



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GIOVANA FRAZON DE ANDRADE

**INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA E POSITIVA
DE SAÚDE E RELAÇÃO COM MUDANÇAS NOS
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
ESTUDO VIGICARDIO (2011-2015)**

Londrina
2018

GIOVANA FRAZON DE ANDRADE

**INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA E POSITIVA
DE SAÚDE E RELAÇÃO COM MUDANÇAS NOS
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE:
ESTUDO VIGICARDIO (2011-2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Andrade, Giovana Frazon de.

INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA E POSITIVA DE SAÚDE E RELAÇÃO COM MUDANÇAS NOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE : ESTUDO VIGICÁRDIO (2011-2015) / Giovana Frazon de Andrade. - Londrina, 2018.
134 f.

Orientador: Mathias Roberto Loch.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Autopercepção de Saúde - Tese. 2. Comportamentos - Tese. I. Loch, Mathias Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

GIOVANA FRAZON DE ANDRADE

**INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA E POSITIVA DE
SAÚDE E RELAÇÃO COM MUDANÇAS NOS COMPORTAMENTOS
DE SAÚDE:
ESTUDO VIGICARDIO (2011-2015)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Cremilde Ap. Trindade Radovanovic
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 28 de fevereiro de 2018.

Dedico este trabalho aos meus pais
João e Rozana, pelo apoio e carinho
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Mathias, por todo ensinamento e paciência nestes dois anos de mestrado.

Aos membros da banca, Ana Maria Rigo e Cremilde Radovanovic, por toda contribuição.

Aos professores, coordenadores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por toda dedicação e competência.

Aos amigos que fiz neste período, em especial a Dannyele e Vanessa, que desde o início desta jornada estiveram ao meu lado.

Aos meus pais João e Rozana, por todo amor e suporte, essenciais em tornar este sonho realidade.

À minha irmã Natália, ao cunhado Fábio e aos sobrinhos Filipa e Algodão, por todo apoio e carinho nos dias difíceis.

Aos amigos de infância Patrícia e Vinny, que mesmo longe, estão sempre presentes e acreditaram em mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos durante o período do mestrado.

ANDRADE, Giovana Frazon de. **Incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde:** estudo Vigicardio (2011-2015). 2018. 134 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Incorporada como medida epidemiológica desde a década de 1950, um dos indicadores do estado geral de saúde mais utilizados na atualidade é a autopercepção de saúde. Considerando que a forma como os indivíduos percebem sua saúde é influenciada por diversos aspectos, investigar estes fatores auxilia a compreensão das classificações positivas e negativas do estado de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar se alterações nos comportamentos relacionados à saúde se associam a incidência de autopercepção positiva e negativa de saúde. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, de base populacional no *baseline* (2011) com seguimento realizado em 2015. Foram entrevistados 883 indivíduos de 40 anos ou mais residentes no município de Cambé-PR. Ambas as coletas de dados foram por meio de visitas domiciliares com aplicação de questionário semiestruturado. A variável dependente foi a autopercepção de saúde, mensurada através da pergunta “Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde? Aqueles que responderam “muito bom” ou “bom” foram considerados com autopercepção positiva de saúde, os que responderam “regular”, “ruim” ou “muito ruim” com autopercepção negativa. As variáveis independentes foram mudanças de alguns comportamentos relacionados à saúde: atividade física no tempo livre (AFTL), consumo de frutas e hortaliças (CFH), consumo abusivo de álcool (CAA) e tabagismo. A análise de dados foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS®, onde se calculou o Risco Relativo (RR) pela regressão de Poisson bruta e ajustada por variáveis sociodemográficas (modelo 1), sociodemográficas e de saúde (modelo 2) e sociodemográficas, de saúde e comportamentais (modelo 3). A incidência de autopercepção negativa de saúde foi de 27,2% e de autopercepção positiva de saúde foi de 27,7%. A incidência de autopercepção negativa de saúde associou-se aos indivíduos que se tornaram inativos (RR=1,74; IC95%1,08–2,80), mantendo-se no modelo 1 (RR=1,65; IC95%1,04-2,62), modelo 2 (RR=1,92; IC95%1,19-3,10) e modelo 3 (RR=1,88; IC95%1,17-3,05), aos que deixaram de consumir regularmente frutas e hortaliças (RR=1,84; IC95%1,16-2,92), mantendo-se no modelo 1 (RR=1,85; IC95%1,14-3,01), modelo 2 (RR=2,03; IC95%1,25-3,30) e modelo 3 (RR=1,95; IC95%1,15-3,28) e aos que deixaram de consumir álcool abusivamente (RR=2,29; IC95%1,03-5,08), mantendo-se no modelo 2 (RR= 2,42; IC95% 1,12-5,25). A incidência de autopercepção positiva de saúde associou-se aos indivíduos que se tornaram ativos (RR= 1,48; IC95% 1,03-2,15), mantendo-se no modelo 2 (RR= 1,47; IC95%1,02-2,13) e aos que deixaram de ser tabagistas no modelo 1 (RR=2,58; IC95%1,16-5,71), modelo 2 (RR=5,78; 2,18-15,36) e modelo 3 (RR=8,37; IC95%2,79-25,09). Os indivíduos que passaram a consumir irregularmente frutas e hortaliças apresentaram menor incidência de autopercepção positiva de saúde no modelo 1 (RR=0,52; IC95%0,29-0,94), modelo 2 (RR=0,54; IC95%0,31-0,97) e modelo 3 (RR=0,29; IC95%0,29-0,90). Conclui-se que as mudanças nos comportamentos relacionados à saúde se associam a mudança na autopercepção de saúde, fato importante que reforça a orientação de possíveis soluções para melhora da saúde e bem-estar dos indivíduos e populações.

Palavras-chave: Autopercepção de Saúde. Comportamentos Saudáveis. Indicadores de Saúde. Estilo de Vida.

ANDRADE, Giovana Frazon de. **Incidence of negative and positive self-perception of health and relation with changes in health behaviors: Vigicardio study (2011-2015)**. 2018. 134 p. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Incorporated as an epidemiological measure since the 1950s, one of the most commonly used indicators of general health status is self-perceived health. Considering that the way individuals perceive their health is influenced by several aspects, investigating these factors helps to understand the positive and negative classifications of health status. The aim of this study was to analyze whether changes in health-related behaviors are associated with the incidence of positive and negative self-perception of health. A prospective population-based cohort study was carried out in the baseline (2011) with follow-up in 2015. We interviewed 883 individuals aged 40 years or more living in the city of Cambé-PR. Both data collections were through home visits with application of semi-structured questionnaire. The dependent variable was the self-perceived health, measured by the question "How do you classify your health status? Those who answered "very good" or "good" were considered with positive self-perception of health, those who answered "regular", "bad" or "very bad" with negative self-perception. The independent variables were changes in some health-related behaviors: physical activity in leisure time (PALT), fruit and vegetable consumption (FVC), abusive alcohol consumption (AAC) and smoking. Data analysis was performed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program, where the Relative Risk (RR) was calculated by gross Poisson regression and adjusted for sociodemographic (model 1), sociodemographic and health variables (model 2) and socio-demographic, health and behavioral (model 3). The incidence of negative self-perception of health was 27.2% and positive self-perception of health was 27.7%. The incidence of negative self-perception of health was associated with individuals who became inactive (RR = 1.74, 95% CI 1.08-2.80), remaining in model 1 (RR = 1.65, 95% CI , Model 2 (RR = 1.92, IC95% 1.19-3.10) and model 3 (RR = 1.88, 95% CI 1.17-3.05), who (RR = 1.84, 95% CI, 1.16-2.92), remaining in model 1 (RR = 1.85, CI 95% 1.14-3.01), model 2 (RR = 2.03, 95% CI 1.25-3.30) and model 3 (RR = 1.95, 95% CI 1.15-3.28) and those who stopped using alcohol abusively (RR = 2 , 29, 95% CI 1.03-5.08), remaining in model 2 (RR = 2.42, 95% CI, 1.12-5.25). The incidence of positive self-perception of health was associated with individuals who became active (RR = 1.48, 95% CI 1.03-2.15), remaining in model 2 (RR = 1.47, 95% CI 1 , 2-2,13) and those who stopped smoking in model 1 (RR = 2.58, IC95% 1.16-5.71), model 2 (RR = 5.78, 2.18-15, 36) and model 3 (RR = 8.37, 95% CI 2.79-25.09). The individuals who started consuming fruits and vegetables showed a lower incidence of positive self-perception of health in model 1 (RR = 0.52, 95% CI 0.29-0.94), model 2 (RR = 0.54, 95% CI, 0.31-0.97) and model 3 (RR = 0.29, 95% CI 0.29-0.90). It is concluded that changes in health-related behaviors are associated with a change in self-perception of health, an important fact that reinforces the orientation of possible solutions to improve the health and well-being of individuals and populations.

Keywords: Self-perception of Health. Healthy Behaviors. Indicators of Health. Lifestyle.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Fatores contextuais na determinação da autopercepção de saúde e a força de associação entre elas de acordo com a espessura da seta18
- Figura 2** – Localização do município de Cambé no estado do Paraná28
- Figura 3** – Fluxograma da população do estudo38

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Resultado da revisão de literatura que relaciona a autopercepção de saúde aos comportamentos relacionados à saúde, realizados no Brasil entre 2007 e 201724
- Quadro 2** – Pontos de corte do estado nutricional (IMC) por faixa etária.....34

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos da amostra no *baseline* (2011), perdas e seguimento (2015).....39
- Tabela 2** – Mudanças na autopercepção de saúde (2011-2015) segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.....41
- Tabela 3** – Incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde segundo mudanças nas variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (2011 - 2015) em população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.....42
- Tabela 4** – Incidência de autopercepção negativa de saúde relacionada à mudanças nas variáveis comportamentais (2011 - 2015) em população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.....45
- Tabela 5** – Incidência de autopercepção positiva de saúde relacionada à mudanças nas variáveis comportamentais (2011 - 2015) em população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
AFTL	Atividade Física no Tempo Livre
BP/E	Baixo Peso / Eutrófico
CAA	Consumo Abusivo de Álcool
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CFH	Consumo Frutas e Hortaliças
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPF	Performance-based Physical Function
RR	Risco Relativo
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP/O	Sobrepeso / Obeso
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA.....	15
2.	BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS	16
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	16
2.2	COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E MORBIMORTALIDADE	19
2.3	RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	21
3.	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	26
4.	MÉTODOS	27
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E PLANO DE AMOSTRAGEM.....	27
4.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	29
4.4	SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ESTREVISTADORES E ESTUDO PILOTO	29
4.5	ABORDAGEM E ENTREVISTA NO DOMICÍLIO	29
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	30
4.6.1	Variável Dependente	30
4.6.2	Variáveis Independentes	31
4.6.3	Variáveis de Ajuste	33
4.7	PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5.	RESULTADOS	38
5.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	38
5.2	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE.....	40
5.3	AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE.....	43

5.4	AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE.....	46
6.	DISCUSSÃO	48
6.1	VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE.....	49
6.2	VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	51
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICES	67
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados de 2011	68
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2011	104
	APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados de 2015.....	105
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2015	128
	ANEXOS	130
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL 2011.....	131
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL 2015.....	132

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um construto multidimensional constituído de vários elementos e condições influenciadoras, variando de acordo com as perspectivas de cada indivíduo, e que se diversificam de acordo com as condições de vida. As razões que intervêm na saúde têm sido amplamente pesquisadas e se distinguem entre sujeitos e comunidades. Deve-se considerar estes fatores quando colocamos em prática estudos que avaliam o estado de saúde da população e para que essa amplitude de variáveis seja detectada, inserem-se neste contexto os indicadores de saúde. (FERRAZ, 1997; FRENCH et al., 2012; MCFADDEN et al., 2008; MEIRELLES, 2015; MOLARIUS; JANSON 2002; OPAS, 2008; SEGRE, 1997).

Incorporada como medida epidemiológica desde a década de 1950, um dos indicadores do estado geral de saúde mais utilizado na atualidade é a autopercepção de saúde (FONSECA, 2010), que tem fácil aplicação e alta validade e confiabilidade (PERES et al., 2010). Alguns estudos apontam a capacidade deste indicador ser preditor de morbimortalidade. De modo geral, verificou-se que indivíduos que avaliam sua saúde de forma negativa apresentam maior risco de mortalidade quando comparadas com aquelas que percebem a sua saúde como muito boa. (FENG et al., 2015; MORENO, HUERTA, ALBALA, 2014; TAMAYO-FONSECA et al, 2013; WAGNER, JEROME, SHORT, 2014).

Ainda que consista em uma única pergunta, a autopercepção de saúde é capaz de contemplar as várias dimensões determinantes em saúde, pois o indivíduo ao respondê-la, considera implicitamente todos os elementos que intervêm nas definições pertencentes ao seu estado de saúde (PERES et al., 2010). Desta forma, mesmo que revele um caráter subjetivo, em função da relativa simplicidade na obtenção, a autopercepção de saúde tem se mostrado um bom preditor de mortalidade e de associação com outros indicadores de saúde, sendo sugerida nos dias de hoje como uma das formas de se obter informações das condições de saúde das pessoas (LIMA-COSTA et al., 2007).

No Brasil, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), entre os indivíduos de 18 anos ou mais residentes nas capitais brasileiras, a prevalência de autopercepção negativa de saúde (ruim e muito ruim) em 2016 foi de 4,4%. Estratificando-se por regiões, o Nordeste foi o que apresentou maior prevalência de autopercepção

negativa de saúde, seguido da região Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, com proporções de 4,9%, 4,4%, 4,0%, 3,8% e 3,7% respectivamente (BRASIL, 2017). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, constatou que 66,1% dos indivíduos de 18 anos ou mais avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, variando entre 56,7%, no Nordeste a 71,5%, no Sudeste (IBGE, 2014).

Considerando-se que os diversos pontos de vista sob os quais os indivíduos avaliam sua saúde são influenciados por um conjunto de variáveis relacionadas às condições de vida e outros aspectos, a investigação destes fatores possibilita a compreensão das classificações positivas e negativas do estado de saúde (SOUZA, 2012).

A autopercepção de saúde tem sido relacionada a aspectos demográficos, sociais e de saúde, demonstrando diferentes situações entre grupos populacionais no Brasil (BELEM et al., 2016; CARDOSO et al., 2014; PAGOTTO; NAKATANI; SIVEIRA, 2011). Nesta relação, aparecem os comportamentos relacionados à saúde, onde diversos estudos encontrados na literatura, grande parte transversais, evidenciaram a existência de relação entre comportamentos de risco (do ponto de vista da saúde) e a presença de autopercepção negativa de saúde (BARROS et al., 2009; BEZERRA et al., 2011; MEIRELLES et al., 2015, PAIXÃO, 2017; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; PERES et al., 2010; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Alguns comportamentos têm sido relacionados aos indicadores de saúde, tanto os de morbidade como os de mortalidade, e são apontados como questões importantes de saúde pública. A inatividade física e o consumo alimentar irregular estão associados a diversos malefícios à saúde, como o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. O consumo abusivo de álcool e o tabagismo tem grande relação com os determinantes socioeconômicos, fatores que geram impacto nas iniquidades sociais em saúde, e são conhecidos como fatores de risco de diversas patologias, como as doenças cardiovasculares e o câncer (WHO, 2008).

Certamente, é essencial que os diversos setores e níveis de saúde elaborem intervenções com vista à melhora do estado geral de saúde dos indivíduos e grupos populacionais (CHOR, 1999; SCHIMIDT et al., 2011). Entre as ações que visam o enfrentamento dos comportamentos de risco, podemos citar a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2011),

intervenções direcionadas às mudanças no estilo de vida, que colaboram com a redução dos fatores de risco para morbimortalidade.

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo buscou uma melhor compreensão da relação entre mudanças nos comportamentos relacionados à saúde e a incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde, que se justifica em implicações científicas e práticas.

➤ Implicações Científicas:

Este possivelmente é o primeiro estudo brasileiro que aborda a mudança da autopercepção de saúde e modificações nos comportamentos relacionados à saúde. Considerando a escassez de pesquisas que abordam este tema de forma longitudinal, entende-se que explorar esta relação irá trazer elementos relevantes no campo da pesquisa científica, produzindo novos conhecimentos.

➤ Implicações Práticas:

Este estudo colabora na identificação das características populacionais relacionadas às mudanças da autopercepção de saúde quanto às alterações nos comportamentos em saúde, trazendo novos olhares à problemática e auxiliando gestores e profissionais de saúde nas ações de melhoria das condições de vida e bem-estar dos indivíduos e populações.

2 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A palavra Indicador, do latim *indicare*, tem como concepção o descobrir, apontar, anunciar, ou seja, é capaz de estimar ou informar o desenvolvimento em direção a uma meta estabelecida, ou também, ser utilizada como recurso para detecção de tendências ou manifestações que não são imediatamente vistas (HAMMOND et al., 1995). Para que seja possível analisar a situação da saúde, realizar a tomada de decisões e planejar ações foram desenvolvidos os indicadores de saúde, medidas que tem o poder de analisar a situação atual de saúde, avaliar mudanças ao longo do tempo e realizar comparações entre outros grupos populacionais (ANDRADE et al., 2017; OPAS, 2008).

Existem diversos tipos de indicadores em saúde, e estes são classificados em subgrupos de acordo com sua temática: demográficos (população total, razão de sexos, taxa bruta de natalidade, etc), socioeconômicos (nível de escolaridade, razão de renda, produto interno bruto (PIB), etc), mortalidade (taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna, taxa de mortalidade por doenças específicas, etc), morbidade/fatores de risco e proteção (Incidência de doenças transmissíveis, prevalência de fumantes atuais, prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, etc), recursos (número de profissionais de saúde por habitante, número de leitos hospitalares, gasto público com saúde *per capita*, etc) e cobertura (cobertura de planos de saúde, cobertura vacinal, etc) (OPAS, 2008).

Dessa maneira, os indicadores são capazes de medir diferentes fatores determinantes em saúde dos indivíduos. Ainda que indicadores como morbidade, mortalidade, entre outros, sejam frequentes na avaliação da situação de saúde da população, um indicador de saúde vem se destacando em pesquisas científicas, sendo amplamente utilizado para análise subjetiva e geral do estado de saúde, que é a autopercepção de saúde (BARON-EPEL; KAPLAN, 2001; FRENCH et al., 2012).

Considera-se como percepção o processo pelo qual o indivíduo, em contato com a realidade, realiza uma “cópia mental” de como entende seu mundo (LOPES; ABIB, 2002). É um processo psicofisiológico no qual o indivíduo interpreta e organiza os estímulos do meio, permitindo identificar objetos e acontecimentos. Segundo Bem (1972), a autopercepção faz parte da consciência pessoal do indivíduo, que se

entende através de suas próprias atitudes, emoções e outros estados internos, observando seu comportamento e as circunstâncias em que ocorre. O ponto da interpretação da autopercepção é que o próprio comportamento do indivíduo será usado por ele como fonte de evidência de seus valores e atitudes. Incluindo este conceito no âmbito da saúde, compreender este tema envolve uma visão multidimensional sobre o assunto, pois diversos fatores podem favorecer ou prejudicar a saúde, desde políticos, sociais, biológicos, psicológicos até comportamentais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO, 2013).

