes foram recrutadas para a pesquisa à medida que compareciam nas instituições dos municípios selecionados para realizar consultas médicas, coleta de exame preventivo, pré-natal e outros, de segunda à sexta-feira nos períodos matutino e vespertino. Enquanto as mulheres aguardavam os atendimentos, os pesquisadores faziam acolhimento e convidavam-nas para participarem da

pesquisa e os dados eram coletados em salas ou consultórios disponíveis para manter sua privacidade.

Realizou-se a verificação por pares para constatar incoerências de informações nas fichas clínicas, e nove fichas foram descartadas por estarem incompletas, já considerando as perdas feitas pelo cálculo amostral. Para análise estatística, todas as respostas foram tabuladas em um banco de dados elaborado no software Microsoft Excel, por dupla entrada e, posteriormente, analisadas por meio do *software R* (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.6.2.

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção dos dados através de frequência absoluta e porcentagem para as variáveis categóricas. Foram realizados testes de associação entre as características sociodemográficas, prática de atividade física, comportamentos de risco (tabagismo, etilismo e drogas), realização de cirurgias e uso contínuo de medicamentos com doenças crônicas não transmissíveis. A análise de associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado em nível de 5% de significância.

Com o intuito de investigar possíveis associações entre as variáveis de interesse, utilizou-se a regressão logística univariada, estimando como medida de efeito as *Odds Ratios* (razões de chances), com intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, utilizando a metodologia proposta por HOSMER e LEMESHOW, foram selecionadas as variáveis que apresentaram associação ao menos moderada ($p < 0,25$) com a variável de interesse pelo teste Qui-quadrado. Tais variáveis foram incluídas no modelo multivariado, que estima a razão de chances ajustada, considerando possíveis interações entre as variáveis.

É relevante destacar que a maior parcela da coleta de dados (94% do conjunto total) foi realizada entre julho de 2019 e fevereiro de 2020, ou seja, antes da eclosão da pandemia da Covid-19. Com o início do período pandêmico, a coleta de dados foi interrompida conforme as diretrizes de segurança estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelas autoridades públicas locais, como medida preventiva. Após um período de seis meses, autorizou-se a retomada da coleta de dados no município de grande porte, onde uma parte da amostra ainda estava pendente. Essa retomada, realizada nos meses de agosto e setembro de 2020, seguiu todas as recomendações e normas de segurança para prevenção da Covid-19. Apesar da demora para completar a amostra total pela diminuição no número de atendimentos nas instituições de saúde, foi possível concluir a coleta de dados sem comprometer a metodologia do estudo.

Para acesso às mulheres em idade reprodutiva nas instituições de saúde da APS, obteve-se autorização formal das secretarias de saúde dos municípios do estudo, através do termo de aceite assinado pelos secretários de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Paraná – Unespar, câmpus de Paranavaí, parecer nº 3.448.698 e atende todas as normas da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A solicitação de participação no estudo foi acompanhada de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); as participantes foram notificadas sobre as finalidades da pesquisa, tipo de participação desejada e a metodologia da entrevista, ficando uma via com a entrevistada e uma via com o pesquisador.

■ RESULTADOS

Dentre as 397 mulheres em idade reprodutiva entrevistadas, 153 (38,53%) relataram diagnóstico de DCNT, sendo

as mais frequentes: obesidade, hipotireoidismo, depressão e hipertensão arterial.

Observou-se na Tabela 1 que a frequência de mulheres com idade superior a 31 anos, e que referiram ser do lar como profissão, é maior entre aqueles que relataram DCNT e ambas as variáveis apresentaram associação estatística com a presença de doença crônica ($p=0,001$).

De modo similar, a associação da religião, escolaridade, estado civil ($p=0,001$) e cor/raça ($p=0,002$) também se mostraram significativas em relação às DCNT.

Conforme apresentado na Tabela 2, houve associação estatisticamente significativa entre o IMC e a presença de DCNT ($p=0,001$), sendo a maior frequência identificada entre as mulheres obesas, quando comparadas àquelas que não possuem doença crônica.

