

ARTIGO CIENTÍFICO

Fatores preditivos às doenças cardiovasculares em mulheres do município de Jataí, Goiás

Predictive factors for cardiovascular diseases in women from the city of Jataí, Goiás states

Célia Scapin Duarte

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, docente na Universidade Federal de Goiás-UFG, cscapin@terra.com.br

Maria Alves Barbosa

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente na Universidade Federal de Goiás-UFG, maria.malves@gmail.com

Ana Paula Lopes Lima

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, mestranda na Universidade Federal de Goiás-UFG Regional Jataí, apaulallima@yahoo.com.br

Ana Cláudia Jaime de Paiva

Enfermeira, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, doutoranda na Universidade Federal de Goiás-UFG, anajaimapaiva@hotmail.com

Silvio Severo dos Passos

Enfermeiro, Especialista, Universidade São Camilo de Porto Alegre, RS., silviosdp@hotmail.com

Rodrigo Paschoal Prado

Fisioterapeuta, Doutor em Ciências Médicas, Diretor da Unidade Especial Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Goiás-UFG Regional Jataí, paschoalrp@hotmail.com

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar as doenças prevalentes e correlacionar fatores preditivos às Doenças Cardiovasculares (DCVs) em mulheres maiores de 18 anos residentes em Jataí-Goiás-Brasil. Trata-se de um estudo transversal, descritivo quantitativo, realizado no ano de 2015 com avaliação de 255 mulheres integrantes de duas unidades Estratégicas de Saúde da Família. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário com perguntas de respostas fechadas, cujos resultados foram analisados pelo Programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0. Os resultados mostram que as alterações nos níveis pressóricos encontradas neste estudo estão correlacionadas à obesidade acentuada, medidas antropométricas e Índice de Massa Corporal (IMC) acima dos níveis normais. Os fatores de risco para as DCVs prevalentes foram etilismo, inatividade física, jornada de trabalho extensa e tabagismo. Estes dados reforçam a importância da implementação de ações preventivas a serem adotadas pelas equipes multiprofissionais de saúde na cidade de Jataí, pois os hábitos de vida praticados pelas participantes contribuem para o aumento dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCVs).

Palavras-chave: Fatores de risco. Saúde da Mulher. Prevenção de doenças.

Abstract: This study aimed to identify prevalent diseases and to correlate predictive factors to cardiovascular diseases (CVDs) in women older than 18 years of age living in Jataí-Goiás-Brazil. This is a cross-sectional, quantitative descriptive study carried out in the year 2015 with the evaluation of 255 women members of two Strategic Family Health Units. The research instrument used was a questionnaire with closed answer questions, whose results were analyzed by the SPSS Program - *Statistical Package for the Social Sciences*, version 17.0. The results show that changes in pressure levels found in this study correlate with marked obesity, anthropometric measurements and Body Mass Index (BMI) above normal levels. The risk factors for prevalent CVD were alcoholism, physical inactivity, extensive work hours and smoking. These data reinforce the importance of the implementation of preventive actions to be adopted by multiprofessional health teams in the city of Jataí, since the life habits practiced by the participants contribute to the increase of modifiable risk factors for cardiovascular diseases (CVDs).

Key words: Risk factors. Women's Health. Prevention of diseases.

Recebido em 07/03/2016

Aprovado em: 07/05/2016



INTRODUÇÃO

As Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) têm se destacado nos índices de morbidade e taxas de mortalidade, sendo as Doenças Cardiovasculares (DCVs) as que estão relacionadas com a maioria dos óbitos em todo o mundo (MONEGO; JARDIM, 2006). Nas mulheres esse risco se apresenta em torno dos 50 anos de idade, período de alterações hormonais que modificam a distribuição da gordura corporal, acentuando-se mais na região abdominal, um dos indicativos para fatores de riscos cardiovasculares (WENDER et al., 2012).