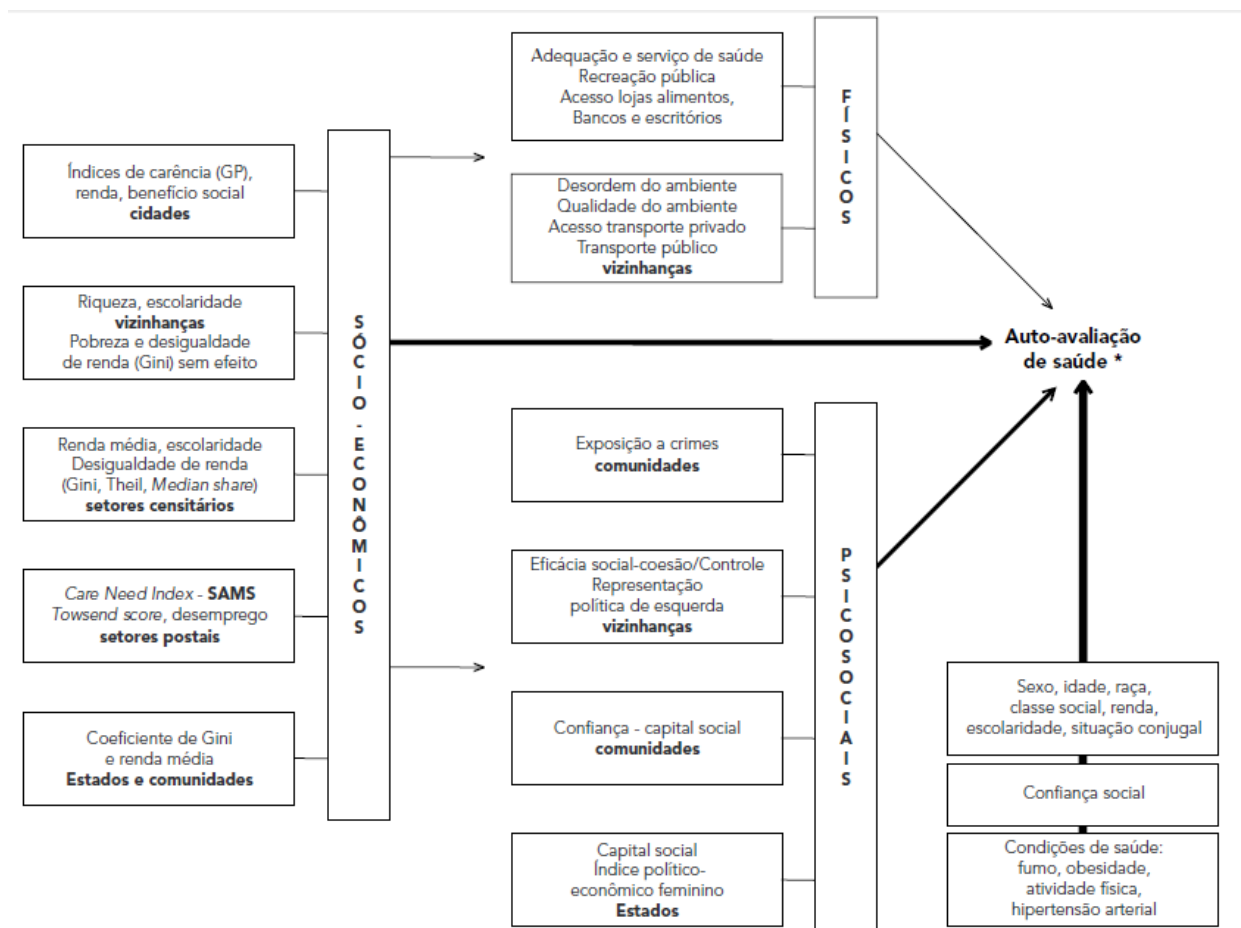
Cada fator que o indivíduo acessa ao realizar a autopercepção de saúde é singular e pode ser influenciado por temporalidade, localidade, classe social, valores, concepções, cultura, ambiente e comportamento de cada sujeito. Esta avaliação, embora subjetiva, aproxima-se muito do estado real de saúde dos indivíduos, podendo ser uma representação geral das avaliações objetivas, além de ampliar o olhar sob o que afeta cada indivíduo, facilitando a identificação de inequidades e aumentando as oportunidades e recursos que se pode oferecer na saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005; BUSATO et al., 2014).

A autopercepção de saúde foi inicialmente empregada para avaliar a situação de saúde em idosos, e desde então, evidências revelaram a associação entre uma autopercepção negativa de saúde e mortalidade (BOPP et al., 2012; DESALVO et al., 2005; HUOHVANAINEN et al., 2016; MORENO et al., 2017; OKAMOTO et al., 2007; SARGENT-COX; ANSTEY; LUSZCZ, 2010; SHEN et al., 2014; WAGNER; SHORT, 2014). Esta associação está presente em pessoas com idades mais elevadas (NAWI et al., 2012; SHEN et al., 2014), que apresentavam dependência funcional (FENG et al., 2015), doenças crônicas (GUIMARÃES et al., 2012; SHEN et al., 2014) e comportamentos de risco relacionados à saúde (NISHI et al., 2012; WAGNER; SHORT, 2014).

Em um estudo de revisão sistemática que explorou a associação entre a autopercepção negativa de saúde e mortalidade em indivíduos de 60 anos ou mais, foram selecionados 18 artigos publicados entre 1993 e 2011 e encontrou-se esta associação com maior frequência entre os indivíduos do sexo masculino, que apresentavam doenças crônicas e declínio funcional. Neste estudo de revisão, concluiu-se que a autoavaliação negativa de saúde é preditiva de mortalidade (MORENO; HUERTA; ALBALA, 2014).

Reconhecido o fato de que a autopercepção negativa de saúde está relacionada à mortalidade, se torna importante à identificação dos principais determinantes que repercutem em uma autoavaliação de saúde positiva ou negativa. Com objetivo de compreender a respeito dos fatores individuais e contextuais que influenciam na autopercepção de saúde de indivíduos e vizinhanças, um estudo de revisão sistemática realizou uma síntese dos fatores determinantes da autopercepção de saúde, dividindo em três dimensões, sendo estas, características socioeconômicas, físicas e psicossociais do ambiente, e verificou a força de associação entre estes fatores e autopercepção de saúde, como mostra a figura 1 (SANTOS et al., 2007).

Figura 1. Fatores contextuais na determinação da autopercepção de saúde e a força de associação entre elas de acordo com a espessura da seta



Fonte: SANTOS et al., 2007

Entre os fatores contextuais analisados, nota-se que há uma forte associação entre a autopercepção de saúde e variáveis demográficas, confiança social e as condições de saúde e, entre estas, destacam-se os comportamentos relacionados à saúde, que serão abordados a seguir.

2.2 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E MORBIMORTALIDADE

Nas últimas décadas houve alterações importantes no padrão de mortalidade do Brasil, observando-se diminuição na proporção de óbitos por causas infecciosas e no aumento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esta transição epidemiológica, por sua vez, relaciona-se com as modificações na composição demográfica da população, com redução das taxas de natalidade e expressivo aumento de idosos (ARAÚJO, 2012). Estas mudanças dos indicadores de morbidade e mortalidade da população certamente ocasionam importantes mudanças no estilo de vida dos brasileiros.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o estilo de vida pode ser definido como “forma como as pessoas ou grupos vivenciam a realidade e fazem escolhas, que são determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais”. Este conjunto de ações gera grande controle na saúde das pessoas, e escolhas não saudáveis (de risco) podem influenciar a qualidade de vida dos indivíduos (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

O termo “risco” é empregado para definir a probabilidade de indivíduos sadios expostos a determinados fatores em desenvolver algum tipo de agravo em saúde. Estes fatores podem ser classificados em não modificáveis, que são, por exemplo, sexo, faixa etária e genética; e modificáveis, como inatividade física, consumo de álcool e outras drogas, tabagismo, consumo alimentar irregular, obesidade, entre outros. É possível reverter seu impacto através de condutas que visem redução destes fatores, com melhoria da atenção à saúde, diagnóstico e tratamento precoces (BRASIL, 2011a).

Entre estes fatores, existem diversos estudos na área da saúde que demonstram que comportamentos de risco em saúde geram impactos negativos relativos à morbimortalidade. Determinado estilo de vida relacionado a comportamentos saudáveis, como praticar atividade física no tempo livre, manter hábitos alimentares saudáveis, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e evitar o

tabagismo, permite diminuir os agravos em saúde, e conseqüente melhora da qualidade de vida (BRITO; CAMARGO, 2011; CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006; OLIVEIRA, et al., 2017).

Um estudo de coorte conduzido na Austrália com indivíduos de 45 anos ou mais evidenciou que os comportamentos de risco à saúde (tabagismo, consumo de álcool, consumo alimentar irregular, inatividade física, tempo prolongado na posição sentado e período inadequado de sono) aumentam o risco de mortalidade, sendo que, a combinação destes fatores aumentava progressivamente o risco de mortalidade nesta população de acordo com a quantidade de comportamentos agrupados, reafirmando a importância da adoção de um estilo de vida saudável (DING et al., 2015).

A atividade física regular e uma alimentação saudável mostram-se eficazes no controle da mortalidade por doenças crônicas e na incidência de obesidade, apresentando-se aliadas na redução dos riscos para a saúde (WHO, 2008). Um estudo de coorte realizado no Japão analisou a incidência de mortalidade de acordo com o cumprimento ou não das diretrizes de atividade física e mostrou que, sujeitos fisicamente ativos apresentaram riscos significativamente reduzidos de mortalidade (KIKUCHI et al., 2017). Uma revisão da literatura que analisou o impacto da atividade física sobre a mortalidade em pacientes com pressão arterial elevada, concluiu que a atividade física regular é benéfica na redução da mortalidade entre portadores de hipertensão arterial (ROSSI et al., 2012).

Estudo transversal brasileiro verificou a associação entre fatores de risco para ocorrência de DCNT e a falta de ingestão regular e permanente de alimentos de qualidade em quantidade suficiente (insegurança alimentar), mostrando que a alimentação irregular aumenta os índices de doenças cardiovasculares, além de verificar que os indivíduos que mantêm esse tipo de comportamento também apresentam maior chance de serem fisicamente inativos, revelando que os comportamentos de risco não costumam aparecer de forma isolada (SANTOS; GUBERT; DEUS, 2016).

As taxas de morbimortalidade relacionadas ao consumo abusivo de álcool e ao tabagismo estão entre os vinte e cinco indicadores globais de monitoramento das DCNT (GARCIA; FREITAS; GAWRZEWSKI, 2015; MALTA; SILVA, 2013). A tendência do consumo abusivo de álcool no Brasil entre 2006 e 2013 foi crescente entre idosos e adultos jovens de ambos os sexos (MUNHOZ et al., 2017). E quando

analisadas as estimativas de mortalidade no Brasil por doenças causadas pelo uso excessivo de álcool (cirrose, câncer hepático e transtornos mentais e comportamentais), observa-se que estas patologias são responsáveis por expressiva taxa de mortalidade prematura no Brasil (MELO et al, 2017).

Estudo ecológico realizado na cidade de São Paulo-SP evidenciou diminuição nas taxas de internação e mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares após a implementação das leis antitabagismo, sugerindo que as políticas públicas aplicadas no Brasil podem auxiliar na redução dos fatores de risco (ABE, 2016). Outro estudo agregado, que analisou a tendência de mortalidade no Brasil por doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, lábios, cavidade oral, faringe e esôfago, evidenciou o tabagismo como fator de risco para mortalidade prematura e incapacidades por doenças cardiovasculares e respiratórias e que houve redução nos indicadores de morbimortalidade em consequência da redução da prevalência de tabagismo (JOSÉ et al., 2017).

Diante disso, é necessário inserir programas que visem à incorporação de comportamentos saudáveis na população, por meio da criação de espaços públicos adequados para prática de atividades físicas, aumento nos impostos e campanhas educativas relativas às consequências do uso do álcool e tabaco e fácil acesso a alimentos saudáveis, ações que geram efeitos positivos em saúde, entre eles, aumento da qualidade e expectativa de vida (BRITO; CAMARGO, 2011; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007; CZERESNIA, 1999).

2.3 RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.

Foi realizada uma revisão da literatura para melhor compreender a relação entre comportamentos relacionados à saúde e a autopercepção de saúde. A intenção desta revisão não foi esgotar o assunto, mas sim, conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema, auxiliando na elaboração de teorias ou colaborando na construção de novas formas de apresentar o assunto.

Buscou-se por artigos científicos publicados no Brasil entre 2007 a 2017 nas bases de dados *PubMed*, *Scielo* e *Lilacs*. Como estratégia de busca, foram utilizados os descritores: (*self-perception*) OR (*self-rated health*) AND (*behaviors*) OR (*physical activity*) OR (*physical exercise*) OR (*feeding behaviors*) OR (*eating*

behaviors) OR (eating habits) OR (food habits) OR (alcohol drinking) OR (alcohol consumption) OR (drinking behavior) OR (tobacco) OR (smoking).

Foram incluídos todos os artigos publicados e indexados no período entre 2007 a 2017, do tipo experimental ou observacional, realizados no Brasil. Foram excluídos artigos com desfechos diferentes do tema deste estudo. A escolha da data de inclusão dos artigos foi definida pela presença de pesquisas de revisão da literatura anteriores à data definida que abordam este desfecho. Esta pesquisa foi realizada em maio de 2017.

Desta busca, foram selecionados doze artigos que relacionam a autopercepção de saúde a comportamentos relacionados à saúde. Destes, todos são de delineamento transversal. Os fatores mais comumente avaliados foram os socioeconômicos, demográficos, condições de saúde, estilo de vida/comportamentos, utilização de serviços de saúde e, em idosos, a avaliação da capacidade funcional. Quanto à faixa etária, foram encontrados distintos pontos de corte, porém, as mais frequentes abordam o tema em adultos de 18 anos ou mais ou apenas com a população de 60 anos ou mais.

Dos artigos encontrados, sete trazem a autopercepção negativa de saúde como desfechos (BARROS et al., 2009; BEZERRA et al., 2011; MACHADO et al., 2013; NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012; PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012), três trazem a autopercepção positiva como desfechos (AGOSTINHO et al., 2010; CONFORTIN et al., 2015; TORQUATO et al., 2014) e dois trazem os dois desfechos - negativo e positivo (CAMPOS et al., 2015; PERES et al., 2010).

De modo geral, a autopercepção negativa de saúde se associou aos indivíduos do sexo feminino, maior faixa etária, com menos anos de estudo, sem ocupação, menor nível econômico, raça negra, menor renda, com baixo peso ou obesidade, com companheiro, com presença de morbidades, internações no último ano, com uso de polifarmácia.

A autopercepção positiva de saúde se associou com indivíduos do sexo masculino, de menor faixa etária, com mais anos de estudo, com ocupação, com maior renda, casados ou viúvos, menor número de morbidades, sem internações no último ano, não uso de polifarmácia, sem depressão, não sofrer quedas, estar satisfeito com a última consulta médica, não ter dependência funcional ou esta ser leve/moderada, e utilizar a internet.

Quanto ao estilo de vida/comportamentos, notou-se que a autopercepção negativa de saúde relacionou-se aos indivíduos que não praticavam atividade física, tabagistas ou ex-tabagistas, que não consumiam bebida alcoólica e faziam um consumo irregular de frutas e hortaliças. Já a autopercepção positiva de saúde mostrou-se relacionada a pessoas fisicamente ativas, que consumiam bebida alcoólica e não eram tabagistas, como mostra o quadro 1.

Visto que não foram localizados artigos de delineamento longitudinal (coorte), realizou-se uma nova busca com diferentes critérios, sendo que, foram selecionados artigos de qualquer localidade do mundo e com outros fatores relacionados ao desfecho da autopercepção de saúde. Assim, foram encontrados dois artigos referentes ao assunto, conduzidos fora do Brasil.

O primeiro artigo, que vai ao encontro do tema proposto, foi um estudo conduzido na Austrália utilizando-se de coortes estratificadas por idade (20-24 anos, 40-44 anos e 60-64 anos) que teve como objetivo investigar a associação entre autopercepção de saúde e comportamentos (tabagismo, ingestão de álcool e atividade física) em diferentes faixas etárias. Os resultados mostraram que a autopercepção positiva de saúde associou-se ao abandono do tabagismo em mulheres no grupo de 20-24 anos, manter ou reduzir o consumo de álcool em homens no grupo de 20-24 anos e manter ou aumentar a atividade física em todos os grupos (SARGENT-COX et al., 2014).

O segundo estudo, realizado em Taiwan, verificou as múltiplas transições da autopercepção de saúde em um grupo de idosos, de acordo com fatores sociodemográficos, fisiológicos e psicológicos. Os resultados mostraram que, durante 14 anos de seguimento, menos de um terço da população conseguiu manter a autopercepção de saúde de forma positiva, sendo este declínio associado à maior idade, menor nível educacional, prática regular de atividade física e presença de doenças crônicas (LEE et al., 2012).

A escassez de trabalhos com delineamento longitudinal que utilizam o desfecho da autopercepção de saúde mostra que se tornam necessárias mais pesquisas científicas na área da saúde que aborde este tema nesta temporalidade.

Quadro 1 - Resultado da revisão de literatura que relaciona a autopercepção de saúde aos comportamentos relacionados à saúde, realizados no Brasil entre 2007 a 2017.

AUTOR/ANO	LOCAL	DELINEAMENTO	VARIÁVEIS	DESFECHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Agostinho et al., 2010.	Porto Alegre - RS	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Fatores ambientais, Assistência à saúde, Presença de doença crônica, Estilo de vida/Comportamentos.	Autopercepção Positiva de saúde	Não ter hospitalização no último ano e estar satisfeito com a última consulta. Reduz a chance de referir autopercepção positiva de saúde: mulheres, tabagistas, presença de doença crônica e utilização de serviços de saúde pelo menos 4 consultas/ano.
Barros et al., 2009.	Capitais do Brasil	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de saúde	Idosos, menos anos de estudo, sem ocupação, fumantes e ex-fumantes, baixo peso e obesidade, inativos, consumo irregular de frutas e hortaliças.
Bezerra et al., 2011.	Rio Branco - AC	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Estado nutricional, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de saúde	Idosos, mulheres, negros, com companheiro, menos anos de estudo, sem ocupação, com morbidades, obesos, inativos, tabagistas, não consomem bebida alcoólica.
Campos et al., 2015.	Sete Lagoas - MG e Santiago (Chile)	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Participação social, Estilo de vida/Comportamentos.	Autopercepção Positiva de saúde	Com ocupação, casado, sem depressão, não tabagistas.
				Autopercepção Negativa de saúde	Inatividade física.
Confortin et al., 2015.	Florianópolis - SC	Transversal	Socioeconômica, Demográficas, Uso de internet, Condições de saúde, Uso de medicamentos, Uso de serviços de saúde, Estilo de vida/Comportamentos.	Autopercepção Positiva de saúde	Sexo masculino, mais anos de estudo, consumo moderado ou alto de álcool, ser ativo fisicamente, utilizar internet, menor número de morbidades, dependência leve/moderada ou nenhuma, não sofrer quedas, não fazer uso de polifarmácia.

Continua (...)

Machado et al., 2013.	Campinas - SP	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de saúde	Presença de doenças, menos anos de estudo, aumento no IMC, inatividade física.
Nunes; Barreto; Gonçalves, 2012.	Belo Horizonte - MG	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de Saúde, Uso de medicamentos, Estilo de vida/Comportamentos.	Autopercepção Negativa de Saúde	Menor escolaridade, fisicamente inativo, presença de 3 ou mais morbidades, internações no último ano, uso de 5 ou mais medicamentos, com perda de peso.
Pavão; Werneck; Campos, 2013.	Regiões do Brasil	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos.	Autopercepção Negativa de Saúde	Maior faixa etária, menos anos de estudo, menor renda, tabagistas, fisicamente inativos, com presença de morbidades, obesidade.
Pagotto; Nakatani; Silveira, 2011.	Goiânia - GO	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Uso de medicamentos, Etilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de Saúde	Menos anos de estudo, fisicamente inativos, com 3 ou mais morbidades, internações no ultimo ano, uso de 5 ou mais medicamentos, perda de peso.
Peres et al., 2010.	Lages - SC	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de Saúde	Baixa renda, menor escolaridade, maior faixa etária, tabagistas e ex-tabagistas, mulheres obesas.
				Autopercepção Positiva de Saúde	Não ser tabagista
Reichert; Loch; Capilheira, 2012.	Pelotas - RS	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Negativa de Saúde	Adolescentes – menor nível econômico, escolaridade não adequada. Adultos e idosos – mulheres, maior faixa etária, menor nível econômico, possuir morbidades.
Torquato et al., 2014.	Picos - PI	Transversal	Socioeconômicas, Demográficas, Condições de saúde, Estilo de vida/Comportamentos	Autopercepção Positiva de Saúde	Sexo feminino, menor faixa etária, casados ou viúvos, renda de 2 salários mínimos, escolaridade de 1 a 3 anos, sem internações.

Fonte: Próprio autor

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se alterações nos comportamentos relacionados à saúde se associam a incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde em adultos de 40 anos ou mais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar os indivíduos da amostra estudada (2011 e 2015) e das perdas segundo condições socioeconômicas e demográficas.
- 2) Descrever as mudanças na autopercepção de saúde (2011 e 2015), segundo fatores socioeconômicos e demográficos.
- 3) Verificar a incidência de autopercepção positiva e negativa de saúde segundo fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde.
- 4) Verificar a relação entre mudanças nos comportamentos relacionados à saúde e a incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional longitudinal do tipo coorte prospectiva, com coleta de dados nos anos de 2011 e 2015. Inicialmente, em 2011, foi realizado um estudo transversal, de base populacional, cujo projeto foi intitulado: “VigiCardio: Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações”. Em 2015, houve o seguimento deste projeto, o qual foi denominado “Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015”.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PLANO DE AMOSTRAGEM

A população deste estudo foi constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, residentes na zona urbana do município de Cambé-PR, região metropolitana de Londrina-PR, localizado na região norte do Estado do Paraná (figura 2). A partir da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), definiu-se a escolha do ponto de corte da faixa etária de 40 anos ou mais com a justificativa de ser a população de maior ocorrência das morbidades cardiovasculares, constituindo-se possível demanda populacional nos serviços de saúde. A escolha do município foi definida devido à facilidade de acesso, capacidade em abranger a população em sua totalidade, possuir estabilidade populacional, baixo número de residências verticalizadas, além de conter dados populacionais atualizados da cidade e pelo interesse e apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SOUZA, et al.; 2013).