Tabela 1 – Distribuição da população de mulheres em idade reprodutiva e as características sociodemográficas em relação às DCNT de seis municípios da 16ª RS ao norte do estado do Paraná. Paraná, Brasil, 2020

Variáveis	Frequência		Sem DCNT		Com DCNT		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Cidade							0,003
Município 1	275	69,26	186	76,23	89	58,17	
Município 2	37	9,32	22	9,01	15	9,80	
Município 3	26	6,55	12	4,92	14	9,15	
Município 4	24	6,05	11	4,51	13	8,50	
Município 5	24	6,05	11	4,51	13	8,50	
Município 6	11	2,77	2	0,82	9	5,88	
TOTAL	397	100	244	100	153	100	
Faixa etária							0,001
De 18 a 20 anos	41	10,32	35	14,34	6	3,93	
De 21 a 30 anos	179	45,09	136	55,74	43	28,10	
De 31 a 40 anos	131	33,00	63	25,82	68	44,44	
De 41 a 49 anos	46	11,59	10	4,10	36	23,53	
Profissão							0,001
Do lar	118	29,72	47	19,26	71	46,41	
Estudante	40	10,08	40	16,39	-	-	
Costureira	39	9,82	28	11,48	11	7,19	
Estagiária	21	5,29	17	6,97	4	2,61	
Doméstica/Diarista	20	5,04	6	2,46	14	9,15	

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Frequência		Sem DCNT		Com DCNT		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Professora	16	4,03	12	4,92	4	2,61	
Autônoma	16	4,03	10	4,10	6	3,92	
Auxiliar administrativo	11	2,77	10	4,10	1	0,65	
Outras	116	29,22	74	30,32	42	27,45	
Religião							0,001
Católica	273	68,77	170	69,67	103	67,32	
Evangélica	81	20,40	48	19,67	33	21,57	
Espírita	11	2,77	-	-	11	7,19	
Ateia	5	1,26	3	1,23	2	1,31	
Outras	27	6,80	23	9,43	4	2,61	
Escolaridade							0,001
Nenhuma	1	0,25	-	-	1	0,65	
Ensino fundamental incompleto	32	8,06	19	7,79	13	8,50	
Ensino fundamental completo	38	9,57	20	8,20	18	11,76	
Ensino médio incompleto	106	26,70	46	18,85	60	39,22	
Ensino médio completo	116	29,22	74	30,32	42	27,45	
Ensino superior incompleto	68	17,13	62	25,41	6	3,92	
Ensino superior completo	36	9,07	23	9,43	13	8,50	
Estado civil							0,001
Casada	140	35,26	61	25,0	79	51,63	
Solteira	120	30,23	92	37,70	28	18,30	
Solteira (com união estável)	106	26,70	75	30,74	31	20,26	
Divorciada	28	7,05	16	6,56	12	7,85	
Outros	3	0,76	-	-	3	1,96	
Cor/raça							0,002
Branca	239	60,20	155	63,52	84	54,90	
Negra	50	12,59	21	8,61	29	18,96	
Parda	105	26,45	68	27,87	37	24,18	
Indígena	3	0,76	-	-	3	1,96	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Notas: * p-valor < 0,05; – dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento

Foi observada maior frequência de tabagistas e etilistas entre aquelas que relataram DCNT, se comparadas com as que não possuem, sendo a associação dessas variáveis significativa ($p = 0,001$), da mesma forma que a realização de cirurgias e uso de medicações ($p=0,001$).

Na Tabela 3 apresenta os resultados da associação entre faixa etária e a presença de DCNT. Mulheres na faixa etária 31 e 49 anos tiveram quase quatro vezes mais chance de ter doença crônica e aquelas entre 41 e 49 anos, quase dez vezes mais chance.

Tabela 2 – Distribuição de frequências de Índice Massa Corpórea (IMC), comportamentos de risco, realização de cirurgias e uso contínuo de medicamentos em relação às DCNT de seis municípios da 16ª RS ao norte do estado do Paraná. Paraná, Brasil, 2020

Variável	Frequência absoluta		Sem DCNT		Com DCNT		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
IMC							0,001
Abaixo do peso normal	2	0,50	1	0,41	1	0,65	
Peso normal	155	39,04	115	47,13	40	26,14	
Acima do peso	152	38,29	94	38,52	58	37,91	
Obesidade	88	22,17	34	13,94	54	35,30	
Pratica atividade física							0,107
Não	306	77,08	181	74,18	125	81,70	
Sim	91	22,92	63	25,82	28	18,30	
Tabagismo							0,001
Não	324	81,61	214	87,70	110	71,90	
Sim	73	18,39	30	12,30	43	28,10	
Etilismo							0,001
Não	376	94,71	239	97,95	137	89,54	
Sim	21	5,29	5	2,05	16	10,46	
Drogas							1,000
Não	392	98,74	241	98,77	151	98,69	
Sim	5	1,26	3	1,23	2	1,31	
Cirurgias							0,001
Não	268	67,51	187	76,64	81	52,94	
Sim	129	32,49	57	23,36	72	47,06	
Medicações							0,001
Não	238	59,95	208	85,25	30	19,61	
Sim	159	40,05	36	14,75	123	80,39	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: * valor $p=0,05$.