As DCVs acontecem por fatores de risco atribuídos ao estilo de vida das pessoas, sendo, no entanto, factível de serem evitadas com participação da pessoa na mudança do seu estilo de vida e com ações de promoção da saúde na Atenção Básica, tendo o apoio dos serviços de saúde devido à acessibilidade dos usuários às equipes multiprofissionais pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

São fundamentais as ações que envolvam os fatores de risco modificáveis como: tabagismo, etilismo, estresse, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia. Estas ações são primordiais para se evitar DCVs e possíveis de serem realizadas, envolvendo o incentivo à alimentação saudável, a prática de atividade física diária, o controle da pressão arterial e glicemia, a redução do Índice de Massa Corporal (IMC) e da Circunferência Abdominal (CA). Entre as DCVs prevalentes encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que tem acometido um maior número de mulheres. Essas, tiveram aumento de 6% em relação aos homens entre 2006 a 2011 (BRASIL, 2013). É importante salientar que à medida que a idade avança, os índices se elevam em até 50%, a partir da quinta década de vida (FERNANDES et al., 2008).

No Brasil, a mortalidade por hipertensão na população de mulheres em uma década teve aumento de 25% (WHO, 2013). O acesso da mulher ao mercado de trabalho, geralmente com dupla jornada tem contribuído para a exposição às DCNT, em especial as DCVs, tendo como fatores: alterações hormonais, a elevação do nível de estresse, consumo inadequado de alimentos e a não adoção de estilo de vida saudável. Requer-se atenção das políticas públicas em relação à categoria feminina.

Frente ao exposto, a pesquisa objetivou-se identificar as doenças prevalentes e correlacionar com os fatores preditivos às doenças cardiovasculares, em mulheres maiores de 18 anos, residentes no município de Jataí no Estado de Goiás.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família, na cidade de Jataí, município do interior de Goiás. A unidade possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atendendo um contingente de 4618 pessoas, das quais 1235 eram mulheres com idades acima de 18 anos. A partir do universo de mulheres foi calculada a amostra, considerando, grau de confiança de 95%, erro de 5% com desvio padrão de 57, resultou uma amostra de 255 mulheres sujeitos da pesquisa. A escolha da amostra foi aleatória.

O instrumento aplicado foi um questionário baseado nas principais variáveis de risco para doenças cardiovasculares, com perguntas de resposta fechada e a coleta foi realizada no período entre abril e maio de 2015. Contendo variáveis demográficas: idade, nacionalidade, estado civil, número de filhos e grau de instrução. Socioeconômicas: trabalho no lar, fora do lar carteira assinada, horário do trabalho, periodicidade e remuneração familiar e variáveis comportamentais que se reportaram aos hábitos de fumar, uso do álcool, cuidados com a saúde, atividade física regular, presença de obesidade, diabetes mellitus e medidas da pressão arterial diastólica e sistólica.

Como critérios de inclusão da pesquisa foram adotados mulheres acima de 18 anos, cadastradas em uma das duas unidades de ESF e que concordassem em participar do estudo. Em uma sala reservada, foi explicada a finalidade da pesquisa, aplicado o questionário e os procedimentos da coleta. As mulheres que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os procedimentos para avaliação da Pressão Arterial (PA) seguiram as orientações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (ANDRADE et al., 2002). A PA foi aferida em dois momentos com intervalo de cinco minutos entre eles, sendo aceita a última medida.

Foram consideradas hipertensas as mulheres com pressão sistólica ≥ 140 mmHg e pressão diastólica ≥ 90 mmHg. Para a avaliação do peso das pesquisadas foi utilizada uma balança digital com capacidade máxima de 180 kg e precisão de 100 g. Na tomada das informações foram observadas as normas estabelecidas para medidas antropométricas: pés descalços em posição ortostática, braços estendidos ao longo do corpo e vestimentas leves (ANDRADE et al., 2002). O Estadiômetro da marca SECA, modelo 206, com precisão de 0,1 cm foi usado para avaliação da estatura. Os valores de IMC foram classificados em $\text{IMC} \leq 24,9 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso normal); IMC de 25-29,9 kg/m^2 (sobrepeso) e $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidade). Para obtenção da medida da cintura abdominal (CA), foi utilizada fita métrica inextensível, com a entrevistada em pé, ereta e com os braços estendidos ao longo do corpo, usando roupas leves. A CA foi medida no plano horizontal no ponto médio entre a crista ilíaca lateral e a última costela. As medidas da CA, foram classificadas em normal e aumentada de acordo com os valores ≤ 88 cm normal para as mulheres, e aumentada > 88 cm.