O primeiro estudo, realizado no ano de 2011, foi de base populacional. Para definição da amostra, foram utilizados dados da Contagem da População realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2007. Neste ano, a população total de Cambé era estimada em 92.888 pessoas, sendo que destes, 30.710 (33,1%) estavam dentro da faixa etária do estudo.

Figura 2. Localização do município de Cambé no estado do Paraná



Fonte: GOOGLE MAPS (2017)

Para o cálculo amostral utilizou-se o aplicativo StatCalc do programa EpiInfo 3.5.3 a partir dos seguintes parâmetros: prevalência de desfecho de 50%, margem de erro em 3% e intervalo de confiança 95%. A amostra inicialmente calculada foi de 1066 indivíduos e considerando-se possíveis perdas e recusas, foram acrescentados 20% a este número, totalizando assim 1311 indivíduos. Após ajustes com relação aos setores censitários (arredondamentos sempre para cima) foram amostrados 1339 indivíduos.

Os 86 setores censitários da zona urbana do município foram incluídos no processo. Realizou-se um cálculo proporcional entre homens e mulheres acima de 40 anos em cada setor. Os bairros, ruas e quadras foram identificados através de um mapa de setores censitários da zona urbana da cidade. As quadras foram numeradas e foi realizado um sorteio para o ponto inicial da coleta (quadra, esquina e residência), e a partir deste ponto, o percurso seguia sentido anti-horário, em um intervalo amostral 1:2.

Em cada domicílio visitado, eram identificados os moradores elegíveis de 40 anos ou mais elegíveis para a coleta de dados, e entrevistavam-se apenas um morador por domicílio. Nos casos de mais de um residente atender as condições determinadas de perfil, era realizado um sorteio para definição do indivíduo a ser entrevistado. As entrevistas do *baseline* foram finalizadas em julho de 2011.

Ocorreram 159 perdas, sendo 93 por recusas e 66 por não encontrar o indivíduo após três tentativas. Assim, a amostra em 2011 foi composta por 1180

indivíduos (88,1%). Para o seguimento do estudo VigiCardio, realizado no ano 2015, participaram os mesmos sujeitos da primeira coleta realizada em 2011, que foram localizados e aceitaram participar da pesquisa, sendo entrevistados 885 indivíduos. Maiores informações sobre o processo de amostragem e características da amostra em 2011 estão detalhadas no artigo de Souza et al. (2013).

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão, considerou-se: pessoas que apresentavam deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas; dificuldade na compreensão dos procedimentos da entrevista por transtornos mentais em estágio avançado; dificuldade na compreensão do idioma português.

4.4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E ESTUDO PILOTO.

A equipe de entrevistadores de ambos os inquéritos realizados (2011 e 2015) foi composta por alunos da graduação, pós-graduação e profissionais da área da saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Todos passaram por treinamento para aplicação do questionário, para realizar as medidas de pressão arterial e antropométricas, e para a abordagem no domicílio. Um estudo piloto foi realizado em um bairro da cidade vizinha, para teste e correções do instrumento de coleta e treinamento dos entrevistadores.

4.5 ABORDAGEM E ENTREVISTA NO DOMICÍLIO

A coleta de dados do *baseline* foi realizada no primeiro semestre de 2011. A abordagem era iniciada pela apresentação do entrevistador, seguido de uma explicação do estudo que estava sendo realizado. Após o aceite dos moradores, era realizada a identificação das pessoas elegíveis de 40 anos ou mais a participar da entrevista.

A segunda coleta de dados (seguimento) foi realizada entre março a outubro de 2015. As entrevistas eram previamente agendadas pelo telefone informado pelo participante da primeira coleta. Quando não era possível o agendamento por

telefone, eram realizadas visitas domiciliares, e apenas se considerava perda após três tentativas de procura sem sucesso.

As entrevistas da primeira coleta em 2011 tinham duração média de 30 minutos e na segunda coleta em 2015, 40 minutos. Neste período, era realizada a aplicação do questionário, três medidas da pressão arterial e aferição de peso e estatura. Após o término da entrevista, agendava-se uma data e local para coleta de sangue.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O instrumento de pesquisa foi constituído por um questionário composto por 136 questões em 2011, dividido em 7 blocos, sendo estes: caracterização, hábitos de vida, capacidade funcional, utilização de serviços de saúde, condições de saúde, tratamento medicamentosos e medidas (Apêndice A), e 180 questões em 2015 também dividido em 7 blocos, sendo: caracterização, estado de saúde, tratamento medicamentoso, hábitos de vida, teste minimental e capacidade funcional, depressão, utilização de serviços de saúde e medidas (Apêndice C). Este estudo utilizou-se da variável Autopercepção de Saúde (variável dependente), de comportamentos relacionados à saúde (variáveis independentes) e de variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde (variáveis de confusão).

4.6.1 Variável Dependente

A variável dependente (desfecho) deste estudo foi a Autopercepção de Saúde. Para sua avaliação, a pergunta aplicada foi semelhante à utilizada no estudo de Vigilância de Fatores e Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico – (VIGITEL) do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009).

A pergunta utilizada foi:

“Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde?”

- Muito bom;
- Bom;
- Regular;
- Ruim;
- Muito ruim.

Optou-se pela dicotomização em:

- Autopercepção Positiva de Saúde (Muito bom e Bom)
- Autopercepção Negativa de Saúde (Regular, Ruim, Muito ruim).

Desta forma, para trabalhar a mudança entre 2011 e 2015, cada sujeito deveria fazer parte de uma destas quatro categorias:

- Manutenção de Autopercepção Positiva de Saúde (sujeitos que referiram autopercepção positiva de saúde em 2011 e 2015);
- Incidentes de Autopercepção Positiva de Saúde (sujeitos que referiram autopercepção negativa de saúde em 2011 e positiva em 2015);
- Manutenção de Autopercepção Negativa de Saúde (sujeitos que referiram autopercepção negativa de saúde em 2011 e 2015).
- Incidentes de Autopercepção Negativa de Saúde (sujeitos que referiram autopercepção positiva de saúde em 2011 e negativa em 2015);

4.6.2 Variáveis Independentes

Foram consideradas como variáveis independentes deste estudo aquelas relativas aos comportamentos relacionados à saúde, que são:

- Prática de Atividade Física no Tempo Livre (AFTL);
- Consumo de Frutas e Hortaliças (CFH);
- Consumo Abusivo de Álcool (CAA);
- Tabagismo.

A questão relacionada à Prática de Atividade Física no Tempo Livre foi baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James O. Prochaska e Carlo DiClemente (1994). Seguindo este modelo, foram considerados fisicamente ativos os sujeitos que referiram estarem na fase de manutenção ou ação (realizavam atividade física no tempo livre há mais de seis meses/menos de seis meses) e fisicamente inativas aquelas em fase de pré-contemplação, contemplação e preparação (não pretendiam/prendiam começar a praticar atividade física no lazer nos próximos seis meses/30 dias).

Para as questões relacionadas ao Consumo de Frutas e Hortaliças, Consumo Abusivo de Álcool e Tabagismo, baseou-se no Inquérito telefônico do Ministério da Saúde – VIGITEL (LOCH, 2013; BRASIL, 2009).

A seguir são apresentadas maiores informações sobre cada uma destas variáveis.

Atividade Física no Tempo Livre (AFTL):

“Em uma semana normal (típica) o(a) Sr.(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?”.

- Sim (fisicamente ativo),
- Não (fisicamente inativo).

Consumo de Frutas e Hortaliças (CFH):

“Em quantos dias o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?”

- Nunca;
- Quase nunca;
- 1 a 2 dias;
- 3 a 4 dias;
- 5 a 6 dias;
- Todos os dias.

“Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha) sem contar batata, mandioca ou inhame?”

- Nunca;
- Quase nunca;
- 1 a 2 dias;
- 3 a 4 dias;
- 5 a 6 dias;
- Todos os dias.

Realizou-se a dicotomização das respostas e consideraram-se como consumo “regular” os indivíduos que consumiam frutas acima de cinco dias por semana, e consumo “irregular” os demais, sendo o mesmo critério adotado para o consumo de verduras e legumes.

Após esta dicotomização, houve uma junção das duas variáveis, e era considerado como “regular” o indivíduo que consumia regularmente tanto frutas, quanto verduras e legumes nas duas questões, e “irregular” o indivíduo que apresentava pelo menos em uma das questões, um consumo irregular.

Consumo Abusivo de Álcool (CAA):

“Nos últimos 30 dias o(a) Sr.(a) consumiu mais que 4 (para mulheres)/5 (para homens) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?”

- Sim (foi considerado consumo abusivo de álcool)

- Não (não foi considerado consumo abusivo de álcool)

Tabagismo:

“O(a) Sr.(a) Fuma?” (independente de quantidade ou frequência),

- Sim (tabagista)
- Não (não tabagista)

Para análise longitudinal destes comportamentos, trabalhou-se com a mudança entre as duas coletas, gerando quatro novas categorias, sendo: a pessoa que tinha o comportamento saudável em 2011 e manteve-se ou deixou de ter em 2015, e a pessoa que não tinha o comportamento saudável em 2011 e manteve-se ou passou a ter em 2015.

Por exemplo, para a variável independente “tabagismo”:

- Manutenção de não tabagismo (sujeitos que referiram ser não tabagistas em 2011 e 2015);
- Incidentes de tabagismo (sujeitos que referiram não ser tabagistas em 2011 e ser tabagista em 2015);
- Manutenção de tabagismo (sujeitos que referiram ser tabagistas em 2011 e 2015).
- Incidentes de não tabagismo (sujeitos que referiram ser tabagistas em 2011 e não tabagistas em 2015);

O mesmo foi feito para atividade física no tempo livre, consumo de frutas e hortaliças e consumo abusivo de álcool.

4.6.3 Variáveis de Ajuste

Utilizou-se como variáveis de ajuste deste estudo: sexo, faixa etária, situação conjugal, nível econômico, escolaridade, Estado Nutricional (Índice de Massa Corporal - IMC) e Doenças Autorreferidas.

A seguir são apresentadas maiores informações sobre cada uma destas variáveis e suas respectivas categorias:

Sexo: Feminino e Masculino

Faixa Etária: listada em anos completos, referentes a 2011, e categorizadas em: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e ≥ 60 anos.

Situação conjugal: Possui cinco categorias de resposta: Solteiro, Casado, Divorciado/Separado, Viúvo e União Estável. Posteriormente foram categorizadas

em “com companheiro” para casado e união estável e “sem companheiro” para as restantes.

Nível Econômico: Utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP) para avaliar o nível econômico. Após classificados, foram categorizados em (A/B, C, D/E) e (A/B, C/D/E) (ABEP, 2014).

Escolaridade: Utilizada informações do *baseline*, em anos de estudo e posteriormente categorizados em: zero a 4; 5 a 8 anos e 9 ou mais anos de estudo.

Doenças Autorreferidas: Questionado se o indivíduo já foi diagnosticado por um médico ou outro profissional da saúde sobre algumas doenças, entre elas: hipertensão arterial/pressão alta, colesterol elevado, insuficiência cardíaca, ataque cardíaco/ infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular/derrame, insuficiência renal crônica, doença pulmonar/pulmão, fratura de quadril (incluindo fêmur), artrite/artrose/reumatismo, problema na coluna, algum tipo de neoplasia/câncer, depressão, diabetes mellitus/açúcar no sangue, outras doenças (quais?). Foram categorizadas em “sim” para indivíduos que apresentavam pelo menos uma doença e “não” para o que não apresentassem nenhuma doença.

Estado Nutricional: Definido através do Índice de Massa Corporal (IMC). Para este cálculo do IMC, utilizou-se a fórmula divisão do peso (kg) do indivíduo, pela altura (m) elevada ao quadrado e utilizou-se a classificação do estado nutricional recomendada pela Organização Mundial da Saúde e utilizada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), com a seguinte categorização:

Quadro 2- Pontos de corte do estado nutricional (IMC) por faixa etária.

Classificação	Até 59 anos	60 anos ou mais
Baixo Peso	<18,5 kg/m ²	≤22 kg/m ²
Eutrófico/Adequado	≥18,5 – 24,9 kg/m ²	>22 – 26,9 kg/m ²
Sobrepeso	≥25 – 29,9 kg/m ²	≥27 kg/m ² .
Obesidade	≥30 kg/m ²	-

Fonte: BRASIL, 2011b.

Para análise longitudinal geraram-se quatro novas categorias no intuito de demonstrar as mudanças nas variáveis, sendo estas as manutenções e incidências da variável. Por exemplo, para situação conjugal:

- Manutenção de pessoas com companheiro (sujeitos que referiram ter companheiro em 2011 e 2015);
- Incidência de pessoas com companheiro (sujeitos sem companheiro em 2011 e com companheiro em 2015);
- Manutenção de pessoas sem companheiro (sujeitos sem companheiro em 2011 e 2015);
- Incidência de pessoas sem companheiro (sujeitos com companheiro em 2011 e sem companheiro em 2015).

O mesmo foi feito para as outras variáveis de confusão, gerando a mudança no nível econômico, mudança nas doenças autorreferidas e mudança no estado nutricional.

4.7 PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.

As informações obtidas no questionário físico em ambas as coletas de dados foram duplamente digitadas em banco de dados do programa Microsoft Office Excel® 2010 e comparadas através do software Epi Info® versão 3.5.3 (no ano de 2011) e software Microsoft Office SpreadSheet Compare® (no ano de 2015).

No ano de 2015, também foram coletadas informações em formulário eletrônico do ODK Collect (Open Data Kit), que eram enviadas pela internet e armazenadas no servidor ONA (<https://ona.io/vigicardio>) e posteriormente exportadas para banco de dados do programa Microsoft Office Excel®, não sendo necessário a transcrição ou validação de dados.

As análises estatísticas foram realizadas pelo programa Statistical Package for the Social Sciences® – SPSS – versão 19.0 para Windows®

Para o primeiro objetivo específico, “Caracterizar os indivíduos da amostra (2011 e 2015) e perdas segundo condições socioeconômicas e demográficas”, realizou-se análise descritiva de dados, com as frequências absolutas e relativas de cada variável.

Para o segundo objetivo específico, “Descrever as mudanças na autopercepção de saúde (2011 e 2015), segundo fatores socioeconômicos e demográficos”, calculou-se através da tabulação cruzada das variáveis, gerando a distribuição das frequências absolutas e relativas.

Para verificar a incidência de autopercepção positiva de saúde, foram selecionados os indivíduos do *baseline* que apresentavam autopercepção negativa de saúde (n= 397), comparando o grupo que se manteve com autopercepção negativa de saúde (categoria de referência) com aqueles que passaram a ter autopercepção positiva de saúde. Para avaliar a autopercepção negativa de saúde, foram selecionados os indivíduos do *baseline* que tinha autopercepção positiva de saúde (n=486), comparando o grupo que se manteve com autopercepção positiva de saúde (categoria de referência) com aqueles que passaram a ter autopercepção negativa de saúde.

Para o terceiro objetivo específico, “Verificar a incidência de autopercepção positiva e negativa de saúde e a associação entre fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde”, calculou-se a incidência através de tabulação cruzada das variáveis gerando distribuição de frequências absolutas, relativas, teste Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher (para pequenas amostras das variáveis: estado nutricional e situação conjugal) com significância estatística 5% (p-valor <0,05).

Para o quarto objetivo específico “Verificar a relação entre mudanças nos comportamentos relacionados à saúde e a incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde”, calculou-se as frequências absolutas, relativas e o Risco Relativo (RR) pela Regressão de Poisson com variância robusta, bruta e ajustada, sempre utilizando a categoria de manutenção da variável como referência, com p-valor <0,05 e intervalo de confiança de 95%.

O cálculo do Risco Relativo foi ajustado por três modelos, definidos de acordo com a literatura, que são:

Modelo 1: SOCIODEMOGRÁFICAS: sexo, faixa etária, escolaridade, mudança do estado civil, mudança do nível econômico.

Modelo 2: SOCIODEMOGRÁFICAS: sexo, faixa etária, escolaridade, mudança do estado civil, mudança do nível econômico, SAÚDE: mudança no estado nutricional e mudança nas doenças autorreferidas.

Modelo 3: SOCIODEMOGRÁFICAS: sexo, faixa etária, escolaridade, mudança do estado civil, mudança do nível econômico, SAÚDE: mudança no estado nutricional e mudança nas doenças autorreferidas, COMPORTAMENTAIS: mudança na atividade física no tempo livre, mudança no consumo de frutas e hortaliças, mudança no consumo abusivo de álcool e mudança no tabagismo.

A Regressão de Poisson foi escolhida para este trabalho por estudos evidenciarem a adequação deste tipo de análise para ensaios clínicos e epidemiológicos onde se deseja estimar a associação entre fatores e desfechos binários, com frequência comum, maior que 10% (CAMEY, 2014).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

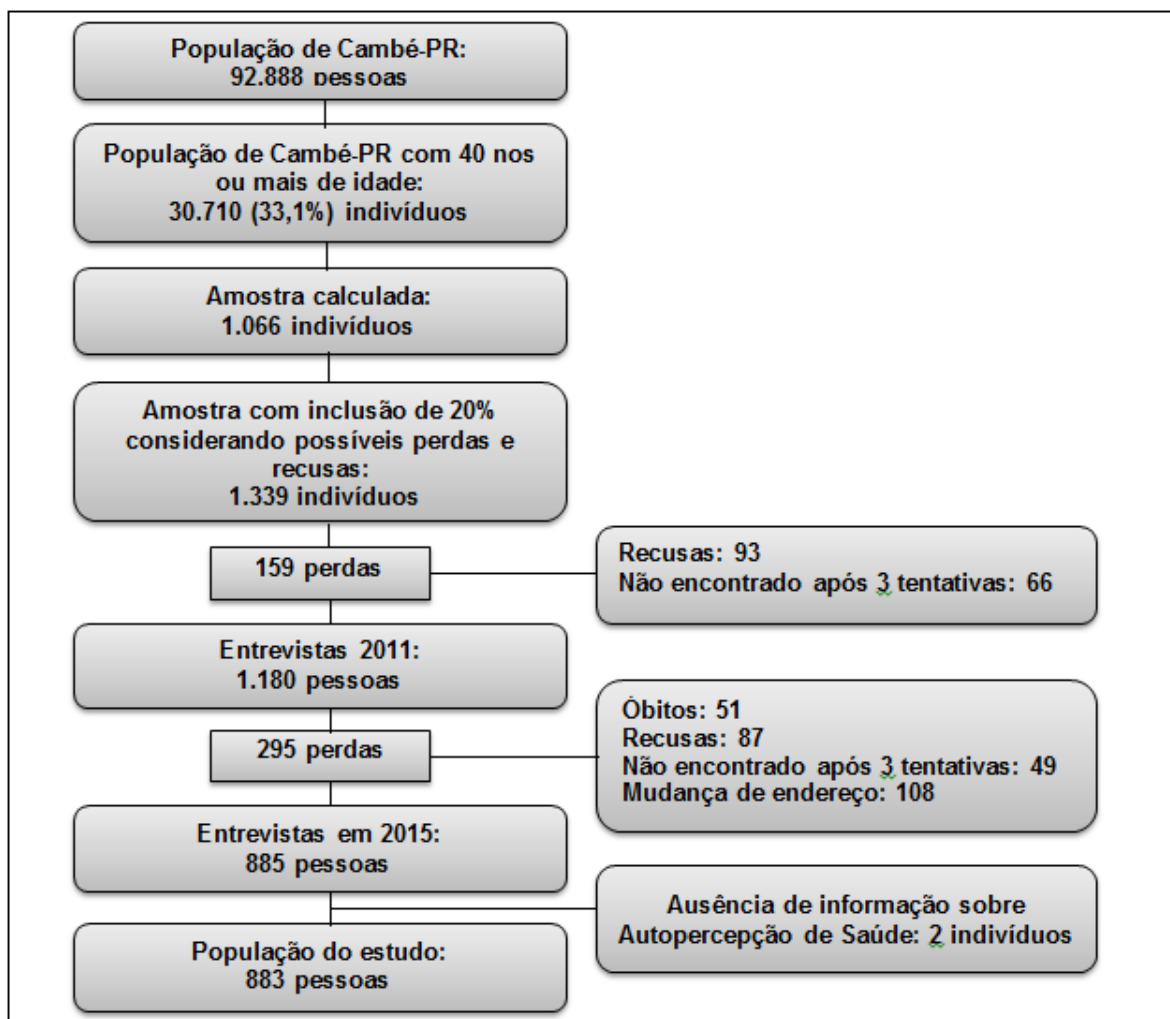
Em ambas as coletas de dados foram apresentadas aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B e Apêndice D). Todos os procedimentos do estudo VigiCardio realizados em 2011 e 2015, obtiveram aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, conforme a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério do Brasil, sendo autorizado em 19 de outubro de 2010 pelo CAAE nº 0192.0.268.000-10 (Anexo A) e em 16 de outubro de 2014 sendo autorizado pelo CAAE nº. 39595614.4.0000.5231. (Anexo B). (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Dos participantes do projeto VigiCardio em 2011 ($n=1180$), foram encontrados e entrevistados na segunda fase de coleta em 2015, 885 indivíduos, ocorrendo 295 perdas (25%), dentre elas, 51 por óbito, 87 se recusaram a participar da pesquisa, 49 não foram encontrados após três tentativas em dias e horários alternados e 108 por mudança de endereço, não sendo possível contato. Neste estudo, também foram consideradas duas ($n=2$) perdas referentes aos sujeitos que não apresentaram informações relacionadas à autopercepção de saúde (variável dependente) sendo analisados 883 indivíduos (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da população do estudo.