Tabela 3 – Distribuição da população e dos fatores associados às doenças crônicas em mulheres de idade reprodutiva medidos por meio de Regressão Logística, análise múltipla e estimativa de razão de chances de seis municípios da 16ª RS ao norte do estado do Paraná. Paraná, Brasil, 2020

Variável	Doenças crônicas		OR* bruta	IC † (95%)	p-valor‡,§	OR§, ajus- tado	IC** (95%)	p-valor ††
	Não n (%)	Sim n (%)						
Faixa etária								
De 18 a 20 anos	35 (14,34)	6 (3,92)	1	-	-		-	-
De 21 a 30 anos	136 (55,74)	43 (28,10)	1,84	0,77-5,13	0,198	1,33	0,52 – 3,91	0,575
De 31 a 40 anos	63 (25,82)	68 (44,44)	6,3	2,64-17,54	0,001	3,67	1,41 – 10,85	0,011
De 41 a 49 anos	10 (4,10)	36 (23,54)	21	7,34-69,52	0,001	9,7	3,06 – 34,73	0,001
Escolaridade								
Nenhuma	--	1 (0,65)	-	-	-	1	-	-
Ensino fundamental incompleto	19 (7,79)	13 (8,50)	1	-	-	1	-	-
Ensino fundamental completo	20 (8,20)	18 (11,76)	1,32	0,51-3,44	0,572	1,32	0,45 – 4	0,615
Ensino médio incompleto	46 (18,85)	61 (39,23)	1,91	0,86-4,33	0,115	2,7	1,08 – 7,03	0,036
Ensino médio completo	74 (30,33)	42 (27,45)	0,83	0,37-1,88	0,647	1,55	0,61 – 4,07	0,362
Ensino superior incompleto	62 (25,41)	6 (3,92)	0,14	0,04-0,41	0,001	0,45	0,12 – 1,52	0,203
Ensino superior completo	23 (9,42)	13 (8,49)	0,83	0,31-2,21	0,702	2,05	0,65 – 6,61	0,22

Tabela 3 – Cont.

Variável	Doenças crônicas		OR* bruta	IC † (95%)	p-valor‡,	OR§, ajus- tado	IC** (95%)	p-valor ††
	Não n (%)	Sim n (%)						
Obesidade								
Não	210 (86,05)	99 (64,71)	1	-	-	1	-	-
Sim	34 (13,95)	54 (35,29)	3,37	2,07-5,55	0,001	2,25	1,28 – 4,01	0,005
Pratica atividade física								
Não	181 (74,18)	125 (81,70)	1	-	-	1	-	-
Sim	63 (25,82)	28 (18,30)	0,64	0,39-1,05	0,084	0,68	0,38 – 1,19	0,181
Tabagismo								
Não	214 (87,70)	110 (71,90)	1	-	-	1	-	-
Sim	30 (12,30)	43 (28,10)	3,47	2.2-6,14	0,001	2,23	1,19-4,29	0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.
Notas: ‡p-valor < 0,05; *OR= Odds Ratio Bruta; †IC= Intervalo de confiança; §Odds Ratio Ajustada; †† p-valor, – Não foi possível estimar IC e p-valor

É importante ressaltar que as mulheres com ensino superior incompleto apresentam 14% das chances de desenvolver doenças crônicas em comparação com aquelas que possuem ensino fundamental incompleto (OR bruto=0,14; $p=0,001$). Essa disparidade persiste mesmo quando consideramos o ensino médio incompleto, pois as chances revelaram-se significativamente superior para as mulheres com essa característica em comparação com suas respectivas bases de comparação.

Por sua vez, as mulheres obesas ($p=0,005$) e tabagistas ($p=0,001$) apresentaram duas vezes mais chance de ter DCNT (Tabela 3).