Os dados foram estruturados e analisados com a utilização do Programa *Statiscal Package For Social Science*, versão 17.0. Na análise da força de relação entre as variáveis utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson (r), que varia de -1 a 1, com $r = 0,10$ até 0,30 (fraca); $r = 0,40$ até 0,60 (moderada); de $r = 0,70$ até 1 (forte).

A pesquisa foi autorizada, mediante protocolo nº 982.559 aprovada pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da UFG, com fundamento na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

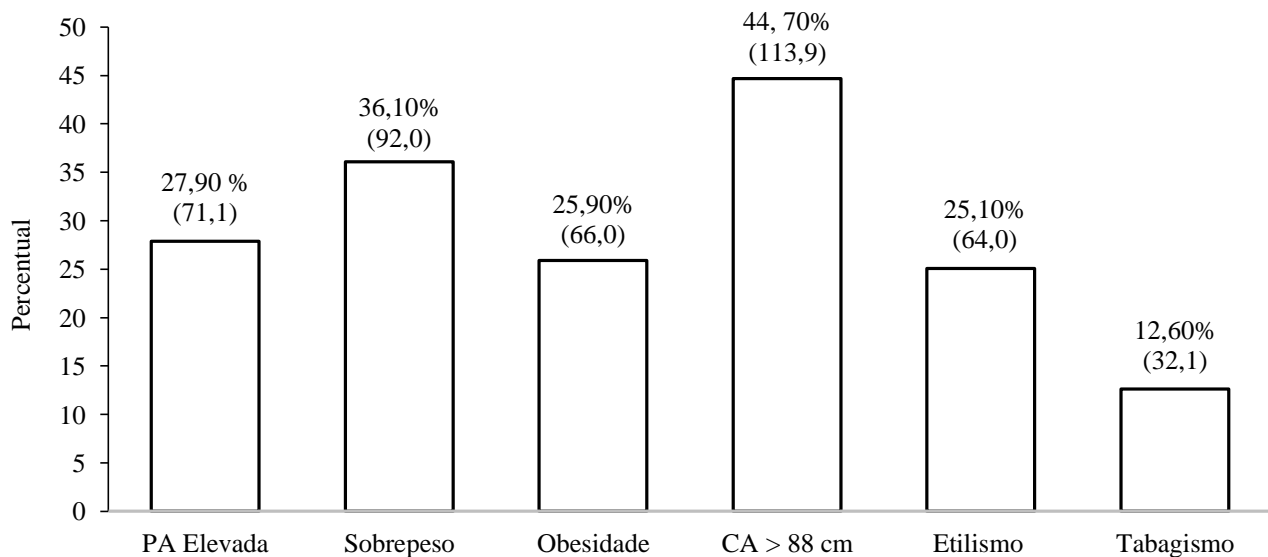
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 255 mulheres com idades que variaram entre 18 e 88 anos, média $42 \pm 15,53$. Referente à situação conjugal 53,3% declararam-se casadas, 25,5% solteiras, e as que informaram outro tipo de estado civil 21,2%. Em relação a filhos: 91% tinham filhos e 60% deles eram menores de 18 anos. As participantes têm baixo grau de instrução com menos de cinco anos de estudo. Conforme os dados obtidos, o ensino fundamental incompleto tem maior frequência com 43,1% e apenas 5,9% completaram este nível. Frequentaram o ensino médio 42,0% e o terceiro grau completo 9,0%. Quanto à

classe social das investigadas, pertenciam a classe D 88,2%, com renda de 1 a 3 salários mínimos, tendo como base o salário de 2014 (R\$750,00). Da totalidade das mulheres, apenas 27,1% praticavam atividade física. A prevalência de hipertensão, obesidade, sobrepeso e a circunferência abdominal $> 88\text{cm}$, combinados com o hábito de fazer uso de bebida alcoólica rotineiramente, fumar mais de 10 cigarros ao dia, são fatores que contribuem para as Doenças Cardiovasculares (DCVs).