Fonte: Próprio autor.

A tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas da amostra no *baseline* (2011), seguimento (2015) e perdas. Na amostra do estudo de 2015 verificou-se maior proporção de mulheres (55,6%), indivíduos de faixa etária entre 40 a 49 anos (39,3%) e que possuíam companheiro (74,3%). Quanto à escolaridade, aproximadamente metade (47,7%) referiram ter entre zero e quatro anos. De acordo com os critérios de classificação da ABEP, houve predominância de pessoas de nível econômico C ou inferior (62,1%). Comparando-se estes dados com a amostra de 2011 e perdas, constatou-se que as perdas não se apresentaram concentradas, distribuindo-se de maneira semelhante nos diferentes subgrupos, mantendo as características da amostra.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos da amostra no *baseline* (2011), perdas e seguimento (2015).

Variável	Amostra 2011		Perdas		Amostra 2015*	
	n	%	n	%	n	%
Total	1180	100	297	25,1	883	74,9
Sexo						
Feminino	642	54,4	149	50,2	491	55,6
Masculino	538	45,6	148	49,8	392	44,4
Faixa Etária						
40 a 49 anos	476	40,4	129	43,4	347	39,3
50 a 59 anos	366	31,0	69	23,3	297	33,6
60 anos ou mais	338	28,6	99	33,3	239	27,1
Escolaridade						
9 ou mais	320	27,1	83	27,9	237	26,8
5 a 8 anos	292	24,7	67	22,6	225	25,5
0 a 4 anos	568	48,2	147	49,5	421	47,7
Situação Conjugal						
Com Companheiro	863	73,1	208	70,0	656	74,3
Sem Companheiro	317	26,9	89	30,0	227	25,7
Nível Econômico (1)						
A – B	449	38,2	114	38,4	334	37,9
C	613	51,9	149	50,2	466	52,8
D – E	117	9,9	34	11,4	82	9,3

* Dados do *baseline* utilizados na análise.

(1) Um indivíduo com informação ausente no sistema na amostra 2011 (n=1179) e 2015 (n=882).

5.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE.

A tabela 2 descreve as mudanças na autopercepção de saúde entre 2011 e 2015, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Verificou-se que 70,1% da amostra se mantiveram com a mesma autopercepção de saúde entre 2011-2015 (40,1% com autopercepção positiva de saúde; 30,0% com autopercepção negativa de saúde). Houve maior frequência de manutenção de autopercepção positiva de saúde entre indivíduos do sexo masculino (47,6%), na faixa etária de 40 a 49 anos (49,9%), com 9 anos ou mais de estudo (55,7%), com companheiro (41,8%) e do nível econômico A/B (47,9). Observou-se maior incidência de autopercepção negativa de saúde entre o sexo feminino (15,0%), na faixa etária entre 50 a 59 anos (17,5%), com 0 a 4 anos de estudo (17,6%), sem companheiro (19,8%) e de nível econômico D/E (23,2%). Verificou-se maior incidência de autopercepção positiva de saúde entre o sexo feminino (15,2%), na faixa etária de 40 a 49 anos (15,3%), com 5 a 8 anos de estudo (16,4%), sem companheiro (15,9%) e nível econômico A/B (19,2%). Houve maior frequência de manutenção de autopercepção negativa de saúde entre o sexo feminino (35,6%), na faixa etária de 50 a 59 anos de idade (35,4%), com 0 a 4 anos de estudo (38,7%), sem companheiro (39,1%) e nível econômico D/E (39,0%).

A tabela 3 mostra a incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde segundo variáveis demográficas e de saúde. Nesta análise, consideraram-se as mudanças nas variáveis entre 2011-2015, exceto sexo, faixa etária e escolaridade, onde foram consideradas as informações do *baseline* em função destas variáveis serem “fixas” ou com maior estabilidade de dados (caso da escolaridade, por exemplo). Para o cálculo da incidência de autopercepção negativa de saúde, foram selecionados na amostra os indivíduos que apresentava autopercepção positiva de saúde em 2011 (n=486) e para a incidência de autopercepção positiva de saúde, foram selecionados os indivíduos que apresentavam autopercepção negativa de saúde em 2011 (n=397).

A incidência total de autopercepção negativa de saúde foi de 27,2%, sendo maior na faixa etária de 55 a 64 anos (35,1%), em pessoas de menor escolaridade (36,8%), que referiram não ter companheiro em 2011 e 2015 (38,9%) e que passaram a ter um estado nutricional de baixo peso/Eutrófico (37,5%). Quanto à

autopercepção positiva de saúde, a incidência total foi de 27,7%, sendo superior nos sujeitos com mais anos de estudo (51,4%) e que eram do nível econômico A/B em 2011 e que mantiveram (50,0%) ou diminuíram (50%) em 2015. (Tabela 3).

Tabela 2. Mudanças na autopercepção de saúde (2011-2015) segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.

Variável	Positivo → Positivo		Positivo → Negativo		Negativo → Positivo		Negativo → Negativo	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Total	354	40,1	132	14,9	132	14,9	265	30,0
Feminino	169	34,2	74	15,0	75	15,2	176	35,6
Masculino	185	47,6	58	14,9	57	14,7	89	22,9
Faixa Etária								
40 a 49 anos	173	49,9	42	12,1	53	15,3	79	22,8
50 a 59 anos	96	32,3	52	17,5	44	14,8	105	35,4
60 ou mais	85	35,6	38	15,9	35	14,6	81	33,9
Escolaridade								
9 anos ou mais	132	55,7	31	13,1	38	16,0	36	15,2
5 a 8 anos	95	42,2	27	12,0	37	16,4	66	29,3
0 a 4 anos	127	30,2	74	17,6	57	13,5	163	38,7
Situação Conjugal								
Com Companheiro	274	41,8	87	13,3	96	14,6	199	30,3
Sem Companheiro	80	35,2	45	19,8	36	15,9	66	39,1
Nível Econômico (1)								
A/B	160	47,9	46	13,8	64	19,2	64	19,2
C	173	37,1	67	14,4	57	12,2	169	36,3
D/E	21	25,6	19	23,2	10	12,2	32	39,0

* Dados do *baseline* utilizados na análise. (1) indivíduo com informação ausente no sistema para Negativo → Positivo.

Tabela 3. Incidência de autopercepção negativa e positiva de saúde segundo mudanças nas variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde (2011 - 2015) em população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.

Variável	Incidência de autopercepção negativa de saúde			Incidência de autopercepção positiva de saúde		
	n	%	p-valor*	n	%	p-valor*
Total	132	27,2		132	27,7	
Sexo						
Feminino	74	30,3	0,115	75	30,4	0,117
Masculino	58	24,0		57	38,0	
Faixa Etária						
40 a 49 anos	42	19,5	0,003	53	40,2	0,119
50 a 59 anos	52	35,1		44	29,5	
60 ou mais	38	30,9		35	30,2	
Escolaridade						
9 anos ou mais	31	19,0	<0,001	38	51,4	<0,001
5 a 8 anos	27	22,1		37	35,9	
0 a 4 anos	74	36,8		57	25,9	
Situação Conjugal (1)						
Manteve-se com Companheiro	76	23,2	0,007**	85	33,2	0,871**
Sem Companheiro → Com Companheiro	2	12,5		3	37,5	
Com Companheiro → Sem Companheiro	11	33,3		11	28,2	
Manteve-se sem Companheiro	42	38,9		33	35,1	
Nível Econômico (2)						
Manteve-se A/B	31	20,8	0,081	36	50,0	<0,001
C/DE → A/B	13	23,6		8	22,9	
A/B → CD/E	16	26,3		28	50,0	
Manteve-se C/DE	73	32,6		59	25,5	
Número de Doenças						
Diminuiu	20	21,1	0,307	39	38,2	0,307
Manteve	50	29,6		35	35,0	
Aumentou	62	27,9		58	29,7	
Estado Nutricional (3)						
Manteve-se Baixo peso/Eutrófico	35	22,0	0,016**	34	35,1	0,727
SP/O → BP/E	12	37,5		7	29,9	
BP/E → SP/O	2	7,7		11	39,3	
Manteve-se Sobrepeso/Obeso	77	29,8		75	31,6	

*p-valor definido pelo teste Qui-Quadrado de Pearson e **Teste Exato de Fisher com significância 5%. Dados do *baseline* utilizados nas variáveis fixas (sexo, faixa etária e escolaridade). (1) Um indivíduo com informação ausente no sistema para APNS (n=131), (2) Um indivíduo com informação ausente no sistema para autopercepção de saúde (n=131), (3) Seis indivíduos com informação ausente no sistema para autopercepção negativa de saúde (n=126) e cinco indivíduos com informação ausente no sistema para autopercepção de saúde (n=127). Estado Nutricional definido através do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a classificação por faixa etária: 44 a 59 anos: Baixo peso (BP): <18,5 kg/m²; Eutrófico (E): ≥18,5 - 24,9 kg/m²; Sobrepeso (SP): ≥25 - 29,9 kg/m²; Obesidade (O): ≥30 kg/m² 60 anos ou mais: Baixo peso (BP): ≤22 kg/m²; Eutrófico (E): >22-26,9 kg/m²; Sobrepeso (SP): ≥27 kg/m²

5.3 AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

A tabela 4 apresenta a incidência de autopercepção negativa de saúde e os valores de risco relativo bruto e ajustado segundo mudanças (entre 2011 e 2015) nas variáveis comportamentais.

Para as análises, dividiu-se cada variável independente em dois subgrupos, sendo um deles pertencente àqueles que apresentavam comportamento positivo de saúde em 2011 (fisicamente ativos; consumo regular de frutas e hortaliças; não realizavam consumo abusivo de álcool e não tabagistas) e mantiveram o comportamento positivo ou passaram a apresentar um comportamento negativo de saúde (tornaram-se fisicamente inativos; passaram a consumir de forma irregular frutas e hortaliças; iniciaram um consumo abusivo de álcool e tornaram-se tabagistas) em 2015, e o outro, aqueles que apresentavam comportamento negativo de saúde em 2011 e mantiveram o comportamento negativo ou passaram a apresentar um comportamento positivo de saúde em 2015.

A incidência de autopercepção negativa de saúde associou-se aos indivíduos que tornaram fisicamente inativos (37,7%), passaram a consumir de forma irregular frutas e hortaliças (40,0%) e deixaram de consumir álcool abusivamente (31,4%).

Considerando a análise bruta dos dados, os indivíduos que se tornaram fisicamente inativos apresentaram maior risco de desenvolver uma autopercepção negativa de saúde na análise bruta quando comparados àqueles que se mantiveram fisicamente ativos (RR=1,74; IC95%1,08–2,80), mantendo-se nas análises ajustadas no primeiro modelo (RR=1,65; IC95%1,04-2,62), no segundo modelo (RR=1,92; IC95%1,19-3,10) e no terceiro modelo (RR=1,88; IC95%1,17-3,05).

Os indivíduos que deixaram de realizar um consumo regular de frutas e hortaliças apresentaram maior risco de desenvolver autopercepção negativa de saúde na análise bruta comparada àqueles que se mantiveram consumindo regularmente frutas e hortaliças (RR=1,84; IC95%1,16-2,92), mantendo-se no primeiro modelo (RR=1,85, IC95%1,14-3,01), no segundo modelo (RR=2,03; IC95%1,25-3,30) e no terceiro modelo (RR=1,95; IC95%1,15-3,28). Já os indivíduos que deixaram de fazer um consumo abusivo de álcool apresentaram maior risco de desenvolver autopercepção negativa de saúde na análise bruta comparada àqueles que se mantiveram com consumo abusivo de álcool (RR=2,29; IC95%1,03-5,08), mantendo sua associação apenas quando ajustada pelo modelo de variáveis

sociodemográficas e de saúde (RR= 2,42; IC95% 1,12-5,25). As demais variáveis não apresentaram associação significativa. (tabela 4)

Tabela 4. Incidência de autopercepção negativa de saúde relacionada à mudança nas variáveis comportamentais (2011-2015), na população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.

Variável	INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE					
	n	%	RR (IC95%)	RR (IC95%) modelo 1	RR (IC95%) modelo 2	RR (IC95%) modelo 3
Atividade Física no Tempo Livre						
Manteve-se Ativo	21	21,6	1,0	1,0	1,0	1,0
Ativo → Inativo	29	37,7	1,74 (1,08-2,80)	1,65 (1,04-2,62)	1,92 (1,19-3,10)	1,88 (1,17-3,05)
Manteve-se Inativo	70	28,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Inativo → Ativo	12	19,0	0,68 (0,39-1,17)	0,72 (0,41-1,25)	0,73 (0,41-1,33)	0,77 (0,43-1,37)
Consumo de Frutas e Hortaliças						
Manteve-se Regular	35	21,7	1,0	1,0	1,0	1,0
Regular → Irregular	18	40,0	1,84 (1,16-2,92)	1,85 (1,14-3,01)	2,03 (1,25-3,30)	1,95 (1,15-3,28)
Manteve-se Irregular	56	28,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Irregular → Regular	23	28,4	1,01 (0,67-1,52)	0,99 (0,65-1,51)	1,02 (0,66-1,56)	0,99 (0,65-1,51)
Consumo Abusivo de Álcool						
Manteve-se Não	99	27,8	1,0	1,0	1,0	1,0
Não → Sim	7	30,4	1,09 (0,58-2,08)	1,39 (0,70-2,75)	1,56 (0,79-3,07)	1,53 (0,77-3,03)
Manteve-se Sim	7	13,7	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim → Não	16	31,4	2,29 (1,03-5,08)	2,21 (0,98-5,01)	2,42 (1,12-5,25)	2,72 (0,89-8,28)
Tabagismo						
Manteve-se Não	107	27,2	1,0	1,0	1,0	1,0
Não → Sim	0	0,0	-	-	-	-
Manteve-se Sim	19	27,5	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim → Não	6	30,0	1,09 (0,50-2,36)	1,70 (0,65-4,50)	1,86 (0,66-5,20)	2,16 (0,73-6,44)

RR: risco relativo; IC95%: intervalo de confiança de 95%. - dado numérico igual a zero. Risco Relativo calculado por Regressão de Poisson. Modelo 1: Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil e mudança no nível econômico. Modelo 2: Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil, mudança no nível econômico, mudança no estado nutricional (IMC) e mudança nas doenças autorreferidas. Modelo 3: sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil, mudança no nível econômico, mudança no estado nutricional (IMC), mudança nas doenças autorreferidas e comportamentos relacionados à saúde (AFTL, CFH, CAA, e tabagismo).

5.4 AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

A tabela 5 apresenta a incidência de autopercepção positiva de saúde e os valores de risco relativo bruto e ajustado segundo mudanças (entre 2011 e 2015) nas variáveis comportamentais.

A incidência de autopercepção positiva de saúde foi maior nos indivíduos que tornaram fisicamente ativos (44,7%), mantiveram-se consumindo de forma regular frutas e hortaliças (40,8%), e deixaram de ser tabagistas (46,7%).

Verificou-se que pessoas que se tornaram fisicamente ativas apresentaram maior incidência de autopercepção positiva de saúde na análise bruta comparada àquelas que se mantiveram inativas (RR= 1,48; IC95% 1,03-2,15), mantendo-se na análise ajustada pelas variáveis sociodemográficas (RR= 1,47; IC95%1,02-2,13).

Quando avaliado o consumo de frutas e hortaliças, verificou-se que os que passaram a ter consumo irregular de frutas e hortaliças tiveram menor incidência de autopercepção positiva de saúde no primeiro modelo (RR=0,52; IC95%0,29-0,94), no segundo modelo (RR=0,54; IC95%0,31-0,97) e no terceiro modelo (RR=0,51; IC95%0,29-0,90) comparados aos que se mantiveram com um consumo regular de frutas e hortaliças, e aqueles que deixaram de ser tabagistas apresentaram maior incidência de autopercepção positiva no primeiro modelo (RR=2,58; IC95%1,16-5,71), no segundo modelo (RR=5,78; 2,18-15,36) e no terceiro modelo (RR=8,37; IC95% 2,79-25,09) comparados àqueles que se mantiveram tabagistas entre 2011 e 2015 (tabela 5).

Tabela 5. Incidência de autopercepção positiva de saúde relacionada à mudança nas variáveis comportamentais (2011-2015), na população de 40 anos ou mais do município de Cambé-PR.

Variável	INCIDÊNCIA DE AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE					
	n	%	RR (IC95%)	RR (IC95%) modelo 1	RR (IC95%) modelo 2	RR (IC95%) modelo 3
Atividade Física no Tempo Livre						
Manteve-se Ativo	14	34,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Ativo → Inativo	20	37,7	1,10 (0,64-1,91)	1,05 (0,60-1,83)	1,08 (0,59-1,98)	1,14 (0,57-2,30)
Manteve-se Inativo	77	30,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Inativo → Ativo	21	44,7	1,48 (1,03-2,15)	1,47 (1,02-2,13)	1,43 (0,98-2,08)	1,33 (0,87-2,02)
Consumo de Frutas e Hortaliças						
Manteve-se Regular	40	40,8	1,0	1,0	1,0	1,0
Regular → Irregular	10	23,8	0,58 (0,32-1,05)	0,52 (0,29-0,94)	0,54 (0,31-0,97)	0,51 (0,29-0,90)
Manteve-se Irregular	57	31,3	1,0	1,0	1,0	1,0
Irregular → Regular	25	33,3	1,06 (0,72-1,56)	1,01 (0,67-1,53)	1,00 (0,66-1,52)	0,94 (0,60-1,49)
Consumo Abusivo de Álcool						
Manteve-se Não	103	31,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Não → Sim	5	41,7	1,31 (0,66-2,60)	1,23 (0,62-2,43)	1,17 (0,57-2,40)	1,23 (0,56-2,70)
Manteve-se Sim	10	37,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim → Não	14	42,4	1,14 (0,61-2,16)	1,17 (0,60-2,26)	1,38 (0,70-2,70)	1,57 (0,79-3,13)
Tabagismo						
Manteve-se Não	105	32,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Não → Sim	2	50,0	1,52 (0,56-4,10)	1,39 (0,60-3,17)	1,42 (0,63-3,18)	1,46 (0,53-4,02)
Manteve-se Sim	18	30,5	1,0	1,0	1,0	1,0
Sim → Não	7	46,7	1,53 (0,79-2,97)	2,58 (1,16-5,71)	5,78 (2,18-15,36)	8,37 (2,79-25,09)

RR: risco relativo; IC95%: intervalo de confiança de 95%. Risco Relativo calculado por Regressão de Poisson. Modelo 1: Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil e mudança no nível econômico. Modelo 2: Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil, mudança no nível econômico, mudança no estado nutricional (IMC) e mudança nas doenças autorreferidas. Modelo 3: sexo, faixa etária, escolaridade, mudança no estado civil, mudança no nível econômico, mudança no estado nutricional (IMC), mudança nas doenças autorreferidas e comportamentos relacionados à saúde (AFTL, CFH, CAA, e tabagismo).

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve com principal objetivo analisar se as mudanças de comportamentos relacionados à saúde se associam a alteração da autopercepção de saúde após 4 anos de acompanhamento em indivíduos de 40 anos ou mais residentes no município de Cambé – PR. Destaca-se o fato que possivelmente esta é a primeira pesquisa longitudinal realizada no Brasil que verifica a relação entre a incidência de autopercepção de saúde e mudanças nos comportamentos relacionados à saúde. Em síntese, evidenciou-se que a incidência de autopercepção negativa de saúde associou-se com modificações nos comportamentos em saúde de positivo para negativo (comportamentos de risco), como tornar-se inativo fisicamente no tempo livre ou passar a consumir de forma irregular frutas e hortaliças, e o contrário para o consumo abusivo de álcool, onde encontrou-se associação entre os indivíduos que deixaram de consumir abusivamente álcool (iniciaram comportamento saudável). A incidência de autopercepção positiva de saúde associou-se com modificações nos comportamentos em saúde de negativo para positivo (comportamentos saudáveis), como tornar-se ativo fisicamente, deixar de ser tabagista, assim como, manter-se com um consumo regular de frutas e hortaliças.

Existe uma complexa relação entre a autopercepção de saúde e os comportamentos relacionados à saúde. A literatura mostra que a autopercepção de saúde é avaliada dentro de um contexto sociocultural individual, e que grande parte da população não tem controle sobre os fatores determinantes que incidem sobre ela.

Foram identificados no presente estudo incidências de 27,7% e 27,2% para autopercepção positiva e negativa de saúde, respectivamente. Em geral, existem poucos estudos longitudinais que realizam a análise da autopercepção de saúde como desfecho, dificultando a comparação destes resultados com outras pesquisas. Além disto, são encontradas diferentes formas de categorização e pontos de corte da resposta da autopercepção de saúde, variando de acordo com a escolha do autor. Esta pesquisa utilizou-se da questão sobre autopercepção de saúde inicialmente em cinco categorias, e posteriormente, foram dicotomizadas em autopercepção de saúde em positivo (muito bom, bom) e negativo (regular, ruim, muito ruim).

6.1 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

Verificou-se que a incidência de autopercepção negativa de saúde foi maior entre os indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos. Considerando a subjetividade da variável autopercepção de saúde, e entendendo que ela faz parte de um dos componentes do bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, acredita-se que este resultado segue a mesma premissa de estudos que documentaram os níveis de bem-estar e felicidade durante o ciclo da vida. Nestes estudos, encontra-se um padrão gráfico em forma de “U” entre felicidade, bem-estar relacionados à faixa etária, ou seja, apresentam níveis decrescentes destes fatores conforme o aumento da idade, voltando a ser crescente após os 60 anos. De acordo com os autores, esta queda ocorre por aumento do estresse, raiva, preocupações e tristeza nesta faixa etária. (AYDOS; NETO; TEIXEIRA, 2017; STONE et al., 2010). É importante considerar que a população deste estudo é composta majoritariamente por mulheres, e nesta faixa etária ocorrem os efeitos do climatério. Um estudo realizado por Serpa et al. (2016) avaliaram os fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério, evidenciando efeitos negativos em relação a saúde mental, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos. Estes fatores auxiliam na compreensão da autopercepção negativa de saúde nesta faixa etária.

Os indicadores socioeconômicos como escolaridade e nível econômico refletem as iniquidades sociais e como estas repercutem na saúde da população. Achados desta pesquisa demonstram que ter menor escolaridade se associou a incidência de autopercepção negativa de saúde, assim como, mais anos de estudos se associou a incidência de autopercepção positiva de saúde. Nível de escolaridade apresenta forte relação com estilo de vida, visto que sujeitos com mais anos de estudo tem maior acesso e facilidade na compreensão das informações referentes à resolução de problemas do processo saúde-doença, adquirem maior capacidade de autocuidado e adotam estilos de vida saudáveis (SOUZA et al., 2017; LIU; HUMMER, 2008; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Dados do VIGITEL demonstraram que os indivíduos com maior escolaridade apresentam maior prevalência de comportamentos saudáveis em saúde, como atividade física no lazer e consumo recomendado de frutas e hortaliças (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a escolaridade é importante fator do capital humano e é preditora de melhores condições econômicas. Neste estudo, a manutenção do nível

econômico em A/B apresentou associação com a incidência de autopercepção positiva de saúde. Não foram encontrados na literatura estudos longitudinais que corroborem com a mudança no nível econômico, porém, artigos transversais evidenciaram a associação entre melhores condições no nível econômico e autopercepção positiva de saúde (LOCH et al, 2015; SOUZA, 2012; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012). Assim, o nível econômico demonstra papel relevante na saúde dos indivíduos. Faleiro et al. (2017), investigaram a associação entre a posição socioeconômica no curso da vida e o baixo consumo de frutas e hortaliças, inatividade física no lazer e tabagismo e concluíram que condições socioeconômicas adversas se relacionam à maior prevalência de comportamentos de risco em adultos. Estes dados reforçam ter inferência dos determinantes sociais na saúde dos indivíduos, refletindo nos fatores subjetivos de saúde dos sujeitos. (SOUZA, 2012). É importante ponderar que também houve associação entre autopercepção positiva e a mudança do nível econômico de A/B para C/D/E, o que pode demonstrar que pessoas que partem de uma melhor condição socioeconômica tendem a manter melhores cuidados com a saúde mesmo após a sua mudança.

Quanto à situação conjugal, o presente estudo evidenciou que a incidência de autopercepção negativa de saúde foi maior entre os que se mantiveram sem companheiro. A autopercepção de saúde em indivíduos sem companheiro pode estar relacionada às questões psicossociais, autoestima e solidão. Entretanto, segundo estudos transversais encontrados na literatura, diferentes resultados são apresentados relativos a estado civil e autopercepção de saúde, como a associação entre autopercepção negativa de saúde e indivíduos divorciados/separados (ALVES; RODRIGUES, 2005, KNÖPFLI et al., 2016) ou com indivíduos com companheiro (BELÉM et al., 2016; BEZERRA et al., 2011; JOUTSENNIEMI et al., 2006), assim como a autopercepção positiva de saúde se relacionando com indivíduos casados (CAMPOS et al., 2015; TORQUATO et al., 2014) e viúvos (TORQUATO et al., 2014). Estes diferentes achados são subjetivos e podem depender do tipo ou qualidade da relação, por exemplo, relações desiguais ou abusivas assim como a perda de um companheiro pode gerar estresse emocional e psicológico, causando uma autopercepção negativa de saúde. Além disto, Gomes et al. (2013) verificaram a associação entre mortalidade e estado marital em idosos residente em São Paulo-SP, concluindo que houve maior proporção de óbitos em homens solteiros e

mulheres divorciadas e viúvas, fato explicado pelo estilo de vida, redução ao suporte social, vulnerabilidade financeira e material.

Outro dado encontrado neste estudo foi a relação entre mudança no estado nutricional de sobrepeso/obeso para eutrófico/baixo peso e a incidência de autopercepção negativa de saúde. Realizou-se um ajuste estatístico da mudança do estado nutricional pela presença de doenças (dados não expostos neste estudo), onde a presença de doenças possivelmente explicou esta relação. Desta forma, subentende-se que esta perda de peso foi de forma involuntária, devido ao contexto da patologia. A perda de peso involuntária pode apresentar inúmeras etiologias, podendo se dividir em orgânicas, psicossociais ou idiopáticas, além de se associar a maiores taxas de mortalidade (BOURAS; LANGE; SCOLAPIO, 2001).

6.2 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

Quanto à relação entre a mudança de alguns comportamentos e a incidência de autopercepção de saúde, observou-se que tornar-se fisicamente inativo aumentou a incidência de autopercepção negativa de saúde, assim como, tornar-se fisicamente ativo apresenta-se relacionado à incidência de autopercepção positiva de saúde. Estudo longitudinal realizado na Austrália evidenciou que iniciar ou manter a prática de atividade física associou-se a menor declínio na autopercepção negativa de saúde (SARGENT-COX et al., 2014). Também foram encontrados estudos transversais condizentes com os achados deste estudo (JERKOVIC et al., 2017; CAMPOS et al., 2015; CONFORTIM et al., 2015; ENGBERG et al., 2015; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; ROSENKRANZ et al., 2013; MACHADO et al., 2013). A prática de atividade física traz benefícios à saúde, reduz a incidência de doenças crônicas, e gera bem-estar físico e mental e qualidade de vida, o que leva os indivíduos avaliar melhor sua condição de saúde (CONFORTIN et al., 2015). Além disto, fatores sociais podem perpassar os biológicos, visto que atividade física gera relações sociais entre os indivíduos, como evidenciado por Loch (2015) que constatou a atividade física ser forte mediador entre indicadores de capital social e autopercepção de saúde. Sabe-se também que a prática de atividade física tem impacto positivo na saúde mental e na redução nos níveis de depressão e demência nos indivíduos (BENEDETTI et al., 2008; LAMPINEN; HEIKKINEN; RUOPPILA, 2000). Neste estudo, não foram encontradas associações entre a autopercepção

negativa de saúde e tornar-se fisicamente ativo e entre a autopercepção positiva de saúde e tornar-se fisicamente inativo. Dados como intensidade, tipo e frequência da atividade física realizada no tempo livre pelo indivíduo não foram analisados, o que pode explicar a não associação entre os dados apontados.

Deixar de consumir regularmente frutas e hortaliças aumentou a incidência de autopercepção negativa de saúde, e a manutenção do consumo regular associou-se a incidência de autopercepção positiva de saúde, informação que reforça o que a literatura evidencia (ABULADZE et al., 2017; BARROS et al., 2009; MEIRELLES et al., 2015 ; SÖDERGREN et al., 2012). É possível analisar a alimentação por diferentes pontos de vista (econômico, nutricional e social), e reunidos, revelam estes importante influencia na determinação do tipo de consumo alimentar do indivíduo (OLIVEIRA; THÉBAUD-MONY, 1997). Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), o estudo dos efeitos individuais dos nutrientes se tornam insuficientes na relação entre a alimentação e saúde, sendo considerados outros aspectos relevantes que influenciam a saúde e bem-estar dos indivíduos, como questões de combinação e preparo dos alimentos, os modos de comer e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. A adoção de um estilo de vida saudável inclui cuidados com o consumo alimentar, o que muitas vezes provoca mudanças significativas na relação do indivíduo com a comida, e isto se reflete na saúde de forma objetiva, como a melhora na vitalidade, e subjetiva, retratada na autopercepção positiva de saúde. Na via contrária, a adoção de comportamentos alimentares não saudáveis, como o consumo irregular de frutas e hortaliças atua no aumento dos riscos à saúde, sendo importante causa para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre eles, o sobrepeso e obesidade, sendo uma possível explicação da avaliação negativa de saúde, visto o aumento do risco relativo no modelo ajustado por fatores sociodemográficos e de saúde (GARCIA, 1997; LIMA; NETO; FARIAS, 2005). Não foram coletadas medidas mais completas de alimentação, porém, o consumo de frutas e hortaliças tem sido muito utilizado como um *proxy* de alimentação saudável. Nesta pesquisa, não foram encontradas associações entre passar a consumir regularmente frutas e hortaliças com a autopercepção negativa e positiva de saúde.

Deixar de consumir abusivamente álcool foi relacionado à incidência de autopercepção negativa de saúde. Resultado semelhante foi verificado no estudo de coorte de Sargent-Cox et al. (2014). Outros estudos transversais também

corroboram com os achados desta pesquisa (ABULADZE et al., 2017; BEZERRA et al., 2011; MORICONI; NADEAU, 2015; VALENCIA-MARÍN; GALÁN; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, 2009). O consumo abusivo de álcool se caracteriza em uma importante questão de saúde pública, porém, é bastante complexa a compreensão de seu tema. Embora os malefícios do consumo de bebidas alcoólicas à saúde sejam bem estabelecidos na sua relação com diversas condições de saúde, como: câncer, doenças hepáticas, distúrbios psiquiátricos, doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito, intoxicações, violência, entre outros, seu uso ainda é frequentemente associado a fatores positivos na sociedade, visto as convenções sociais que seu uso está incorporado (MELONI; LARANJEIRA, 2004; MINAYO; DESLANDES, 1998). Estudos demonstram que o consumo de álcool traz uma percepção positiva aos indivíduos em relação à redução das emoções negativas e aumento de bem-estar, autoestima, confiança e enfrentamento de problemas (ASHTON et al., 2017; LEWIS-LAIETMARK et al., 2017; LUND; MOAN; STORVOLL, 2016). Assim, os determinantes sociais do consumo de álcool tornam-se complexos de serem analisados, pois o contexto cultural em que ele se insere estimula o consumo desta substância. Neste estudo, é possível que pessoas tenham parado de consumir álcool de maneira abusiva em função de alguma condição negativa de saúde (ALVES, 2009; SARGENT-COX, 2014). É importante lembrar que a medida utilizada nesta pesquisa foi o consumo abusivo de álcool e não de dependência ao álcool. Não foram encontradas associações entre deixar de consumir álcool abusivamente e a autopercepção positiva de saúde e passar a consumir álcool abusivamente com a autopercepção positiva e negativa de saúde, possivelmente, pelo tamanho reduzido da amostra utilizada nestas análises.

Deixar de fumar associou-se à incidência de autopercepção positiva de saúde, resultado também encontrado no estudo longitudinal de Sargent-Cox et al. (2014), assim como em estudos transversais (CAMPOS et al., 2015 e PERES et al., 2010). O tabagismo é responsável por inúmeros problemas de saúde, e é classificado como um dos quatro principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011). Deixar de fumar relaciona-se a diversos benefícios à saúde, como melhora do condicionamento cardiorrespiratório e vascular, melhora da saúde bucal, entre outros (WHO, 2013). Os resultados deste estudo sugerem a forte conotação social negativa que o cigarro vem apresentando, com a reorientação das antigas

concepções positivas acerca do uso, o que demonstra efetividade das campanhas públicas de cessação do tabagismo (JOSÉ et al., 2017). Desta forma, entende-se que o hábito de fumar está bem estabelecido como prejudicial à saúde. Além disto, a dificuldade de cessação do tabagismo e a superação do mesmo podem trazer ao indivíduo uma avaliação positiva de saúde, e possivelmente, estimular outros hábitos saudáveis de vida. Não foram encontradas associações entre deixar de ser tabagista com a autopercepção negativa de saúde e passar a ser tabagista com a autopercepção positiva de saúde, possivelmente, pelo tamanho da amostra utilizada nestes grupos.

A abordagem da autopercepção de saúde aponta para a classificação da saúde e seus determinantes, se tornando importante medida indicadora das condições de saúde de uma sociedade, auxiliando na identificação de necessidades prioritárias em saúde e suas tendências, e assim, auxiliando na formulação de políticas públicas. É importante lembrar que a autopercepção de saúde é um indicador subjetivo de saúde e a avaliação positiva ou negativa não é determinada apenas por um fator, mas um conjunto deles, o que dificulta a análise de cada determinante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autopercepção de saúde tem sido frequentemente utilizada como preditora de mortalidade. Verificou-se por meio da literatura que a autopercepção negativa de saúde associa-se a maiores riscos de morbimortalidade nos indivíduos. Desta forma, para melhor entender os determinantes da autopercepção positiva e negativa de saúde na população, diversos inquéritos populacionais foram realizados, ao qual se verificou uma extensa gama de fatores que geram associação na autoavaliação do indivíduo, entre elas, fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais.

De modo geral, durante os quatro anos de acompanhamento, mais da metade da população deste estudo manteve sua autopercepção de saúde como positiva ou negativa entre o período da pesquisa.

Foi verificado que a incidência de autopercepção negativa de saúde de saúde foi maior entre adultos de meia-idade, com baixos níveis de escolaridade, que viviam sem companheiro e que apresentaram perda de peso. A autopercepção positiva de saúde foi mais frequente em indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade e que mantiveram no nível econômico AB. Estes achados podem estar relacionados às iniquidades sociais e ao aumento de morbidades.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde, os dados encontrados demonstraram que os comportamentos de risco aumentam a incidência de autopercepção negativa de saúde, assim como, comportamentos saudáveis levam a uma autopercepção positiva de saúde, à exceção do consumo abusivo do álcool, foi o fato de deixar de consumir, aumentou a incidência de autopercepção negativa de saúde.

Também se observou maior incidência de autopercepção negativa entre aqueles indivíduos que se tornaram fisicamente inativos e que passaram a consumir frutas e hortaliças de forma irregular, assim como a maior incidência de autopercepção positiva de saúde foi encontrada entre aqueles que iniciaram a prática de atividade física no tempo livre, que se mantiveram com um consumo regular de frutas e hortaliças e deixaram de fumar.

Destaca-se o fato de possivelmente esta ser a primeira pesquisa que aborda a relação entre a incidência de autopercepção de saúde e a mudança nos comportamentos relacionados à saúde. Além disto, ressalta-se o delineamento desta pesquisa, do tipo longitudinal, sendo possível compreender mais profundamente os

mecanismos causais da autopercepção de saúde, além de apresentar uma amostra significativamente grande com poucas perdas no seguimento. Além disto,

Embora, como vantagem, os estudos de coorte eliminem a questão da causalidade reversa, no presente trabalho não houve controle temporal dos acontecimentos relativos aos comportamentos relacionados à saúde, sendo verificado somente em dois momentos, o que impede determinar a forma como ocorre à mudança da autopercepção de saúde nos indivíduos, sendo esta progressiva ou não. É importante considerar que em determinadas análises estatísticas foram utilizados subgrupos amostrais com um número reduzido de indivíduos, o que pode dificultar na interpretação dos dados.

Ademais, recomenda-se maior número de pesquisas longitudinais que explorem a associação entre a modificação nos comportamentos relacionados à saúde e a incidência da autopercepção de saúde, explorando esta relação em diferentes populações, faixas etárias, gênero, análise combinada de fatores ou pesquisas que incluam outros indicadores de saúde, a fim de se melhor compreender os fatores que influenciam a autopercepção de saúde. Torna-se importante também compreender os mecanismos de adoção e abandono de comportamentos em saúde, e se estes estão interligados, como por exemplo, a adoção de um comportamento saudável estimular a adesão de outros comportamentos saudáveis. Além disto, considerando o caráter subjetivo da autopercepção de saúde, a análise qualitativa desta variável poderá auxiliar na compreensão deste estudo.

Por fim, a elaboração desta pesquisa proporcionou a reflexão de como os indicadores de saúde são importantes instrumentos operacionais na compreensão das condições de saúde do país, auxiliando no aperfeiçoando da formulação, gestão e avaliação das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ABE, T. M. O. **Internação e mortalidade por doença cardiovascular e cerebrovascular no período anterior e posterior à lei antitabaco na cidade de São Paulo**. 2016. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2012. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> >. Acesso em: 10/04/2017.
- ABULADZE, L.; KUNDER, N.; LANG, K.; VAASK, S. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. **British Medical Journal Open**, v.7, n.6, 2017.
- AGOSTINHO, M.; DE OLIVEIRA, M.; EUGÊNIA, M.; UHLEIN BALARDIN, G.; HARZHEIM, E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.17, p.9-15. 2010.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N.. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.17, n.5, p.333-341. 2005.
- ALVES, V. S.. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-2319, Nov. 2009.
- ANDRADE, S.M; SILVA, A.M.R; SOARES, D.A; CAMPOS, J.J.B Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S.M; CORDONI, L; CARVALHO, B.G; GONZÁLEZ, A.D; SILVA, A.M.R. **Bases da Saúde Coletiva**. 2ª ed. Londrina: Eduel, 2017. p.377- 408.
- ARAÚJO, J. D. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, p.533-538, 2012.
- ASHTON K, Bellis MA, DAVIES AR, et al Do emotions related to alcohol consumption differ by alcohol type? An international cross-sectional survey of emotions associated with alcohol consumption and influence on drink choice in different settings. **BMJ Open**, 2017.
- AYDOS, L.R.; FIGUEIREDO NETO, L. F.; TEIXEIRA, W. M. Análise dos determinantes do nível de felicidade subjetiva: uma abordagem local. **Interações**, Campo Grande, v.18, n.1, p.137-150, Mar. 2017.
- BARON-EPEL, O.; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Social Science & Medicine** 2001;53 (9): 1373-81.

BARROS, M. B. D. A.; ZANCHETTA, L. M.; MOURA, E. C. D.; MALTA, D. C. Autoavaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, p.27-37, 2009.

BELÉM, P. L. D. O.; MELO, R. L. P. D.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. D. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, p.265-276, 2016.

BEM, Daryl. **Self-Perception Theory**. New York/London: Academic Press, Inc., 1972

BENEDETTI, T. R. B. et al . Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p.302-307, 2008.

BEZERRA, P. C. D. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, p.2441-2451, 2011.

BOPP, M.; BRAUN, J.; GUTZWILLER, F.; FAEH, D. Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. **PLoS One**, v.7, n.2, 2012.

BOURAS, E.P; LANGE, S.M; SCOLAPIO, J.S. Rational approach to patients with unintentional weight loss. **Mayo Clinical Proceedings**. 2001; 76:923-929.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Brasília-DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático: Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a. 160 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2008: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 120 p

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2008: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 151 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v.19, p.283-303, 2011.

BUSATO, M.; SOUZA GALLINA, L.; TEO, C. R.; FERRETTI, F.; POZZAGNOL, M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. v.38, p.625-635, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, p.77-93, 2007.

CAMEY, S. A. et al . Bias of using odds ratio estimates in multinomial logistic regressions to estimate relative risk or prevalence ratio and alternatives. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.21-29, Jan. 2014.

CAMPOS, A. C. V.; ALBALA, C.; LERA, L.; SÁNCHEZ, H.; VARGAS, A. M. D.; E FERREIRA, E. F. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. **BMC Public Health**, v.15, n.1, p.365, 2015.

CARDOSO, J. D. C.; AZEVEDO, R. C. D. S.; REINERSC, A. A. O.; LOUZADAD, C. V.; ESPINOSA, M. M. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.35, n.4, p.35-41, 2014.

CARVALHO, A. T. D.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. D. A.; OLIVEIRA, P. N. F. P. D.; MENDONÇA, D. M. D. M. V.; BARROS, H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n., p. 2449-2461, 2015.

CARVALHO, A.L. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p.19-38.

CASTIEL D, VASCONCELLOS-SILVA PR. **Saúde em Debate na Educação Física** Blumenau: Nova Letra; 2006

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, p.423-425, 1999.

CONFORTIN, S. C.; GIEHL, M. W. C.; ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; D ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, p.1049-1060, 2015.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, p.701-709, 1999.

DESALVO, K. B.; BLOSER, N.; REYNOLDS, K.; HE, J.; MUNTNER, P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, n.3, p.267-275, 2006.

DING, D.; ROGERS, K.; VAN DER PLOEG, H.; STAMATAKIS, E.; BAUMAN, A. E. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. **PLoS Med**, v.12, n.12, 2015.

ENGBERG, E.; LIIRA, H.; KUKKONEN-HARJULA, K.; FROM, S.; KAUTIAINEN, H.; PITKALA, K.; TIKKANEN, H. Associations of physical activity with self-rated health and well-being in middle-aged Finnish men. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.43, n.2, p.190-196, 2015.

FALEIRO, J.C; et al. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2017; 33(3).

FRENCH, D.J., BROWNING, C., KENDIG, H., LUSZCZ, M.A., SAITO, Y., SARGENT-COX, K., et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. **BMC Public Health** 2012; 12:649.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; GAWRSZEWSKI, V. P.; DUARTE, E. C. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.38, n.4, 2015.

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 7(2): 51-68, 1997.

GOOGLE MAPS. **[Cambé, PR]**. [2017]. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Camb%C3%A9,+PR/@-24.8389439,-53.5941282,6.71z/data=!4m5!3m4!1s0x94eb59f61165866d:0x39f606e19c41cfd!8m2!3d-23.277052!4d-51.2803152>>. Acesso em 05/05/2017

GOMES, M.M.F, et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.566-578, Mar. 2013.

GUIMARÃES, N.; MIGUEZ, J.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúdecohort study. **BMC Public Health**, v.12, n.1, p.676, 2012.

HAMMOND, A., et al. **Environmental indicators: a systematic approach to measuring and reporting on environmental policy performance in the context of sustainable development**. Washington, D.C.: World Resources Institute, 1995.

HUOHVANAINEN, E.; STRANDBERG, A. Y.; STENHOLM, S.; PITKÄLÄ, K. H.; TILVIS, R. S.; STRANDBERG, T. E. Association of Self-Rated Health in Midlife With Mortality and Old Age Frailty: A 26-Year Follow-Up of Initially Healthy Men. **The Journals of Gerontology: Series A**, v.71, n.7, p.923-928, 2016.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014.

JERKOVIC, O.S.; SAULIUNE, S.; SUMSKAS, L.; BIRT, C. A.; KERSNIK, J. Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS 2 survey. **European Journal of Public Health**, v.27, n.2, p.74-79, 2017.

JOSÉ, B. P. D. S.; CORRÊA, R. D. A.; MALTA, D. C.; PASSOS, V. M. D. A.; FRANÇA, E. B.; TEIXEIRA, R. A.; CAMARGOS, P. A. M. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, p.75-89, 2017.

JOUTSENNIEMI, K.E. et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health-time trends in Finland, 1978-2001. **European Journal of Public Health**. Helsinki, v.16, n.5, p.476-483, 2006.

KIKUCHI, H.; INOUE, S.; LEE, I. M.; ODAGIRI, Y.; SAWADA, N.; INOUE, M.; TSUGANE, S. Impact of moderate-intensity and vigorous-intensity physical activity on mortality. **Medicine & Science in Sports Exercise**, 2017.

KNOPFLI, B.; CULLATI, S.; COURVOISIER, D. S.; BURTON-JEANGROS, C.; PERRIG-CHIELLO, P. Marital breakup in later adulthood and self-rated health: a cross-sectional survey in Switzerland. **International Journal Public Health**, v.61, n.3, p.357-366, 2016.

LAMPINEN, P.; HEIKKINEN, R.L.; RUOPPILA, E. Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: na eight-year follow-up. **Preventive Medicine**. v.30, Issue 5, p.371-380, 2000.

LEE, H. L.; HUANG, H. C.; LEE, M. D.; CHEN, J. H.; LIN, K. C. Factors affecting trajectory patterns of self-rated health (SRH) in an older population--a community-

based longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.54, n.3, p. 334-341, 2012.

LEWIS-LAIETMARK C, WETTLAUFER A, SHIELD KD, et al. The effects of alcohol-related harms to others on self-perceived mental well-being in a Canadian sample. **International Journal of Public Health**, 2017. v.62, p.669–678.

LIMA, R. S.; NETO, J. A. F.; FARIAS, R.C.P. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **Demetra**. 2015; 10(3); p.507-522.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; MATOS, D. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p.1893-1902, 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.827-834, 2004.

LIU, H.; HUMMER, R. A. Are educational differences in U.S. self-rated health increasing?: an examination by gender and race. **Social Science & Medicine**, v.67, n.11, p.1898-1906, 2008.

LOCH, M.R. **Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde: estudo de base populacional**. Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade estadual de Londrina. Londrina-PR. 2013.

LOCH, M. R.; SOUZA, R. K. T. D.; MESAS, A. E.; GONZÁLEZ, A. D.; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F. Association between social capital and self-perception of health in Brazilian adults. **Revista de Saúde Pública**, v.49, 2015.

LOPES, C. E.; ABIB, J. A. D. Teoria da percepção no behaviorismo radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.18, p.129-137, 2002.

LUND, IO; MOAN IS STORVOLL EE Harm from others' drinking: how problematic do people with and without experience of harm perceive it to be? **International Journal of Drug Policy**, 2016.

MACHADO, V. S. S.; VALADARES, A. L. R.; DA COSTA-PAIVA, L. S.; DE SOUZA, M. H.; OSIS, M. J.; PINTO-NETO, A. M. Factors associated with self-perception of health among Brazilian women 50 years or older: a population-based study. **Menopause**, v.20, n.10, p.1055-1060, 2013.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, p.151-164, 2013.

- MCFADDEN E, LUBEN R, BINGHAM S, WAREHAM N, KINMONTH A, KHAW K. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. **BMC Public Health** 2008; p.8:230.
- MEIRELLES, A. L.; XAVIER, C. C.; ANDRADE, A. C. D. S.; FRICHE, A. A. D. L.; PROIETTI, F. A.; CAIAFFA, W. T. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: The BH Health Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, p.120-135, 2015.
- MELO, A. P. S.; FRANÇA, E. B.; MALTA, D. C.; GARCIA, L. P.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, p.61-74, 2017.
- MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. The social and health burden of alcohol abuse. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2004; 26:7-10.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**. 14(1): 32-42. 1998.
- MOLARIUS A, JANSON S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **Journal of Clinical Epidemiology** 2002; 55:364-70.
- MORENO, X.; ALBALA, C.; LERA, L.; SANCHEZ, H.; FUENTES-GARCIA, A.; DANGOUR, A. D. The role of gender in the association between self-rated health and mortality among older adults in Santiago, Chile: A cohort study. **PLoS One**, v.12, n. 7, 2017.
- MORICONI, P. A.; NADEAU, L. A Cross-Sectional Study of Self-Rated Health among Older Adults: Association with Drinking Profiles and Other Determinants of Health. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, 2015
- MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; NUNES, B. P.; MOLA, C. L. D.; SILVA, I. C. M. D.; MATIJASEVICH, A. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, 2017.
- NAHAS, M.V; BARROS, M.G.V.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. 2000; (5)2: 48-59.
- NAWI, N.G; HAKIMI, N; SANTOS, A.; BYASS, P; WILOPO, S. Is self-rated health an independent index for mortality among older people in Indonesia? **PLoS One**, v.7, n.4, 2012
- NISHI, A.; KAWACHI, I.; SHIRAI, K.; HIRAI, H.; JEONG, S.; KONDO, K. Sex/gender and socioeconomic differences in the predictive ability of self-rated health for mortality. **PLoS One**, v.7, n.1, 2012.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, p.415-428, 2012.

OLIVEIRA, S. P.; THEBAUD-MONY, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.201-208, 1997.

OLIVEIRA, V.S; MAIA, P.C.G.G; SANTOS, J; SOUSA, M.N.A. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. **Saúde Santa Maria**, v.43. n.1, p.214-224, 2017.

OKAMOTO, K.; HARASAWA, Y.; MOMOSE, Y.; SAKUMA, K. Risk factors for 6-year mortality by gender in a Japanese elderly population. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.45, n.3, p.335-341, 2007.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interacional de Informações para a Saúde – Ripsa. Brasília: OPAS; 2008

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, É. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, p.1593-1602, 2011.

PAIXÃO L. A. R. **Autopercepção da saúde em idosos: dimensões e fatores associados, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013**. Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, p.723-734, 2013.

PLATTS, L. G.; GERRY, C. J. Social inequalities in self-rated health in Ukraine in 2007: the role of psychosocial, material and behavioural factors. **European Journal of Public Health**, v.27, n.2, p.211-217, 2017.

PROCHASKA, J. O. et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychology**, Hillsdale, v.13, n.1, p.39-46, 1994.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, p.3353-3362, 2012.

ROSENKRANZ, R. R.; DUNCAN, M. J.; ROSENKRANZ, S. K.; KOLT, G. S. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. **BMC Public Health**, v.13, n.1, 2013.

ROSSI, A.; DIKAREVA, A.; BACON, S. L.; DASKALOPOULOU, S. S. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. **Journal of Hypertension**, v. 30, n. 7, p. 1277-1288, 2012.

SANTOS, A. L. B.; GUBERT, M. B; DE DEUS, A. C. S. A insegurança alimentar grave está associada a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular no Distrito Federal. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v.11, n.4, p.1017-1029, 2016.

SANTOS, S. M.; CHOR, D.; WERNECK, G. L.; COUTINHO, E. S. F. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p.2533-2554, 2007.

SARGENT-COX, K.; CHERBUIN, N.; MORRIS, L.; BUTTERWORTH, P.; ANSTEY, K. J. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: a longitudinal cohort study. **Preventive Medicine**, v.58, p.75-80, 2014.

SARGENT-COX, K; ANSTEY, K.J; LUCZCZ, M.A. The choice os self-rate health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. **BMC Geriatrics**, 2010.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão.; SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v.377, n. 9781, p.1949-1961, 2011.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, out. 1997, v.31, n.5, p.538-542

SERPA, M. A. et al. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. **Reprodução & Climatério**, v.31, p.76-81, 2016.

SHEN, C.; SCHOOLING, C. M.; CHAN, W. M.; ZHOU, J. X.; JOHNSTON, J. M.; LEE, S. Y.; LAM, T. H. Self-rated health and mortality in a prospective Chinese elderly cohort study in Hong Kong. **Preventive Medicine**, v.67, p.112-118, 2014.

SODERGREN, M.; MCNAUGHTON, S. A.; SALMON, J.; BALL, K.; CRAWFORD, D. A. Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study. **BMC Public Health**, v.12, p.551, 2012.

SOUZA, D. E. **Determinação Social da saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida**. Doutorado em Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA. 2012

SOUZA, L. S. P. L. D.; BRUNKEN, G. S.; SEGRI, N. J.; MALTA, D. C. Tendências da autoavaliação de saúde em relação ao excesso de peso na população adulta

residente nas capitais do Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, p.299-309, 2017.

SOUZA, R. K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; MATSUO, T.; CABRERA, M. A. S.; REMONDI, F. A.; YONAMINE, C. Y. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviço de Saude**, v.22, n.3, p.435-444, 2013.

STONE A.A., SCHWARTZ J.E., BRODERICK J.E., DEATON A. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. United States of America. 2010; 107(22) p.85-90.

TEO, C. R. P. A.; TAGLIETT, R. L.; BUSATO, M. A.; SIGNOR, B. Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção. **Espaço Para A Saúde – Revista De Saúde Pública Do Paraná**, v.17, n.2, p.78-188, 2016.

TORQUATO, S. C. R.; FREIRE, J. A. P.; COSTA, A. D. O. R.; SILVA JÚNIOR, A. J. D.; FROTA, K. D. M. G. Fatores Associados À Autoavaliação De Saúde Em Idosos Da Cidade De Picos - Piauí. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, p.3087-3000, 2014.

VALENCIA-MARTIN, J. L.; GALÁN, I.; RODRIGUEZ-ARTALEJO, F. Alcohol and self-rated health in a Mediterranean country: the role of average volume, drinking pattern, and alcohol dependence. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.33, n.2, p.240-246, 2009.

VINTÉM, J. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Revista Portuguesa De Saúde Pública**, v.26, n.2, 2008.

WAGNER, D. C.; SHORT, J. L. Longitudinal Predictors of Self-Rated Health and Mortality in Older Adults. **Preventing Chronic Disease**, v.11, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Formulário De Coleta De Dados 2011

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações.

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO


Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistador:
1º Visita: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):


2º Visita: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão Motivo:
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___ Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2



Nome:*	Código:
---------------	----------------



 Para todos os indivíduos:

<u>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</u>									
1. Qual é o seu Estado Civil?* (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV								
2. Você se considera da cor ou raça: (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR								
3. Quantos anos completos você estudou?* [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	ESTU
Analfabeto	0 anos								
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos								
1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos								
2º grau ou ensino médio	11 anos								
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1								
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2								

<p>6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:</p>	
<p>6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL10
<p>6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL11
<p>6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL12
<p>6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo</p> <p>(4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL13
<p>7. Hoje em dia, com que freqüência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</p> <p>(1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam</p> <p>(3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam</p>	SOL2
<p>8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente:</p> <p>(1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico</p> <p>(3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento</p>	VIOL1

(5) Muito violento		
<p>9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer:</p> <p>(1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a)</p> <p>(3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a)</p> <p>(5) Muito inseguro(a)</p>		VIOL2
<p>10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias:</p> <p>(1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões</p> <p>(3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões</p> <p>(5) Controle sobre todas as decisões</p>		POL1
<p>11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:</p>	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
<p>AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA. NÃO SE PREOCUPE EM RESPONDÊ-LAS.</p>		
<p>12. Quantos trabalhos você exerce atualmente?* []</p> <p> Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14</p>		TR1


13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?* (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17			TR2
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?* <hr/>			TR3
15. Nesse trabalho você é:* (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado			TR4
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:.*	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16
A7. Indústria da borracha			PB17
17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:*  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?

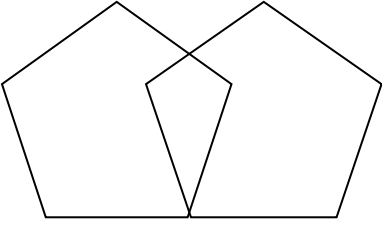
A1. Fabricação e recuperação de baterias						PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo						PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)						PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)						PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo						PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos						PB25
A7. Indústria da borracha						PB26
18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?* (1) Sim (2) Não						PB30
 Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos acima)? []						PB31
19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?* (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não						PB40
 Se SIM: 19.1*. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []						PB41
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5) Outros						COM
21. Classe econômica:*						ABEP
	Número de Itens					
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3	4+	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	4	5	6	7	
Automóvel	0	4	7	9	9	
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2	
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	

Freezer (separado ou	0	2	2	2	2	
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental						0
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.						1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo						2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo						4
Superior completo						8
Pontuação total			[]	




 Somente para indivíduos maiores de 50 anos





<p>AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.</p>	
<p>22. Orientação no tempo:</p> <p>22.1. Que dia é hoje?</p> <p>22.2. Em que mês estamos?</p> <p>22.3. Em que ano?</p> <p>22.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?</p> <p>22.5. Qual a hora aproximada?</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada resposta certa</p>
<p>23. Orientação no espaço:</p> <p>23.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?</p> <p>23.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?</p> <p>23.3. Em que bairro nós estamos?</p> <p>23.4. Em que cidade nós estamos?</p> <p>23.5. Em que estado do Brasil nós estamos?</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada resposta certa</p>
<p>24. Registro:</p> <p>Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO.</p>	<p>1 ponto para cada palavra repetida</p>

<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte:</p> <p>O que é isso?</p>  <p>()</p> <p>Número de respostas corretas</p>	<p>1 ponto para cada</p>
<p>O que é isto?</p>  <p>()</p> <p>Número de respostas corretas</p>	<p>1 ponto para cada tarefa</p>
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas</p>	<p>1 ponto</p>
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</p> <p>Resposta correta</p>	<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p>
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <p>Resposta correta</p>	<p>1 ponto (Considere apenas se</p>
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>	<p>1 ponto</p>




	<p>houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>Número de respostas corretas []</p> <p>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>	<p>MM</p>




 Para todos os indivíduos



<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</u>	
<p>30. O(a) Sr(a) Fuma?* (1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO, pule para a questão 33</p>	<p>FUM1</p>
<p> Se SIM: 30.1. Qual a frequência?* (1) Diariamente (2) Ocasionalmente</p>	<p>FUM2</p>
<p> Se DIARIAMENTE: 30.2. Quantos cigarros por dia?* []</p>	<p>FUM3</p>

]	
31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (0) Não lembra	FUM4
32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM5
33. O Sr (a) já fumou?* (1) Sim (2) Não	FUM6
 Se SIM: 31.1. Que idade o senhor (a) tinha quando parou de fumar? [] anos	FUM7
34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?* (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 35	ALC1
 Se SIM: 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica? * (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
 Se SIM: 32.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? * []	ALC4



AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.