■ DISCUSSÃO

No presente estudo, a faixa etária, o nível de escolaridade, a obesidade e o tabagismo foram fatores associados às DCNT em mulheres de idade reprodutiva. Embora, as mulheres sejam as que mais procuram os serviços da APS⁽¹⁰⁾, observa-se, ainda, o enfoque assistencial predominantemente curativo, com cuidados conduzidos para as queixas clínicas e a saúde reprodutiva⁽¹¹⁾.

Em relação à faixa etária, identificou-se, no presente estudo, associação estatística com a ocorrência de DCNT, resultado que corrobora com os achados de estudo realizado na Índia com mulheres em idade reprodutiva, que apontou maior prevalência de DCNT, em mulheres na faixa etária de 40 a 44 anos (27,38%) e de 45 a 49 anos (31,18%)⁽¹²⁾. Embora, seja um fator não modificável, a faixa etária deve ser considerada no planejamento das ações de rastreio, de promoção do autocuidado e de estímulo às mudanças de hábitos de vida⁽¹³⁾. Desse modo, considerando que a maioria das mulheres, nessa faixa etária, é economicamente ativa, as ações necessitam ser desenvolvidas em espaços coletivos em horários e dias alternados (inclusive final de semana e feriados).

O nível de escolaridade é outro fator que deve ser considerado nas ações de educação em saúde e estímulo ao autocuidado. Isso porque, o baixo nível de escolaridade influencia diretamente no desempenho com os cuidados de saúde⁽¹⁴⁾. Assim, as ações devem ser adaptadas de acordo com as especificidades do público, a fim de produzir resultados efetivos.

Por sua vez, o tabagismo é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares, de modo que o hábito do tabaco permanece sendo líder global entre as consequências de mortes evitáveis. Segundo dados do Vigitel 2021, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais, no Brasil, é de 9,1%, sendo 11,8 % entre homens e 6,7 % entre mulheres⁽¹⁵⁾. No presente estudo, a

prevalência foi de 18,39%, valor aproximado da prevalência identificada em um estudo realizado com 415 mulheres no estado do Paraná (14,77%)⁽¹⁶⁾.

No Brasil, as secretarias estaduais de saúde possuem coordenações do Programa de Controle do Tabagismo com tratamento para usuários que desejam abandonar o vício. As ações são descentralizadas para os municípios atuando de forma integrada na APS através da ESF⁽¹⁷⁾. Contudo, alguns serviços não conseguem ofertar o tratamento integral, pois inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva, e ainda há carência de profissionais capacitados para o acolhimento, acompanhamento durante o tratamento e avaliação contínua direcionada às recaídas⁽¹⁷⁾.

No que tange ao IMC das participantes do presente estudo, mais de 60% estavam acima do peso ou em algum grau de obesidade. Estudo realizado na Índia apontou aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no período de 2005-2021, especialmente em mulheres, com níveis educacionais mais baixos e com *diabetes* e apontou a necessidade de estratégias e políticas específicas baseadas nos determinantes para o enfrentamento do sobrepeso/obesidade⁽⁴⁾. Do mesmo modo, estudo epidemiológico realizado com 2.018 mulheres em idade reprodutiva, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, constatou que 61% das mulheres apresentaram sobrepeso ou obesidade⁽¹³⁾.

O sobrepeso e a obesidade têm importantes impactos na saúde da mulher. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é considerada uma doença crônica e fator de risco para outras doenças⁽²⁾. As mulheres obesas em idade reprodutiva possuem maior risco de *diabetes* gestacional, aborto, hipertensão, tromboembolismo venoso, interrupção da gravidez por cesariana, sangramento pós-parto e infecções⁽¹³⁾. Do mesmo modo, o climatério é uma fase do ciclo de vida acompanhada por problemas metabólicos que quando associado à obesidade, aumenta os fatores de risco de mortalidade⁽¹⁸⁾. Frente a isso, torna-se premente a verificação e o acompanhamento do IMC na rotina dos profissionais no cuidado à saúde da mulher.

Ainda com menor prevalência, 20,15% das participantes deste estudo relataram ter diagnóstico de outras doenças crônicas como hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatias, câncer e outras. Além disso, 40,5% dessas mulheres relataram uso contínuo de medicamentos para tratamento de doenças, entre as quais estão associados com mulheres que relataram diagnóstico de DCNT. Estes resultados corroboram com os achados de um estudo realizado em um hospital oncológico de Minas Gerais com 210 mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama, que constatou que 60,0% (126) das mulheres possuíam uma doença crônica preexistente⁽¹⁹⁾.