A figura 1 apresenta o comportamento dos principais fatores de risco identificados no estudo.

Figura 1. Prevalência de fatores de risco na população de mulheres com idade acima de 18 anos, moradoras de Jataí, Goiás, Brasil.



Na Tabela 1, as mulheres foram classificadas em classes pela média simples dos valores obtidos.

Observa-se as correlações entre variáveis do estudo, tendo como a primeira abordagem a relação entre idades (anos) das mulheres e a Pressão Arterial Sistólica (PAS), quando se observa idades entre 18 e 47 anos, e PAS de 80 a 140 mmHg com maior prevalência na população do estudo 63,1%. ($r=0,27$; $p=0,001$). Na relação da Circunferência Abdominal (CA) e PAS, destaca-se a CA de 45 a 85 cm e PAS de 80 a 140 mmHg, incidindo sobre 86,7% das investigadas ($r=0,28$; $p=0,001$). Quanto aos cigarros fumados ao dia e PAS, de 1 a 10 cigarros/dia, a PAS se comportou entre 80 a 140 mmHg em 38,7% das mulheres investigadas. À medida que a quantidade de cigarros aumentou, o mesmo ocorreu proporcionalmente com a PAS. Houve correlação ($r=0,90$; $p \leq 0,025$). Em relação à variável peso em quilos (kg) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), pesos entre 39 a 73,5kg, a PAD se

manteve entre 40 a 79 mmHg em 70,2% das mulheres do estudo, houve correlação ($r=0,31$; $p \leq 0,0001$).

A Circunferência Abdominal (CA) e PAD se mantiveram entre 40 a 79 mmHg, representando 56,1% das mulheres investigadas. Houve correlação ($r=0,38$; $p \leq 0,0001$). Observa-se, quando o aumento passou de 110 a 138 cm na CA a PAD teve aumento de 105 a 131, em 40,8%, das participantes. Quanto ao número de cigarros fumados ao dia e PAD, de 1 a 10 cigarros a PAD foi de 40 a 79 mmHg, e apenas 17,7% das mulheres do estudo se enquadraram neste percentual. Entretanto, de 20 a 30 cigarros, a PAD foi de 105 a 131 mmHg, atingindo 50% das mulheres, o que indica que as mulheres do estudo estão fumando demasiadamente. Nesta relação ($r=0,527$; $p=0,003$). Quanto ao peso de 39 a 73,5 kg, e CA de 45 a 85 cm, 70,2%, das mulheres se enquadraram neste grupo. Houve correlação de ($r=0,84$; $p=0,001$).

Tabela 1. Correlação entre variáveis na determinação de Doenças Cardiovasculares em Mulheres acima de 18 anos, Jataí Goiás, Brasil.

Variáveis			n (%)	p-valor
Idades/Anos		Pressão Arterial Sistólica(PAS)		255(100)
18 47	80 140		159(63,1)	p≤0,001
47 67	140 180		76(30,6)	
67 89	180 220		20(6,3)	
Circunferência Abdominal (CA)		Pressão Arterial Sistólica(PAS)		255(100)
45 85	80 140		221(86,7)	p=0,001
85 110	140 180		31 (12,2)	
110 138	180 220		3 (1,1)	
Circunferência Abdominal (CA)		Pressão Arterial Diastólica(PAD)		255(100)
45 85	40 79		143(56,1)	p≤0,001
85 110	79 105		8(3,1)	
110 138	05 131		104(40,8)	
Cigarros fumados ao dia		Pressão Arterial Sistólica(PAS)		255(100)
01 10	80 140		24(38,7)	p≤0,025
10 20	140 180		7(11,3)	
20 30	180 220		31(50,0)	
Cigarros fumado ao dia		Pressão Arterial Diastólica-(PAD)		255(100)
01 10	40 79		11(17,7)	p=0,001
10 20	79 105		20(32,3)	
20 30	105 131		31(50,0)	
Peso em kg		Pressão Arterial Diastólica (PAD)		255(100)
39 73,5	40 79		179(70,2)	
73,5 96,5	79 105		59(23,1)	
Peso em kg		Circunferência Abdominal (CA)		255(100)
39 73,5	45 85		179(70,2)	p=0,001
73,5 96,5	85 110		59(23,1)	
96,5 121	110 138		17(6,7)	