<p>35. Em uma semana normal (típica) o sr.(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?* (1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO, pule para a questão 38</p>				EX1
<p> Se SIM:</p>				
<p>36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:*</p>				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
<p>37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?* (1) Sim (2) Não</p> <p> Se Sim, pule para a questão 40</p>				EX5
<p>38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não</p>				EX6




 Se Sim , pule para a questão 40	
39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não	EX7
40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:* (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso	EX8
41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?* (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 43	EX9
42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.	EX10
VOU AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES	
43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL1
44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?* (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca , pule para questão 46	AL3




<p>45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:*</p> <p>(1) Tirar sempre o excesso de gordura visível</p> <p>(2) Comer com a gordura</p> <p>(3) Não come carne vermelha com muita gordura</p>	AL4
<p>46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?*</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias</p> <p>(4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se nunca, pule para questão 47</p>	AL5
<p>46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:*</p> <p>(1) Tirar sempre a pele</p> <p>(2) Comer com a pele</p> <p>(3) Não come pedaços de frango</p>	AL6
<p>47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)*</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias</p> <p>(4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se nunca, pule para questão 48</p>	AL7
<p>47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?*</p> <p>(1) Integral (2) Desnatado ou semi-desnatado</p> <p>(3) Os dois tipos (99) Não sabe</p>	AL8
<p><u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u></p>	
<p>48. Respondente:</p> <p>(1) Própria pessoa (2) Cuidador</p>	RES
<p>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE, COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO.</p>	
<p>49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	<p>Nível:</p>

<p>49.1. Alimentar-se?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>			CF1
<p>49.2. Tomar banho?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	Se SIM :		CF2
<p>49.3. Vestir-se?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(2) Com dificuldade		CF3
<p>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão		CF4
<p>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(4) Precisa de ajuda parcial		CF5
<p>49.6. Para urinar (micção)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(5) Não consegue, precisa de outra pessoa		CF6
<p>49.7. Para fazer cocô (defecação)</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento		CF7
<p>50. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão</p> <p>(4) Precisa de ajuda parcial</p> <p>(5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	(3) Incontinência frequente		CF10
	(4) Incontinência total		

<p>51. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para andar pela casa ou chegar ao elevador (no caso de morar em apartamento)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa:</p> <p>(2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar (5) Não anda</p>	CF11
<p>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar?</p> <p>(1) Bengala simples (2) Trípode (3) Quadrípode (4) Andador</p>	CF111
<p>52. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para caminhar fora de casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa:</p> <p>(2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável (4) Utiliza CR com dificuldade (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa?</p> <p>(1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Instala sozinho (3) Instala com dificuldade (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso</p>	CF13





(5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa	
<p>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar?</p> <p>(1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)</p> <p>(2) Desloca-se sozinho em CR</p> <p>(3) Desloca-se com dificuldade em CR</p> <p>(4) Precisa que alguém empurre a CR</p> <p>(5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p> Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas?</p> <p>(1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF142
<p>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione</p> <p>(4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa</p> <p>(5) Não utiliza escadas</p>	CF15
56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?	CF16

(1) Sim (2) Não	
<p>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs)</p> <p>(3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs</p> <p>(4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza:</p> <p>(1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo</p> <p>(3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos</p> <p>(4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento</p> <p>(3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou</p>	CF22





<p>utiliza linguagem de gestos</p> <p>(4) Não comunica</p>	
<p>59.1.1. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação?</p> <p>(1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes</p> <p>(3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente</p> <p>(4) Amnésia quase total</p>	CF30
<p>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está:</p> <p>(2) Algumas vezes desorientado</p> <p>(3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares</p> <p>(4) Desorientação completa</p>	CF31
<p>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a):</p>	CF32


<p>(2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>		
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas? (1) Sim (pule para a questão seguinte) () Não</p> <p>↪ Se NÃO, 62.1. O(a) Sr (a):</p> <p>(2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>		CF33
<p>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta: (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>		CF34
<p>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>		Nível:
<p>65.1. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>Se SIM:</p> <p>(2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza</p>	CF40
<p>65.2. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>		CF41

<p>65.3. Preparar as refeições?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas</p> <p>(5) Não faz</p>		CF42
<p>65.4. Fazer compras?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>			CF43
<p>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Utiliza com dificuldade</p> <p>(3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência</p> <p>(4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende</p> <p>(5) Não utiliza o telefone</p>			CF44
<p>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a):</p> <p>(2) Utiliza com dificuldade</p> <p>(3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado</p> <p>(4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair</p> <p>(5) Deve ser transportado em maca</p>			CF45
<p>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)?</p>			CF46

<p>(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Administra com dificuldade</p> <p>(3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas</p> <p>(4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado</p> <p>(5) Não administra o próprio dinheiro</p>	
<u>BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</u>	
<p>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não/lembra</p>	PS1
<p> Se SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura?*</p> <p>(1) parcial (co-participativo) (2) integral</p>	PS2
<p>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?*</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO, pule para a questão 74</p>	SUS
<p>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p> Se SIM, 72.1: Com que frequência? [] visitas/mês*</p>	ACS1
<p>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?*</p> <p>(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1


<p>↪ Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?* []</p>	MED2
<p>74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?* []</p>	MED3
<p>74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico?</p> <p>(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	MED4
<p>75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CIR
<p>76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?*</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	INT1
<p>↪ Se SIM: 76.1.O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?* _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT2
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
<p>77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p> <p>↪ Se NÃO pule para a questão 82</p>	DNT1
<p>78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?*</p> <p>(1) Menos de um ano (2) Um a dois anos</p> <p>(3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra</p>	DNT2
<p>79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?*</p> <p>(1) Serviço público (2) Serviço particular</p> <p>(3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros</p> <p>(99) Não sabe/lembra</p>	DNT3
<p>80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:*</p> <p>(1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração</p> <p>(4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra</p>	DNT4
<p>81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta:</p>	DNT5






(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	
BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
82. Você já perdeu algum dente? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 84	SB1
 Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []	SB2
83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
 Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte: (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
84. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (1) Sim (2) Não	SB5
85. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
86. Você tem observado sangramento na gengiva: (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7
87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
 Se SIM: 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []	SB9
88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB11



 Se NÃO pule para a questão 92	
90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL	
93. Como você classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde, agora: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde, agora: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE <u>SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS</u> . SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.	
96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar []	SON1
97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos []	SON2
98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de	SON3


manhã? Hora usual de levantar []					
99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? Horas de sono por noite []					SON4
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim					SON6
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON7
102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)	
102.1. Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a
102.2. Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b
102.3. Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c
102.4. Não consegui respirar confortavelmente					SON5d
102.5. Tossiu ou roncou forte					SON5e
102.6. Sentiu frio					SON5f
102.7. Sentiu calor					SON5g
102.8. Teve sonhos ruins					SON5h
102.9. Teve dor					SON5i

102.10. Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib
Com que frequência, durante o último mês você teve dificuldade para dormir devido a essa razão					SON5j
103. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, estudo)? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON8
104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON9
105. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações (caso não tenha passado por alguma situação, tente imaginar como elas o afetariam): 0 = nunca cochilaria: 1= pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar					
SITUAÇÕES (CIRCULE A PONTUAÇÃO RESPONDIDA)					
105.1 Sentado e lendo	0	1	2	3	SON10A
105.2 Assistindo TV	0	1	2	3	SON10B
105.3 Sentado, quieto, em lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3	SON10C
105.4 Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3	SON10D
105.5 Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3	SON10E
TOTAL					SON10
106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites?*					SON11

(1) Sim (2) Não		
 Se SIM, 106.1 Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não		SON11a
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos?* (1) Sim (2) Não		SON12
108. O Sr(a) sabe qual o seu peso? [] kg		PESR
109. O Sr (a) sabe qual sua altura? [] m		ALTR
110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO: [] cm		CBE
111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____		PA1
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u>		
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
	Sim/Não	HA
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?		
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
112.3 Colesterol elevado?		CT
112.4 Angina?		AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1

 Se SIM , há quanto tempo aconteceu? [] anos	DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não	DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?	DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?	IRC
112.9 Doença pulmonar?	DP
112.10 Fratura de quadril?	FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?	ART
112.12 Problema na coluna?	COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?	CAN
112.14 Depressão?	DEP
112.15 Outras? Qual(is):	DOT
 SOMENTE MULHERES:	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 A Sra ainda menstrua? (1) Sim (2) Não  Se Não , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
 Se AFIRMOU alguma doença: 114. Você utiliza remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 117	TRAT1

NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA.	
<p>115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ADS1
<p>116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ADS2
<p>117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	QUE1
<p> Se SIM: 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []</p>	QUE2
<p>117.2. Onde? _____</p>	QUE3
<u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
<p>118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 131</p>	TRAT2
<p>119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho (<i>pule para a próxima questão</i>) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa</p>	CF47
<p>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	RAM
<p>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ROT

<p>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR1
<p>123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR2
<p>VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <u>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</u> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</p>	
<p>124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não</p>	ADS3
<p>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não</p>	ADS4
<p>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não</p>	ADS5
<p>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de toma-la? (1) Sim (2) Não</p>	ADS6
<p>128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: []</p>	ADS7
<p>129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado?* (1) Sim (2) Não</p>	ACE1
<p> Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?* (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra</p>	ACE2
<p>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS <u>ÚLTIMOS 15 DIAS</u>. (PAUSA).</p>	

130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?*

(1) Sim (2) Não



Se **SIM**: Copie as informações sobre o tratamento (Nome do medicamento, posologia, duração do tratamento, ações requeridas e instruções de uso) **APENAS** da receita **MAIS RECENTE**:

(130. CONTINUAÇÃO)

() Receita com problemas de legibilidade

REC

RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO

BLOCO 7 – MEDIDAS

131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas:_____

NOME:	CÓDIGO:
--------------	----------------

Por favor, preciso que me ajude relatando os medicamentos o(a) senhor(a) utiliza. Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa) que **UTILIZOU nos últimos 15 dias** e me ajude a responder um a um. Podemos começar?

	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Forma de dosag.	Indicação	Posologia			Local de Aquisição	Modo de tomar								
						Comp. por dia	Vezes por dia	S/N		Partir ou triturar	Dissolver	Múltiplas unidades	Dose variável	Horário exclusivo	Relação c/ alimento	Líquido específico	Reduzir/ aumentar a dose	Doses alternadas
M1																		
M2																		
M3																		
M4																		
M5																		
M6																		
M7																		
M8																		
M9																		
M10																		
M11																		

* Indicação: 1- Médico ou dentista; 2- Farmacêutico ou balconista; 3- Amigos, parentes e/ou vizinhos; 4- Automedicação (conta própria); 5- Não lembra; 6- Outro
 ** Local de Aquisição: 1- Posto de Saúde; 2- Hospital; 3- Farmácia de Dispensação; 4- Farmácia de manipulação; 5- Regional de Saúde; 6- Não lembra; 7- Outro
 Além destes medicamentos, o(a) senhor(a) se recorda de mais algum remédio que nessas últimas duas semanas o senhor tomou ou deveria ter tomado que não listamos? **Lembre-se de medicamentos para dores (de cabeça, musculares, nas costas), para azia ou má digestão ou qualquer outra condição.**

Paciente N° _____

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico usados se necessário): _____

Instruções:

1 O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (no momento da dispensação ou alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita baseada no julgamento clínico de quem está preenchendo.

2 Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.

3 Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e forma de dosagem) estiver presente na farmacoterapia mais que uma vez em diferentes concentrações (ex. Mareval 5mg, 3mg e 1 mg), deverá ser considerado ainda como uma só medicação.

4 Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/frequência (ex.: Aerolin spray-bombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia terá pontos para 'inaladores de dose medida (bombinha)', '2x dia' e 'dose variável'; mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').

5 Em alguns casos a frequência de dose precisa ser calculada (ex.: Ranitidina 1 manhã e noite, é igual a 2 x dia).

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem (forma farmacêutica) presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

	Formas de dosagem	peso
ORAL	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/Grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
TOPICO	Crems/Géis/Pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/Soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/Patches	2
	Spray de uso tópico	1
OUVIDO, OLHOS E NARIZ	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
INALAÇÃO	Accuhalers (pó seco para inalação/ diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó-seco	3
OUTROS	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: -Pré-caregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia Controlada pelo Paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A		

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [√] no quadro correspondente a sua frequência de dose. Então, some o número de [√] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total X Peso
1 x dia			1	
1 x dia S/N			0,5	
2 x dia			2	
2 x dia S/N			1	
3 x dia			3	
3 x dia S/N			1,5	
4 x dia			4	
4 x dia S/N			2	
12/12h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h S/N			2	
6/6h			4,5	
6/6h S/N			2,5	
4/4h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor frequência			2	

C) Marque [√] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presente na medicação. Então, some o número de [√] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x N° de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (ex.: 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (ex.: 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (ex.: manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (ex.: com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (ex.: 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2011

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“DOENCAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANA: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “DOENCAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANA: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES”, realizada em todo o município de Cambe/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se dará respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, no 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambe, ____ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável: _____

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C

Instrumento De Coleta De Dados De 2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIGICARDIO 2011-2015

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:		Código:
Data de Nascimento:	Celular:	
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto		
Data da Entrevista:		

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Rua:		
Setor Censitário:	N°:	Complemento:
Mudou de endereço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Novo Endereço: Rua:		
N°:	Complemento:	
Telefone:	Obs:	
Email:		

INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão Motivo:		
		Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

CONTATOS PARA ENCONTRAR A PESSOA NO FUTURO - SEGUIMENTO

Nome/Relação	Endereço	Fone
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

COLETA DE EXAMES

Laboratorial: ___/___/___	Horas: _____	<input type="checkbox"/> Realizar contato
Oftalmológico:	Data: ___/___/___	Horas: _____








Nome:	Código:
-------	---------



➤ Para todos os indivíduos:









BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO																	
1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável			CIV														
2. Quantos anos completos o(a) senhor(a) estudou? []			ESTU														
<table border="1"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td>0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td>4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo</td> <td>8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td>11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td>15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>15 + 2</td> </tr> </table>		Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2		
Analfabeto	0 anos																
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos																
1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos																
2º grau ou ensino médio	11 anos																
Ensino superior	15 anos																
Especialização	15 + 1																
Mestrado	15 + 2																
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.																	
3. O(a) senhor(a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não			TR1														
<p>➤ Se NÃO: 3.1 Como o(a) senhor(a) se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado</p> <p>➤ Pule para a questão 7</p>			TR2														
4. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho (ocupação) principal?			TR3														
5. Nesse trabalho o(a) senhor(a) é: (1) Empregado formal (carteira de trabalho) (2) Empregado informal (3) Autônomo/Conta própria (4) Não remunerado			TR4														
6. O(a) Sr(a). Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1														
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11														
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12														
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13														
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14														
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15														
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16														
A7. Indústria da borracha			PB17														



7. O(a) Sr(a). já trabalhou com alguma das atividades:	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?	
 Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?				
A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25
A7. Indústria da borracha				PB26
8. Alguém que mora com o(a) Sr(a). trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30
 Se SIM: 8.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31
9. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40
 Se SIM: 9.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [] metros				PB41
10. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/'veneno'/'praguicidas? (1) Sim (2) Não				PB50
 Se SIM: 10.1 Qual o nome da cultura ou do produto aplicado?				PB51
 Se SIM: 10.2 A última aplicação foi há mais de 30 dias? (1) Sim (2) Não				PB52
BLOCO 2 – VARIÁVEIS DO ESTADO DE SAÚDE				
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL				
11. Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim				EST1
12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus dentes (amálgama): (1) Sim, atualmente (2) Sim, já teve há mais de 1 ano (3) Sim, já teve há menos de 1 ano (4) Não (99) Não sabe/lembra				DEN1
13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral: (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim				SON6
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u>				
14. Quais das doenças/condições abaixo o(a) senhor(a) já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:				







14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	(1)SIM (2)NÃO	HA
14.2 Colesterol elevado?		CT
14.3 Angina (dor no peito)?		AG
14.4 Insuficiência Cardíaca?		ICC
14.5 Ataque cardíaco/Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
↪ Se SIM, 14.5.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		IAM3
↪ 14.5.2 Ele já se repetiu alguma vez?		IAM4
14.6 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
↪ Se SIM, 14.6.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
↪ 14.6.2 Ele já se repetiu alguma vez?		DCV3
14.7 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
14.8 Doença pulmonar/pulmão?		DP
14.9 Fratura de quadril?(incluindo o fêmur)		FQ
14.10 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
14.11 Problema na coluna?		COL
14.12 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
14.13 Depressão?		DEP
14.14 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
↪ Se SIM: 14.14.1 Há quanto tempo (anos) tem DM? [] anos		DM1
↪ 14.14.2 Como controla o DM? (1) Dieta (2) Comprimidos (3) Insulina (permite mais de uma resposta)		DM2
14.15 Outras? Qual(is):		DOT
14.16 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↪ Se NÃO : pule para questão 14.17		QUE1
↪ Se SIM: 14.16.1 O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []		QUE2
↪ 14.16.2 Em qual(ais) local(ais) aconteceram a(s) queda(s)? (1) Em casa (2) Fora da Casa		QUE3
↪ Se em casa, 14.16.1.1 Onde: _____		QUE4
↪ Se fora da casa, 14.16.2.1 Onde: _____		QUE5
↪ 14.16.3 Em algumas dessas quedas ocorreu uma fratura? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		QUE6


 Se SIM: 14.16.3.1 Qual parte do corpo foi fraturado?	QUE7
 SOMENTE MULHERES:	
14.17 A senhora entrou na menopausa, ou seja, parou de sangrar definitivamente há 1 ano ou há mais de 1 ano? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MP1
 Se SIM: 14.17.1 Há quanto tempo? [] ano(s) (99) Não sabe/não lembra	MP2
VOU PERGUNTAR AGORA SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS	
15. Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Ataque cardíaco/Infarto antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	IAM2
16. Seus pais ou irmãos tiveram Doença Cerebrovascular/Derrame antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	DCV4
17. O(a) senhor(a) já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MSUB
<u>BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
18. Lembre-se brevemente de suas atividades nas duas últimas semanas. Neste período o(a) Sr(a). utilizou algum medicamento? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 35	MED1
AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA TODOS OS MEDICAMENTOS, INCLUINDO VITAMINAS, SUPLEMENTOS, QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS. (PAUSA).	
19. Destes medicamentos, algum deles é utilizado de forma contínua, ou seja, sem data definida para o término do tratamento? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA pule para a questão 35	MED2
 Se SIM , Por favor, separe aqueles que você utiliza de maneira contínua. 20. Quantos medicamentos são utilizados desta forma? []	MED3
21. Quantas doenças ou problemas de saúde o(a) Sr(a). atualmente trata com esses medicamentos de uso contínuo? []	MED4
22. Além desses medicamentos que separamos, existe mais algum que o senhor(a) utiliza ou deveria estar utilizando? (1) Sim (2) Não	MED5
 Se SIM , 22.1: Quantos? []	MED6
23. Em um dia normal, quantas vezes que o Sr(a) toma seus medicamentos? (1) 1x ao dia (2) 2x ao dia (3) 3x ao dia (4) 4x ao dia (5) 5 ou mais vezes ao dia	MED7
24. Quantos médicos diferentes receitaram o conjunto de medicamentos que comentou? []	MED8

25. Em quantos lugares que o(a) Sr(a). consegue seus medicamentos? Considere farmácias públicas, privadas, unidades de saúde e outros. []	MED9
26. No último ano, o(a) Sr(a). deixou de obter, houve atraso ou parou de tomar algum remédio de uso contínuo? (1) Sim (2) Não	MED10
27. Considerando o número de medicamentos, sua rotina, efeitos ruins e os resultados alcançados, o(a) Sr(a). está satisfeito com o seu tratamento com medicamentos? (1) Satisfeito (2) Indiferente (3) Insatisfeito	MED11
28. O(a) Sr(a). às vezes esquece de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não	MED12
29. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que o(a) Sr(a). não tomou seus remédios? (1) Sim (2) Não	MED13
30. O(a) Sr(a). já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (1) Sim (2) Não	MED14
31. Quando o(a) Sr(a). viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	MED15
32. O(a) Sr(a). tomou todos os seus medicamentos ontem? (1) Sim (2) Não	MED16
33. O(a) Sr(a). já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento? (1) Sim (2) Não	MED17
34. Com que frequência o(a) Sr(a). tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca	MED18
ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO: <ul style="list-style-type: none"> • está com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores. LEMBRE-SE de que: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O entrevistado deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. <input type="checkbox"/> Se a circunferência do braço que o entrevistado realiza as atividades for < 22cm ou >32cm deve-se utilizar braçadeira de tamanho adequado. 	
35. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA em ambos os braços e anotar a de maior valor: _____ / _____	PA1
36. QUAL A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO EM QUE A MEDIDA FOI REALIZADA? [] cm Em qual braço? () D () E	CB
BLOCO 4 – HÁBITOS DE VIDA	
37. O(a) Sr(a). Fuma? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 40	FUM1
 Se SIM 37.1. Quantos cigarros por dia? []	FUM3

38. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra				FUM4
39. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 41				FUM5
40. O(a) Sr(a) já fumou? (1) Sim (2) Não				FUM6
 Se SIM :40.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [] anos (99) Não lembra				FUM7
41. O(a) Sr(a). costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 42				ALC1
 Se SIM : 41.1 Com que frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias				ALC2
 Se SIM : 41.2 Nos últimos 30 dias o(a) Sr(a). consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* (mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada) (1) Sim (2) Não				ALC3
 Se SIM : 41.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []				ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.				
42. Em uma semana normal (típica) o(a) Sr(a). faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 46				EX1
 Se SIM : 43. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a). pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.1. Caminhada?				EX21
43.2. Alongamento?				EX22
43.3. Dança?				EX23
43.4. Musculação?				EX24

	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? Qual? _____ _____				EX27
44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE): (1) Academia/Clínica privada; . (2) Praças, parques perto de casa. (3) Praças, parques longe de casa. (4) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos) (5) Clubes esportivos, chácaras, campos de futebol, quadras esportivas (6) Outros. Especificar: _____ (7) Não se aplica.				EX29
45. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Se SIM , pule para a questão 48				EX5
46. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se SIM , pule para a questão 48				EX6
47. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
48. Em relação às condições atuais do bairro para a prática de atividade física o(a) Sr(a) está (tanto público quanto privado): (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito				EX30
49. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PÚBLICOS DO BAIRRO para a prática de atividade física (por exemplo: construção de novos espaços ou reforma/revitalização dos espaços existentes EM QUE A UTILIZAÇÃO É GRATUITA) o(a) Sr(a). considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei				EX31
50. Em relação aos espaços PÚBLICOS existentes no bairro para prática de atividade física e sua condição para chegar até eles, o(a) Sr(a). considera: (1) Muito perto (2) Perto (3) Nem perto, nem longe (4) Um pouco longe (5) Muito longe (6) Não existem espaços públicos (7) Tenho limitações que me impedem de chegar até estes espaços				EX32
51. Quanto tempo o(a) Sr(a) leva até estes locais (espaços públicos do bairro)? [] minutos				EX35

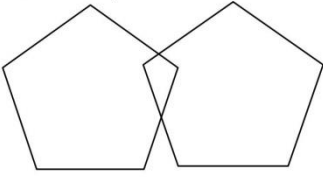

<p>52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que:</p> <p>(1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei</p>	EX33
<p>53. O (a) Sr(a) conhece algum programa de atividades físicas orientadas que seja oferecido pela Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde) do bairro?</p> <p>(1) Sim, e freqüente (2) Sim, já frequentei, mas não frequento atualmente. (3) Sim, mas nunca frequentei. (4) Não conheço</p>	EX36
<p>54. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como o(a) senhor(a) classificaria o seu trabalho:</p> <p>(1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso</p>	EX8
<p>55. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica</p> <p> Se NÃO ou NÃO SE APLICA, pule para a questão 56</p>	EX9
<p> Se SIM, 55.1: Quantas vezes por semana? [] dias</p>	EX37
<p> 55.2 Quanto tempo o(a) Sr(a). leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.</p>	EX10
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES EM UMA SEMANA NORMAL.	
<p>56. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar chá verde?</p> <p>(8) Nunca (9) Quase nunca [] dias</p> <p> Se 0 (nenhum) pule para questão 58</p>	CH1
<p>57. Nos dias em que o(a) Sr(a) toma chá verde, quantas xícaras de chá costuma tomar por dia?</p> <p>[] xícaras</p>	CH2
<p>58. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se NUNCA, pule para questão 60</p>	AL3
<p>59. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</p> <p>(1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura</p>	AL4
<p>60. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se NUNCA, pule para questão 62</p>	AL5
<p>61. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</p> <p>(1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele</p>	AL6

62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL9
63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL10
64. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL11
65. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias <div style="text-align: center;">  Se NUNCA pule para questão 67 </div>	AL24
66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia? <div style="text-align: center;">[] copos</div>	AL25
67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL1
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.	
68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas? (1) Sim (2) Não	AL12
69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas? (1) Sim (2) Não	AL13
70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas). (1) Sim (2) Não	AL14
71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas? <hr/>	AL17
74. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.	







75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – <i>não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes</i>). (1) Sim (2) Não	AL20
78. A necessidade do preparo das verduras ou legumes é uma dificuldade para comer (comer mais) verdura ou legume? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL21
79. O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL22
80. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr.(a) coma (ou coma mais) verduras ou legumes?	AL23

↪ Somente para indivíduos com 54 anos ou mais

BLOCO 5 – MINIMENTAL E CAPACIDADE FUNCIONAL		
AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.		
81. Orientação no tempo:		1 ponto para cada resposta certa
81.1. Que dia do mês é hoje?		
81.2. Em que mês estamos?		
81.3. Em que ano?		
81.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?		OT
81.5. Qual a hora aproximada?		
Número de respostas corretas	[]	
82. Orientação no espaço:		1 ponto para cada resposta certa
82.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?		
82.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?		
82.3. Em que bairro nós estamos?		
82.4. Em que cidade nós estamos?		OE
82.5. Em que estado do Brasil nós estamos?		
Número de respostas corretas	[]	
83. Registro:		1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. (1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra. Se o entrevistado errou na primeira tentativa repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)		
Número de respostas corretas na 1º tentativa	[]	ME1
Número de tentativas para resposta correta	[]	ME2

<p>87. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> 		<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>Número de respostas corretas []</p>		<p>LI6</p>
<p>88. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>		<p>MM</p>
<p>SE PONTUAÇÃO DO MM \leq 23 PREENCHER QUESTIONÁRIO DE PFEFFER INSTRUMENTO SEPARADO</p>		
<p>89. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador</p>		<p>RES</p>
<p>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO.</p>		
<p>O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>		
<p>90. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (3) Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando sonda entérica.</p>	<p>CF1</p>
<p>91. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo; (3) Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p>	<p>CF2</p>
<p>92. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos; (3) Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido</p>	<p>CF3</p>
<p>93. Deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (transferência)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; (3) Não sai da cama.</p>	<p>CF49</p>
<p>94. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para ir ao "banheiro", para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre; (3) Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.</p>	<p>CF5</p>

<p>95. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF40
<p>96. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF41
<p>97. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF42
<p>98. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF43
<p>99. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número na lista telefônica)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF44
<p>100. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF45
<p>101. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF46
<p>102. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer pequenos reparos domésticos (Ex: trocar uma lâmpada)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF47
<p>103. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer o uso de medicamentos (tomar medicamentos)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF48
<p>104. O(a) Sr(a) tem algum problema para Urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência total ou necessidade de ajuda para manter o controle urinário; usa cateter ou é incontinente.</p>	CF6
<p>105. O(a) Sr(a) tem algum problema para fazer cocô (defecação) (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência parcial, entendida como perda frequente ou ocasional do autocontrole ou necessidade eventual de enema ou lavagem intestinal. Necessita de controle externo para executar a ação no local adequado. <i>(Evacua em locais impróprios, por exemplo, na cozinha)</i> (3) Incontinência total; perda completa do autocontrole, a pessoa necessita ajuda, como uso regular de fraldas e/ou só evacua utilizando enema ou lavagem intestinal.</p>	CF7


106. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas	CF15
107. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
 Somente para indivíduos com 50 anos ou mais	
BLOCO 6 – DEPRESSÃO (Como a pessoa tem se sentido durante a última semana)	
	(1) Sim (2) Não
108. Está satisfeito (a) com sua vida?	DEP1
109. Interrompeu muitas de suas atividades?	DEP2
110. Acha sua vida vazia?	DEP3
111. Aborrece-se com frequência?	DEP4
112. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	DEP5
113. Teme que algo ruim lhe aconteça?	DEP6
114. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	DEP7
115. Sente-se desamparado com frequência?	DEP8
116. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	DEP9
117. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	DEP10
118. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	DEP11
119. Sente-se inútil?	DEP12
120. Sente-se cheio/a de energia?	DEP13
121. Sente-se sem esperança?	DEP14
122. Acha que os outros tem mais sorte que o(a) senhor(a)?	DEP15
 Para todos os indivíduos	
BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
123. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra	PS1
 Se SIM, 123.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/não lembra	PS2
 Se SIM, 123.2: Qual o plano de saúde? _____	PS3
124. O(a) senhor(a) utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não	SUS
 Se SIM, 124.1: Qual profissional é referência para o(a) Sr(a) na unidade básica de saúde? (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Auxiliar de Enfermagem (5) Nenhum (6) Outro: _____	SUS1
125. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ACS
 Se SIM, 125.1: Com que frequência? [] visitas/mês	ACS1

<p>126. O(a) senhor(a) recebe visitas dos outros profissionais das equipes de saúde da família do posto de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p> <p>↳ Se NÃO ou NÃO SABE/LEMBRA, pule para a questão 128</p>	PSF1
<p>127. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>128. O(a) senhor(a) conhece alguma atividade que é organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)? (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se NÃO, pule para a questão 130</p>	GRU1
<p>129. Quanto à participação nessas atividades: (0) nunca participou de nenhuma (1) participou de ações de educação em saúde (palestras, por exemplo) (2) participou anteriormente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle de peso, de diabéticos, de hipertensos ...), mas já não participa mais. (3) participa atualmente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle do peso, de diabéticos, de hipertensos...)</p>	GRU2
<p>↳ Se participa atualmente, 129.1: Qual(is) grupo(s) participa:</p>	GRU3
<p>130. O (a) Sr.(a) realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CMED1
<p>↳ Se SIM, 130.1: O(a) Sr.(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []</p>	CMED2
<p>131. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CIR
<p>132. O(a) senhor(a) esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	INT1
<p>↳ Se SIM: 132.1.O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT2
<p>↳ Se SIM: 132.2 O(a) senhor(a) recorda o local? _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT3
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) SERVIÇOS(S) DE SAÚDE UTILIZADOS PELO(A) SR(A) EM CASOS NÃO URGENTES (Ex: Consultas de rotina, acompanhamento de uma doença).</p>	
<p>133. Quando o(a) Sr(a) tem um problema de saúde não urgente, o(a) Sr(a) costuma procurar:</p>	
<p>133.1. Posto de saúde (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA1
<p>↳ Se SIM: 133.1.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)</p>	LA11
<p>133.2. Serviço especializado do SUS (Ex. Cismepar, Policlínica, HC) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA2
<p>↳ Se SIM: 133.2.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)</p>	LA21
<p>133.3. Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA3

↪ Se SIM: 133.3.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA31																														
133.4. Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA4																														
133.5. UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA5																														
133.6. Outro (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA6																														
↪ Se SIM: 133.6.1 Qual? _____	LA61																														
↪ Se referiu SOMENTE UM SERVIÇO pule para QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO																															
↪ Se referiu MAIS DE UM SERVIÇO pergunte:																															
133.7. Desses serviços que o(a) Sr(a) falou tem algum que é <u>referência</u> para você quando tem um problema de saúde não urgente ? (1) Sim (2) Não	LA7																														
↪ Se SIM: 133.7.1. Qual? (1) Posto de Saúde (2) Serviço especializado do SUS (2) Consultório médico particular ou convênio (3) Hospital (4)UPA (5) Outro: _____	LA71																														
QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO Caso o entrevistado referiu mais de um serviço e NÃO tenha um serviço de referência, faça as questões sobre os SERVIÇOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os serviços referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.																															
↪ Se somente HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 144																															
↪ Se referiu serviço do SUS (Posto de saúde/Serviço especializado do SUS) .																															
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar os serviços referidos</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>As vezes</th> <th>Sim</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>AS1</td> </tr> <tr> <td>135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i>?</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>AS2</td> </tr> <tr> <td>136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i>?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>AS3</td> </tr> <tr> <td>137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>AS4</td> </tr> <tr> <td>138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i>, tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td>AS5</td> </tr> </tbody> </table>		Não	As vezes	Sim		134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AS1	135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AS2	136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AS3	137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4	138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5
	Não	As vezes	Sim																												
134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AS1																											
135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AS2																											
136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AS3																											
137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4																											
138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5																											
↪ Se referiu serviço PARTICULAR OU CONVÊNIO (Consultório) .																															
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do CONVÊNIO OU PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar o(s) serviço(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)																															

	Não	Às vezes	Sim	
139. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AC1
140. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AC2
141. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AC3
142. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AC4
143. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AC5
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) MÉDICO(S) QUE ACOMPANHA(M) (de maneira contínua) A SAÚDE DO(A) SR(A).				
144. Tem algum médico que acompanha a sua saúde? (1)Sim (2)Não ↳ Se NÃO pule para questão 167.				LM1
↳ Se SIM : 144.1 Quantos? []				LM2
↳ Se SIM : 144.2 De qual local(ais) e especialidade(s)?				
144.2.1 Médico generalista da UBS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM3
144.2.2 Médico especialista do SUS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM4
↳ Se SIM : Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2)Não			
144.2.2.1 Cardiologista				LM5
144.2.2.2 Dermatologista				LM6
144.2.2.3 Endocrinologista				LM7
144.2.2.4 Gastroenterologista				LM8
144.2.2.5 Ginecologista				LM9
144.2.2.6 Nefrologista				LM10
144.2.2.7 Neurologista				LM11
144.2.2.8 Oftalmologista				LM12
144.2.2.9 Oncologista				LM13
144.2.2.10 Ortopedista				LM14
144.2.2.11 Otorrino				LM15
144.2.2.12 Pneumologista				LM16
144.2.2.13 Psiquiatra				LM17
144.2.2.14 Vasculista				LM18
144.2.2.15 Outra: _____				LM19
144.2.3 Consultório médico particular ou convênio (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM20
↳ Se SIM : Qual(ais) especialidade(s)?	(1)Sim (2)Não			
144.2.3.1 Cardiologista				LM21
144.2.3.2 Dermatologista				LM22
144.2.3.3 Endocrinologista				LM23

	(1)Sim (2)Não			
144.2.3.4 Gastroenterologista		LM24		
144.2.3.5 Ginecologista		LM25		
144.2.3.6 Nefrologista		LM26		
144.2.3.7 Neurologista		LM27		
144.2.3.8 Oftalmologista		LM28		
144.2.3.9 Oncologista		LM29		
144.2.3.10 Ortopedista		LM30		
144.2.3.11 Otorrino		LM31		
144.2.3.12 Pneumologista		LM32		
144.2.3.13 Psiquiatra		LM33		
144.2.3.14 Vascular		LM34		
144.2.3.15 Outra: _____		LM35		
144.2.4 Plantonista Hospital (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM36		
144.2.5 Plantonista UPA (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM37		
144.2.6 Outro: _____		LM38		
<p>↪ Se referiu SOMENTE UM MÉDICO pule para QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO</p> <p>↪ Se referiu MAIS DE UM MÉDICO pergunte:</p>				
144.3. Desses médicos que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para o acompanhamento da sua saúde? (1)Sim (2) Não		LM39		
↪ Se SIM: 144.3.1. Qual? [] Código da questão acima		LM40		
QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO Caso o entrevistado referiu mais de um médico e NÃO tenha um médico de referência, faça as questões sobre os MÉDICOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os médicos referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.				
↪ Se somente plantonista HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 167				
↪ Se referiu médico do SUS (Médico generalista e/ou médico especialista).				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	As vezes Alguns	Sim	
145. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
146. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
147. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
148. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
149. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5

	Não	Às vezes Alguns	Sim	
150. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS6
151. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VS7
152. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VS8
153. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VS9
154. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VS10
155. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>SUS</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VS11
 Se referiu médico do CONVÊNIO E/OU PARTICULAR				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do CONVÊNIO/PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes Alguns	Sim	
156. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC1
157. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VC2
158. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC3
159. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VC4
160. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VC5
161. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC6
162. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VC7
163. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VC8
164. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VC9
165. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VC10
166. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>convênio/particular</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VC11

Continuação BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO						
167. Classe econômica:					ABEP	
	Número de Itens					
Quais desses itens o(a) senhor(a) possui?	0	1	2	3		4ou+
Banheiros	0	3	7	10		14
Empregados domésticos	0	3	7	10		14
Automóveis	0	3	5	8		11
Microcomputador	0	3	6	8		11
Lava louça	0	3	6	6		6
Geladeira	0	2	3	5		5
Freezer	0	2	4	6		6
Lava roupa	0	2	4	6		6
DVD	0	1	3	4		6
Micro-ondas	0	2	4	4		4
Motocicleta	0	1	3	3		3
Secadora roupa	0	2	2	2		2
Qual o Grau de Instrução do chefe da família (considerando a maior renda)?						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental						0
Primário Completo / ginásial incompleto / Fundamental 1 completo/						1
Ginásial completo / colegial incompleto / Fundamental 2 completo/ Médio						2
Colegial completo / superior incompleto / Médio completo						4
Superior completo					7	
Serviços Públicos				Não	Sim	
Água encanada				0	4	
Rua Pavimentada				0	2	
Pontuação total []						
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE QUESTÕES SOCIAIS						
168. Quantos amigos próximos o(a) senhor(a) diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []					REDE1	
169. Se de repente o(a) senhor(a) precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se o(a) senhor(a) pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais					REDE2	
Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, o(a) senhor(a) concorda ou discorda das seguintes afirmações:						
170. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente					SOL10	
171. Hoje em dia, com que frequência o(a) senhor(a) diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam					SOL2	

172. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento				VIOL1			
173. Nos últimos 12 meses participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão (reunião de associação de moradores, conselho local de saúde e conselho de pais e mestres)? (1)Sim (2)Não				POL21			
174. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar sobre saúde: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5)Revista (6) Outros				COM			
Por favor, preciso que me ajude. Vamos voltar aos remédios que você trouxe. Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa), incluindo vitaminas, que o(a) senhor(a) UTILIZOU nos últimos 15 dias e me ajude a responder um a um. Podemos começar?							
	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Posologia			Tempo que esta utilizando
				Comp. por dia	Veze. por dia	S/N	
M1							
M2							
M3							
M4							
M5							
M6							
M7							
M8							
M9							
M10							
M11							
M12							
M13							
M14							
M15							
M16							
BLOCO 7 – MEDIDAS							
175. O(a) Sr(a) sabe qual é o seu peso? []Kg				PESR			

23

C

176. Peso (kg): _____	PESM
177. Altura (m): _____	ALTM
178. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
179. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
180. AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3

 **ATENÇÃO:** Volte na primeira página para agendar os exames laboratoriais e oftalmológico (s/n).

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2015

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa

“INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE, MORBIDADE, INTERNAÇÕES E MODIFICAÇÕES NOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM AMOSTRA DE RESIDENTES COM 40 ANOS OU MAIS DE IDADE EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE COORTE VIGICARDIO 2011-2015”.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015**”, a ser realizada no município de Cambé. O objetivo da pesquisa é verificar as possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 ano ou mais de idade no município de Cambé entre 2011 e 2015. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Quando houver a identificação de problemas de


ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Uel 2011

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

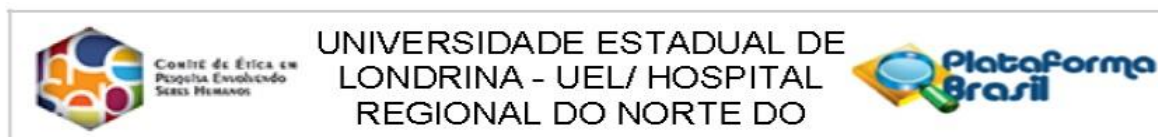
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná” (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/Uel relatório final da pesquisa.</p>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/Uel</p>	

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Uel 2015

Parecer nº. 916.944 – página 1.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015.

Pesquisador: Ana Maria Rigo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39595614.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916.944

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Ana Maria Rigo Silva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (CCS-UEL). O projeto conta com uma assistente e equipe de 21 colaboradores. Sendo-se estudo de coorte, parte de um estudo de base populacional, com amostra representativa de residentes de 40 anos ou mais da área urbana do município de Cambé, localizado na região Norte do Paraná, realizado em 2011. A pesquisa propõe retornar a participantes de estudo anterior realizado em 2011.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e a incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, Paraná, entre 2011 e 2015.

Hipótese: As modificações nos hábitos de vida e condições socioeconômicas interferem no perfil de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

Os benefícios ao participante previsto em termos de conhecimento da situação de saúde, incluindo

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

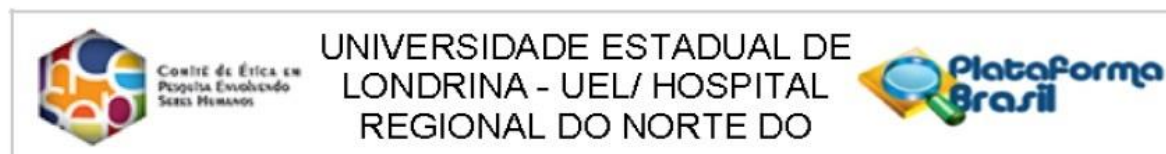
UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Parecer nº. 916.944 – página 2.



Continuação do Parecer: 916.944

os resultados dos exames laboratoriais. Possível contribuição para a melhoria dos serviços de saúde e conhecimento científico sobre o tópico.

Prevê orientação a participantes mediante identificação de problemas de saúde, em termos de indicação de busca de profissionais adequados para assisti-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados:

Instrumentos de coleta de dados;
cronograma da pesquisa;
previsão orçamentária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados:

Termo de Concordância de instituição co-participante; TCLE; e folha de rosto.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 16 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR Município: LONDRINA	
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br