Outro estudo transversal que envolveu 5.323 mulheres, realizado no Hospital Geral da Tianjin Medical University na China, identificou que mulheres no final da idade reprodutiva têm chances elevadas para doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, hipercolesterolemia e hipertensão, além dos riscos com sobrepeso e obesidade⁽²⁰⁾. Analisando a prevalência de doenças crônicas e o tratamento medicamentoso entre mulheres em idade reprodutiva neste estudo, é importante considerar que são mulheres jovens e passíveis de prevenção de doenças e promoção à saúde por meio dos serviços que são ofertados pela APS.

Também foi constatada, neste estudo, a prevalência de 77,08% de sedentarismo na população total de mulheres em idade reprodutiva, e a prevalência foi ainda maior (81,8%) naquelas que relataram diagnóstico de doença crônica.

O sedentarismo está associado a desfechos negativos na população saudável bem como em indivíduos com DCNT. A prática de atividade física contribui com a prevenção de doenças crônicas, com a redução dos fatores de risco, prevenção de complicações de doenças já instaladas, além de contribuir para o bem-estar físico e psicológico⁽²¹⁾.

Considerando a demanda de atendimentos, a integralidade do cuidado à saúde da mulher em idade reprodutiva e mediante a ampliação dos serviços da APS, ainda há muitos desafios relacionados ao enfrentamento das mudanças advindas no perfil social, demográfico e de morbimortalidade nesta população⁽²⁾.

É importante ressaltar que as políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher visam o atendimento em todos os ciclos de vida, porém, na prática, a integralidade da assistência ainda não é efetivamente considerada, ponderando que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher em diferentes áreas específicas como a prevenção de doenças, o climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional^(4,6).

Assim, discute-se a importância de ponderar o desempenho da APS como eixo para propostas político-governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde no Brasil, cogitando o perfil de diferentes populações como mulheres de idade reprodutiva.

Acredita-se que o fato de os dados serem autorrelatados e provenientes de seis municípios de uma regional de saúde, localizada ao norte do estado do Paraná, pode constituir uma limitação do estudo. Contudo, os resultados encontrados oferecem subsídios para o planejamento de ações de rastreio de DCNT em mulheres de idade fértil, que podem ser desenvolvidas por meio da avaliação dos fatores de risco em locais estratégicos e com o apoio e divulgação das mídias sociais e representantes da própria comunidade.

Ademais, qualquer contato dos membros da equipe de saúde com mulheres em idade reprodutiva, em especial aquelas com maior risco, deve constituir oportunidade de educação em saúde e conscientização quanto a necessidade de acompanhamento periódico da condição de saúde, da autoavaliação dos comportamentos e hábitos de vida e a adoção de ações de autocuidado.

■ CONCLUSÃO

A prevalência de doenças crônicas entre mulheres em idade reprodutiva foi de 38,53% e os fatores associados foram a faixa etária de 31 a 40 anos, o nível de escolaridade, a obesidade e o tabagismo.

Os resultados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas à mudança no estilo e hábitos de vida ainda na infância e adolescência, com enfoque no autocuidado, a fim de refletirem na redução de comportamentos de risco na vida adulta.

É evidente a necessidade de abordagens integradas na APS para enfrentar desafios relacionados às mudanças no perfil de morbimortalidade nessa população, especialmente em meio a exposições crescentes a fatores de risco. Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a atenção integral à saúde da mulher, os resultados oferecem subsídios para repensar as estratégias utilizadas, em especial no que tange a necessidade de envolvimento intersetorial com enfoque na promoção da saúde e prevenção das DCNT.