O estudo evidenciou a prevalência de variáveis que predisõem aos fatores de risco e correlações para Doenças Cardiovasculares (DCVs), nas mulheres investigadas. A elevação da Pressão Arterial (PA), presente em 27,9% das mulheres, mostra dados preocupantes visto serem jovens. O predomínio de sobrepeso e obesidade em 75,1% são fatores de risco para DCVs, associados à ingestão de bebida alcoólica e o hábito de fumar (Figura 1).

A redução da obesidade, do tabagismo, do consumo de sódio, do álcool e o aumento da ingestão de frutas e hortaliças, tornou-se amplamente divulgada em outras pesquisas, como efeitos benéficos na condição da saúde (MONEGO; JARDIM, 2006).

Destaque-se a responsabilização pelo autocuidado por parte da amostra em relação à saúde. A correlação das idades com a PAS, apresentou intensidade fraca ($r=0,27$), entretanto, 63,1% das mulheres tiveram PAS entre 80 a 140 mmHg, limítrofes para as idades entre 18 a 47 anos, alertando-as à exposição aos fatores de risco às DCVs, cada vez mais jovens. Pesquisas mostram que os índices de óbitos por DCVs entre mulheres são bem maiores (53,0%) quando comparados aos do câncer de mama (4,0%) (FUCHS, 2013).

A mensuração da CA de 85 a 138 cm representou 34,0% das mulheres que tiveram PAS entre 140 e 220 mmHg (Tabela 1). Estudos verificaram que há risco atribuível na presença de cardiopatia isquêmica, quando a PAS ficar acima de 115mmHg. O risco chega de 49 a 62,0% no desenvolvimento de doenças cerebrovasculares (FUCHS, 2013). Verificou-se a correlação de intensidade

entre a quantidade de cigarros fumados ao dia e a PAS nas mulheres da pesquisa, demonstrando o risco de exposição às DCVs, notadamente quando 50,0% fumaram de 20 a 30 cigarros por dia, com valores de PAS 180 a 220mmHg. Houve evidência de correlação forte ($r=0,85$) entre o peso em quilos das investigadas neste estudo e CA, pois 29, 8% tiveram peso entre 73,5 a 121kg, e a CA de 45 a 138 cm (Tabela 1). O aumento do peso e da CA foram evidenciados como preditores às DCVs em outros estudos, que descrevem ainda, que o estilo de vida praticado por elas e a condição socioeconômica aumentam as chances para a doença, para as que tem faixa etária abaixo dos 50 anos de idade (SARE et al., 2008).

Medidas preventivas na redução dos riscos para DCVs devem ser implementadas com ações intersetoriais nos serviços de saúde na Atenção Básica. Pesquisas demonstraram que a prevalência para as DCVs na população adulta varia de 18% a 60% e estão associadas a fatores genéticos, sobrepeso e em hipertensas não tratadas (ALVES; AERTS, 2011). A medida da CA neste estudo, apresentou valores acima dos limites para mulheres, com valores ≤ 88 cm, representando 55,3% e > 88 cm, representando 44,7%, (Tabela 1). Neste estudo houve correlação moderada ($r=0,52$) entre a quantidade de cigarros fumados ao dia e o nível de PAD, predispondo as mulheres a neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Estudos sinalizam sobre a influência negativa na economia ocasionada pelo tabagismo, como custos elevados com assistência à saúde, na perda de produtividade pela morbidade e por morte prematura (CARVALHO et al., 2011). O tabagismo e o aumento da

PA evidenciam as mulheres à maior exposição às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

No ano de 2012, 80% dos óbitos ocorridos com mulheres teve como causa pelo menos uma DCNT (DUNCAN et al., 2012). As DCNT e as Doenças cardiovasculares (DCVs), são as principais causas de óbitos no Brasil, entre elas: doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, hipertensivas e insuficiência cardíaca (BRASIL, 2013). As DCVs acometeram indivíduos de menor poder socioeconômico, menor nível de instrução e em pessoas cada vez mais jovens. Neste estudo, observou-se rendas que variaram de 1 a 3 salários mínimos (SM), de 4 a 8 (SM) e 10 (SM), tendo como base o salário mínimo R\$ 725,00, válido para 2014, sendo 88,2% das mulheres pertencentes à classe social D, 11,1% a C e 0,8% a classe B, na visão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015). Devido ao impacto de óbitos por DCNT, a Organização das Nações Unidas - ONU, em setembro de 2011, fez uma reunião de alto nível, determinando que os governos dessem prioridades às DCNTs. Para o período de 2011 a 2020, o governo brasileiro elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (IBGE, 2015). O Plano, no entanto, foca suas ações em quatro grupos de doenças entre elas as cardiovasculares, tendo como meta em dez anos a redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT (BRASIL, 2011).

A ocorrência média de idade à menopausa é de 50 anos, neste período a distribuição da gordura corporal muda conforme o avanço da idade. A partir da perimenopausa, a gordura se redistribui na região abdominal, aumentando o risco cardiovascular. Neste estudo as mulheres apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) de $\leq 29,9 \text{ kgm}^2$ a ≥ 30 , em 62,0% da população. Ações simples devem ser adotadas pelas mulheres, incluindo atividade física na rotina diária, sendo, no entanto, eficaz, 2,5 horas ou 150 minutos numa intensidade moderada. A evidência da inatividade física em 72,9% das mulheres nesta pesquisa é preocupante, porque se houvesse a prática de forma regular, possibilitaria uma melhor qualidade de vida. As mulheres com as alterações hormonais à medida que a idade avança, quando não praticam atividades físicas regulares, acompanhada de alimentação não saudável, são iminentes candidatas às DCVs (WHO, 2010). Estudo realizado em Portugal com 239 mulheres verificou a associação entre a caminhada e/ou atividade física de intensidade moderada e intra-abdominal, evidenciando que a caminhada oferece proteção contra o excesso de gordura intra-abdominal e suas complicações para as doenças metabólicas e cardiovasculares em mulheres pós-menopáusicas (PITANGA et al., 2014).

É notório o quanto é importante as mudanças no estilo de vida, evitando fatores preditivos para doenças cardiovasculares. Mesmo que os programas sejam oferecidos pelos serviços de saúde na Atenção Básica são encontradas dificuldades na adesão pelos usuários. As mulheres da pesquisa frequentam as duas unidades Estratégias de Saúde da Família (ESF) que são unidades completas com equipes multiprofissionais, incluindo o educador físico, entretanto as atividades propostas são frequentadas somente por idosos. Evidentemente, para que se mude essa situação, inovações devem compor as

práticas cotidianas por parte dos profissionais, com uma visão além de grupos específicos, com planejamento baseado em diagnósticos epidemiológicos da população de ambos os sexos.

Das participantes da pesquisa 28,6% ingeriram 20% a mais do máximo permitido de álcool, ou seja, 16,8 unidades de álcool por semana como prática cultural associada às celebrações, eventos sociais, de negócios, cerimônias religiosas e eventos culturais. O clima quente do centro-oeste brasileiro, talvez propicie a ingestão de bebida alcoólica gelada, elas referiram o prazer pela bebida, não somente em eventos sociais, mas nos fins das tardes nos domicílios. O consumo excessivo do álcool está associado à cerca de 3,8% de todas as mortes no planeta, como: cirrose, acidentes, quedas, câncer, intoxicações e homicídios (GAMA et al., 2012). Para coibir o uso do álcool entre os adolescentes e jovens as medidas de proteção devem envolver a família, a escola e a comunidade. Propõe-se a partir da pesquisa medidas protetivas que devam ser implantadas envolvendo as mulheres como estratégia de mudanças no modo de vida delas e dos familiares.

As evidências obtidas pela pesquisa com as mulheres demonstraram que os serviços oferecidos na Atenção Básica, na cidade de Jataí, não estão contemplando a integralidade da assistência. Ações de promoção da saúde são factíveis e de baixo custo. Os profissionais precisam diferenciar conceitos, como por exemplo, saúde de doença, promoção de prevenção, entendendo a complexidade de cada conceito, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), incentivando o trabalho em equipe com planejamento e metas.

CONCLUSÕES

Os hábitos de vida praticados contribuem para o aumento dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCVs). A pressão arterial alterada nos níveis sistólicos e diastólicos acima do normal, correlacionadas com idade, peso, circunferência abdominal >88 cm, tabagismo e inatividade física, refletem nas alterações do perfil dos índices de morbimortalidade das DCNT, em especial às DCVs.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, vol.16, n.1, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Primária, n.36).

- CARVALHO, L. D. P.; DIAS, R. S.; SANTOS, E. A.; PORTELLA, T. R. A.; PESTANA, R. M. S. Educação e cuidado cardiovascular: a importância das atividades de promoção e prevenção. In: Anais do 16º Seminário de Enfermagem em Pesquisa, 2011 jun. 19-22; Campo Grande. Campo Grande: ABEn-Seção-MS; 2011. p. 2316-8.
- DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 22 eds. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- FERNANDES, C. E.; PINHO-NETO, J. S. L.; GEBARA, O. C. E.; SANTOS FILHO, R. D.; PINTO NETO, A. M.; PEREIRA FILHO, A. S.; ATHAYDE, A. V. L.; SPOSITO, A. C.; FERRARI, A. E. M.; ALBERGARIA, B. H.; SILVA, C. R.; ARRUDA, C. G.; STEPHAN, C.; NAHAS, E. P.; PELINI, E. A. J.; ALEXANDRE, E. R. G.; COUTINHO, E. M.; PORTO, E.; LIMA, G. R.; ANDRADE, I. A. L. B.; FERREIRA, J. A. S.; LIMA, J. C.; ALDRIGHI, J. M.; MACHADO, L. V.; AZEVEDO, L. H.; POMPEI, L. M.; BERTOLAMI, M.; STEINER, M. L.; ALBERNAZ, M. A.; SÁ, M. F. S.; WENDER, C. O. M.; MELO, N. R.; SPRITZER, P. M.; STRUFALDI, R.; MACHADO, R. B.; BOSSEMAYER, R. P.; COSTA, R. R.; PEIXOTO, S.; CARVALHO, V. B. 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; 2008; vol.91 n.1 supl.1, p. 1-23.
- FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Duncan B. B.; SCHMITD, M. I.; GIUGLIANI, E. eds. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; p.618, 2013.
- GAMA, G. G. G.; MUSSI, F. C.; PIRES, C. G. S.; GUIMARÃES, A. C. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. Ciênc. saúde coletiva, vol. 17, n. 12, p. 3371-3383, 2012.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Dados econômicos e socioculturais do sudoeste de Goiás-Jataí. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 16 abr 2015.
- MONEGO, E. T.; JARDIM, P. C. B. V. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. Arq. bras. Cardiol., vol. 87, n. 1, julho 2006.
- PITANGA, C. P. S.; PITANGA, F. J. G.; GABRIEL, R. E. C. D., MOREIRA, M. H. R. Associação entre o nível de atividade física e a área de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas. Rev Bras Med Esporte, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 252-254, agosto 2014.
- SARE, G. M.; GRAY, L. J.; BATH, M. W. Association between hormone replacement therapy and subsequent arterial and venous vascular events: a meta-analysis. Eur Heart J. v. 29, n. 16, p. 2031-2041. Aug. 2008.
- ADRADE, J.; BRITO, F. S.; VILAS-BOAS, F.; CASTRO, I.; OLIVEIRA, J. A.; GUIMARÃES, J. I.; STEIN, R. Sociedade Brasileira De Cardiologia. II Diretriz sobre teste ergométrico. Arq Bras Cardiol. v. 78, supl 2, p. 1-16, 2002.
- WENDER, M. C. O.; ACETTA, S. G.; ODERICH, C. L. Climatério. Seção IV Atenção à Saúde da Mulher. Coord. PESSINI, S. A., BASTOS, G. A. N.; GIUGLIANI, C.; Em: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 22 eds. Porto Alegre: Artmed, p. 511-519, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf?ua=1. Acesso em 16 de abr 2015.