■ REFERÊNCIAS

1. Bernal RTI, Felisbino-Mendes MS, Carvalho QH, Pell J, Dundas R, Leyland A, et al. Indicators of chronic non communicable diseases in women of reproductive age that are beneficiaries and non-beneficiaries of Bolsa Família. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 02):e190012. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190012.supl.2>
2. Almalki ZS, Imam MT, Abou Chahin NF, ALSammak NS, Entabli SM, Alhammad SK, et al. access and disparities in the use of telemedicine among patients with chronic conditions in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:3789-98. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S433653>
3. Melo SPSC, Cesse EAP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBL, Malaquias Filho B. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Cien Saúde Colet*. 2019;24(8):3159-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>
4. Singh A, Let S, Tiwari S, Chakrabarty M. Spatiotemporal variations and determinants of overweight/obesity among women of reproductive age in urban India during 2005–2021. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1933. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16842-x>
5. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(suppl 1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres — SPM. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM) [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 set 10]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf
7. Souto K, Moreira RM. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate*. 2021;45(130):832-46. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>
8. Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl 2):83-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-54972015000600088>
9. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle income countries. *J Global Health*. 2018;8(2):020409. doi: <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020409>
10. Szwarcwald CL, Stopa SR, Damacena GN, Almeida WS, Souza Junior PRB, Vieira MLFP, et al. Changes in the pattern of health services use in Brazil between 2013 and 2019. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(1):2515-28. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43482020>
11. Ekezie W, Hopwood E, Czynikowska B, Weidman S, Mackintosh N, Curtis F. Perinatal health outcomes of women from Gypsy, Roma and traveller communities: a systematic review. *Midwifery*. 2024;129:103910. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103910>
12. Puri P, Kothavale A, Singh SK, Pati S. Burden and determinants of multimorbidity among women in reproductive age group: a cross-sectional study based in India. *Wellcome Open Res*. 2021;5:275. doi: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16398.1>
13. Gonçalves DF, Teixeira MTB, Silva GA, Duque KCD, Machado MLSM, Ribeiro LC. Reproductive factors associated with overweight in adult women attended by the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(8):3009-16. doi: <https://doi.org/10.1590/141381232020258.30642018>
14. Moura NS, Lopes BB, Teixeira JJD, Oriá MOB, Vieira NFC, Guedes MVC. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):734-40. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigilante Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2023 nov 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilante/vigilante-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>
16. Dalla Costa L, Grillo LP, Perondi AR, Lacerda LLV, Jurcevic JD, Zanchetta DG. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em uma população feminina assistida pela estratégia saúde da família no Sudoeste do Paraná. *Espaç Saúde*. 2015 [citado 2020 ago 15];16(4):29-40. Disponível em: <https://espacosasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosasaude/article/view/381/6>
17. Scarinci IC, Kienen N, Wiltenburg TD, Bittencourt L, Pearson SD. Efficacy of a gender-relevant smoking cessation intervention among women in Brazil: findings from a group randomized controlled trial. *J Womens Health*. 2022;31(11):160-29. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0443>
18. Pimenta WC, Rocha JSB, Caldeira AP, Popoff DAV, Santos VM, Souza JEM, et al. Abdominal obesity and association with sociodemographic, behavioral and clinical data in climatic women assisted in primary care. *Plos One*. 2020;15(8):e0237336. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237336>
19. Andrade JV, Souza JCM, Bonifácio RG, Bressan VR, Resck ZMR, Nogueira DA, et al. Características sociodemográficas, hábitos de vida, doenças crônicas e aspectos do tratamento do Câncer de Mama em mulheres: estudo transversal. *CLCS*. 2023;16(11):25688-711. doi: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-055>
20. Kumar S, Kotur P. Occurrence of hypothyroidism and its correlation with reproductive health problems: a cross sectional study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2019;8(5):2076-82. doi: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20191970>
21. Gavillán-Carrera B, Delgado-Fernández M, Sierra-Nieto E, Acosta-Manzano P, Borges-Cosic M, Soriano-Maldonado A, et al. Sedentary time is associated with depressive symptoms and state anxiety in women with fibromyalgia. Could physical activity and fitness modify this association? The al-andalus project. *Disabil Rehabil*. 2023;45(20):3003-11. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2122602>

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Débora Cristina Martins, Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Análise formal: Débora Cristina Martins, Elen Ferraz Teston, Carlos Alexandre Molena Fernandes, Michele de Paula Pavan, Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro.

Conceituação: Débora Cristina Martins, Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Curadoria de dados: Débora Cristina Martins, Elen Ferraz Teston, Carlos Alexandre Molena Fernandes, Giordana Maronezzi da Silva.

Escrita – rascunho original: Débora Cristina Martins, Giordana Maronezzi da Silva, Elen Ferraz Teston, Carlos Alexandre Molena Fernandes, Michele de Paula Pavan, Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro.

Escrita – revisão e edição: Debora Cristina Martins, Elen Ferraz Teston, Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Metodologia: Débora Cristina Martins, Elen Ferraz Teston, Carlos Alexandre Molena Fernandes, Giordana Maronezzi da Silva.

Supervisão: Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Débora Cristina Martins

E-mail: martinsdebora344@gmail.com

Recebido: 11.08.2023

Aprovado: 24.01.2024

Editor associado:

Adriana Aparecida Paz

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira