



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**MUDANÇA NA SITUAÇÃO CONJUGAL E ASSOCIAÇÃO
COM A INCIDÊNCIA E MANUTENÇÃO DE
COMPORTAMENTOS POSITIVOS DE SAÚDE:
ESTUDO VIGICARDIO (2011-2015)**

Londrina
2018

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**MUDANÇA NA SITUAÇÃO CONJUGAL E ASSOCIAÇÃO
COM A INCIDÊNCIA E MANUTENÇÃO DE
COMPORTAMENTOS POSITIVOS 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 para a 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

Evedove, André Ulian Dall.

Mudança na situação conjugal e associação com a incidência e manutenção de comportamentos positivos de saúde : Estudo Vigicardio (2011-2015) / André Ulian Dall Evedove. - Londrina, 2018.
130 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, , 2018.

Inclui bibliografia.

1. Situação conjugal - Tese. 2. Mudança na situação conjugal - Tese. 3. Comportamentos de saúde - Tese. 4. Adultos - Tese. I. Loch, Prof. Dr. Mathias Roberto . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. . III. Título.

ANDRÉ ULIAN DALL EVEDOVE

**MUDANÇA NA SITUAÇÃO CONJUGAL E ASSOCIAÇÃO COM A
INCIDÊNCIA E MANUTENÇÃO DE COMPORTAMENTOS
POSITIVOS 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 para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Pr^o.Dr^o Mathias Roberto Loch

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Wladithe Organ de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Mara Solange Gomes Dellarozza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 22 de fevereiro de 2018.

À Família mais especial de todas!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Gracia, a base da minha vida, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas e pela inspiração.

Ao meu pai Risieri, educador nato, por me ensinar a ler, escrever, a multiplicar, dividir, somar, subtrair e a jogar sinuca.

Ao meu irmão Leonardo, por ser a minha referência na vida e por me apoiar e ser meu principal incentivador das minhas escolhas, boas ou ruins.

Agradeço ao meu orientador não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo por ser um profissional que eu admiro muito.

Aos colegas do mestrado, em especial ao João, Karly e Lilian pelos momentos de descontração.

Ao grupo Vigicardio, em especial aos professores e à Danny, Giovana e Thiago pelas orientações e trocas de conhecimento.

Ao pessoal da secretaria do Programa de Saúde Coletiva, em especial à Sandra e Manu.

A todo corpo docente do Programa de Saúde Coletiva, em especial ao Professor Alberto (Beto) pelo aprendizado durante o PIN e ao professor Luis Cordoni Jr. (*in memorian*) pelas aulas e pelo compartilhamento da sua experiência de vida profissional.

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram de alguma forma na construção desta dissertação, como: ao Gustavo pela amizade, ao Lino por ser uma fonte de inspiração mesmo distante, à Tia Nina pela torcida, à Mayara pelas construções e desconstruções da vida ao longo do curso do mestrado e à Fernanda pelo apoio nos momentos decisivos da conclusão do mestrado.

À CAPES, pela concessão da bolsa durante todo o meu mestrado, no que possibilitou um maior aproveitamento do curso.

Um agradecimento especial ao Lucas “ Luquinhas” pela convivência durante os seus 24 anos de vida (*in memorian*).

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes”

Paulo Freire

EVEDOVE, André Ulian Dall. **Mudança na situação conjugal e associação com a incidência e manutenção de comportamentos positivos de saúde:** Estudo Vigicardio (2011-2015). 2018. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Introdução: Algumas evidências apontam que a situação conjugal está associada a indicadores de saúde, em geral, indicando que pessoas com companheiros/as (casadas ou em união estável) possuem menores taxas de morbimortalidade se comparadas às pessoas sem companheiros/as (solteiras, divorciadas/separadas ou viúvas). Entretanto, existem poucos estudos epidemiológicos e longitudinais que associam a transição conjugal com comportamentos de saúde, principalmente na América Latina. **Objetivo:** Verificar a associação entre mudança na situação conjugal com a incidência e a manutenção de comportamentos positivos de saúde. **Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo, que faz parte do projeto: “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 um município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo coorte Vigicardio 2011-2015” realizado com indivíduos de 40 anos (em 2011) ou mais residentes em Cambé/PR. Para este estudo, participaram 883 pessoas nos dois momentos da pesquisa. As variáveis dependentes foram: atividade física no tempo livre, consumo de frutas, consumo de verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool. Foram ainda realizadas análises com a combinação (análise de simultaneidade) dos comportamentos relacionados à saúde considerados. A variável independente foi a situação conjugal, comparando-se a situação de cada sujeito nos quatro anos do estudo. Assim, os sujeitos foram divididos em quatro grupos. Grupo 1: pessoas que tinham companheiro(a) nos dois momentos (n=583); Grupo 2: pessoas que tinham companheiro(a) em 2011, mas não em 2015 (n=72); Grupo 3: pessoas que não tinham companheiro(a) nos dois momentos (n=204); Grupo 4 (n=24): pessoas que não tinham companheiro(a) em 2011 mas tinham em 2015. Assim, o grupo 1 e 3 manteve a mesma situação conjugal, enquanto os grupos 2 e 4 teve transição na sua situação conjugal. A análise dos dados, foi feita aos pares (grupo 1 x grupo 3; e grupo 2 x grupo 4), de modo a melhor explorar a possível associação da manutenção ou incidência de comportamentos positivos com a mudança na situação conjugal. Além das variáveis dependentes e a independente, foram consideradas as seguintes variáveis de confusão: sexo, faixa etária, classe econômica e escolaridade. Os dados foram analisados no Programa SPSS vs. 19, através da regressão de Poisson bruta e ajustada. **Resultados:** Os participantes que deixaram de ter companheiro(a) apresentaram menor incidência de abandono ao tabaco (RR:0,29,IC95%:0,12-0,68), de consumo regular de frutas (RR:0,43,IC95%:0,20-0,90) e de manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos de saúde (RR:0,80,IC95%:0,70-0,92) do que os sujeitos que tinham companheiro(a) nas duas coletas. Já os participantes que passaram a ter companheiro(a) tiveram maior incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde (RR:1,76,IC95%:1,07-2,88) e maior incidência de consumo regular de frutas (RR:2,42,IC95%:1,40-4,18) comparados com aqueles que não tinham companheiro(a) em 2011 e 2015. Por outro lado, vale mencionar que algumas variáveis dependentes, especificamente: atividade física no tempo livre e consumo de verduras e legumes não se mostraram associadas à mudança na situação conjugal. **Conclusão:** Tais resultados são importantes para um melhor planejamento do cuidado à saúde.

Palavras-chave: Adultos. Situação conjugal. Mudança na situação conjugal. Comportamentos de saúde.

EVEDOVE, André Ulian Dall. **Changes in marital status and association with incidence and maintenance of positive health behaviors:** Vigicardio Study (2011-2015). 2018. 130 p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Some evidences indicates that the marital situation is associated with health indicators, in general, indicating that people with partners (married or in a consensual union) have lower morbidity and mortality rates compared to people without partners (single, divorced or widowed). However, there are few epidemiological and longitudinal studies that associate marital transition with health behaviors, especially in Latin America. **Objective:** To verify the association between changes in marital status and the incidence and maintenance of positive health behaviors. **Methods:** A prospective longitudinal study, which is part of the project: "Incidence of mortality, morbidity, hospitalizations and changes in risk factors for cardiovascular diseases in a sample of residents aged 40 years or over in a medium-sized municipality in southern Brazil: Cohort study Vigicardio (2011-2015)" conducted with individuals aged 44 years or more residents in Cambé / PR. For this study, 883 people participated. The dependent variables were: physical activity in free time, fruit consumption, vegetable consumption, smoking, alcohol consumption, self-perception of health and obesity. Analyzes were also performed with the combination (analysis of simultaneity) of the health-related behaviors considered. The independent variable was the marital situation, comparing the situation of each subject in the four years of the study. Thus, subjects were divided into four groups. Group 1: people who had a partner at both times (n = 583); Group 2: people who had a partner in 2011, but not in 2015 (n = 72); Group 3: people who had no partner at the two moments (n = 204); Group 4 (n = 24): people who did not have a partner in 2011 but had in 2015. In addition to the dependent variables and the independent variables, the following confounding variables were considered: gender, age group, economic class and schooling. The data were analyzed in the SPSS vs. 19, through the crude and adjusted Poisson logistic regression. **Results:** Participants who had no partner had a lower incidence of smoking cessation (RR: 0.29, 95% CI: 0.12-0.68), of regular consumption of fruits (RR: 0.43, 95% CI: 0.20-0.90) and maintenance of at least two positive health behaviors (RR: 0.80, 95% CI: 0.70-0.92) than subjects who had a partner in both collections. On the other hand, the participants who had a partner had greater incidence at least positive health behavior (RR 1.76, 95% CI: 1.07-2.88) and had a higher incidence of regular consumption of fruits (RR: 2.42, 95% CI: 1.40-4.18) than those who had no partner in 2011 and 2015. On the other hand, it is worth mentioning that some dependent variables, specifically: physical activity in free time and consumption of vegetables and vegetables were not shown to be associated with the change in the marital situation. **Conclusion:** The transition from the marital situation, both in participants who passed or did not have a partner, influenced the change and maintenance of health indicators. Such results are important for better health care plann.

Key words: Adults. Marital status. Change in marital status. Health behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Prevalência da situação conjugal de acordo com características sociodemográficas da amostra em 2011 e 2015.....	39
Tabela 2 –	Incidência das mudanças na situação conjugal entre 2011 e 2015, Cambé/PR.....	40
Tabela 3 –	Manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde entre as pessoas que se mantiveram com companheiro(a) em 2011 e 2015 e entre aquelas que passaram a não ter companheiro(a) em 2015. Dados brutos e ajustados (n=655)	41
Tabela 4 –	Manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde entre as pessoas que se mantiveram sem companheiro(a) em 2011 e 2015 e entre aquelas que passaram a ter companheiro(a) em 2015. Dados brutos e ajustados (n=228)	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA.....	19
1.2	OBJETIVOS	20
1.2.1	Objetivo geral	20
1.2.2	Objetivos Específicos	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	BASES CONSULTADAS E TERMOS DE BUSCA	21
2.2	RESULTADOS DA BUSCA.....	22
2.2.1	Fluxograma dos Trabalhos Selecionados	22
2.3	SITUAÇÃO CONJUGAL E INDICADORES DE SAÚDE	23
2.3.1	Situação Conjugal e Mortalidade	23
2.3.2	Situação Conjugal e Comportamentos Relacionados à Saúde	24
2.3.3	Situação Conjugal e Peso Corporal	26
2.3.4	Situação Conjugal e Autopercepção de Saúde	26
2.4	MUDANÇA NA SITUAÇÃO CONJUGAL E INDICADORES DE SAÚDE	27
2.4.1	Mudança na Situação Conjugal e Comportamentos Relacionados à Saúde	27
2.4.2	Mudança na Situação Conjugal e Peso Corporal	29
2.4.3	Mudança na Situação Conjugal e Autopercepção de Saúde	31
3	MÉTODO	32
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	32
3.2.1	Critérios de Exclusão.....	33
3.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
3.3.1	Variáveis Dependentes	33
3.3.2	Variável Independente.....	35
3.3.3	Variáveis de Confusão.....	36
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	37
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	37

4	RESULTADOS	38
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	38
4.2	MANUTENÇÃO E INCIDÊNCIA DE COMPORTAMENTOS POSITIVOS DE SAÚDE ASSOCIADOS COM A SITUAÇÃO CONJUGAL	41
5	DISCUSSÃO	43
6	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXOS	57
	ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados Utilizado em 2011	58
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2011.....	100
	ANEXO C – Instrumento de Coleta de Dados Utilizado em 2015.....	102
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2015.....	126
	ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de 2011.....	128
	ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de 2015.....	129

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica iniciada na segunda metade do século XIX em países desenvolvidos, caracterizada pelas mudanças da estrutura etária e nos padrões de longa duração de morbimortalidade da população com a diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no Brasil ocorreu de maneira diferente (PONTES et al., 2009). As transformações nos padrões de morbimortalidade ocorreram mais tardiamente no contexto brasileiro, e ainda percebe-se o “convívio” com problemas “antigos” como a desigualdade do acesso à saúde, educação, trabalho e distribuição de renda o que contribui com a presença contínua de doenças infecciosas/parasitárias como a dengue, hanseníase, malária e causas externas, especialmente por homicídios e acidentes de trânsito. Em uma pesquisa realizada com dados de 2007, Schmidt et al. (2011) verificaram que as DCNT foram responsáveis por 72% das mortes, as doenças infecciosas/parasitárias 10% e 5% por distúrbios de saúde materno infantil. Diversos são os fatores que se associam com o surgimento das DCNT, entre eles, a atividade física no tempo livre, hábitos alimentares como o consumo de frutas, verduras e legumes, consumo abusivo de álcool e tabagismo.

A prática regular da atividade física é um fator importante na promoção da saúde e no enfrentamento das DCNT, mais especificamente as doenças relacionadas ao aparelho circulatório: hipertensão e infarto do miocárdio. Além dessas doenças, a prática regular de atividade física também tem papel importante na prevenção de doenças como diabetes, câncer de mama e de cólon, depressão, dentre outras. Recomenda-se que o indivíduo adulto pratique pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou no mínimo 75 minutos de atividade física intensa (WHO, 2010). Diversas políticas públicas foram criadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil com objetivo de estimular a prática regular de atividade física. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) lançada em 2006 e reeditada em 2014 tem como um de seus temas prioritários as práticas corporais e atividades físicas. A inserção das práticas corporais/atividades físicas como uma das nove áreas estratégicas temáticas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados em 2008, ocorreu ao longo do processo de construção da PNPS, em especial como enfrentamento da prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório como principal causa da morbimortalidade (BRASIL, 2010). O programa Academia da Saúde lançado em 2011, é uma estratégia da promoção da saúde e produção do cuidado que funciona em articulação com outros programas e ações de saúde como os NASF. Além das políticas

públicas, o MS criou também ações como o VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022 que define ações e investimentos necessários para o enfrentamento das DCNT até 2022 (BRASIL, 2011). No Brasil, estimou-se que 49,2% dos adultos não praticavam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física moderada a vigorosa na semana, sendo essa prevalência de 47,2% entre homens e de 51,6% nas mulheres (MIELKE, 2015).

O consumo regular de frutas, verduras e legumes é um fator de proteção sobre as DCNT. Tais alimentos são considerados componentes importantes para uma dieta considerada saudável por serem ricas fontes de fibras, micronutrientes e outros componentes com propriedades funcionais (SANTOS et al., 2016). Assim como para estimular a prática regular de atividade física, o MS criou diversas políticas públicas na tentativa de estimular a adoção de uma alimentação considerada mais saudável com consumo regular de frutas, verduras e legumes. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada em 1999 e reeditada em 2013 tem como objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, através da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013). Além da PNAN, a PNPS criada em 2006 e reeditada em 2014, tem um de seus temas prioritários a promoção de alimentação saudável, assim como há também uma área estratégica do NASF sobre ações de alimentação e nutrição. Outra política criada foi a Academia da Saúde lançada em 2011 que também promove práticas de alimentação saudável juntamente com a prática de atividade física. O Guia Alimentar para a população brasileira, publicado em 2006 e reeditado em 2014, é um documento oficial que aborda princípios e recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores (BRASIL, 2014a). Outras ações foram a criação do VIGITEL e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. No Brasil, estima-se que o consumo de frutas, legumes e verduras corresponda a menos da metade das recomendações nutricionais, sendo ainda mais deficitário entre as famílias de baixa renda (LEVY-COSTA et al., 2005). De acordo com a pesquisa VIGITEL realizada em 2014, a prevalência do consumo regular de frutas, verduras e legumes (cinco

dias ou mais na semana) na população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal em 2013 foi 36,0 %.

Já o consumo abusivo de álcool pode ser considerado um fator de risco para o surgimento de diversas lesões, desordens mentais e comportamentais, além das DCNT (GARCIA; FREITAS, 2015). Algumas medidas para o enfrentamento do consumo abusivo de álcool foram realizadas pelo MS como a PNPS lançada em 2006 e reeditada em 2014 que tem como um de seus temas prioritários o enfrentamento do consumo abusivo de álcool e de outras drogas, a criação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 e 2022, como citado anteriormente, além da utilização do VIGITEL para o monitoramento da ocorrência de fatores de risco, como o consumo abusivo de álcool. Embora 45% dos adultos brasileiros se abstenham do consumo de álcool, a proporção do consumo excessivo e dependência são altas, variando de 9% a 12% de toda a população adulta (LARANJEIRA et al., 2010). A prevalência do consumo abusivo de álcool em 2013 no Brasil foi de 16,4%. Já de acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, a prevalência foi de 13,7% (GARCIA; FREITAS, 2015).

Assim como o consumo abusivo de álcool, o tabagismo é um fator de risco importante de diversas doenças, sobretudo para as DCNT. A nicotina, presente em qualquer derivado do tabaco é considerada droga por possuir propriedades psicoativas, ou seja, quando inalada produz alteração no sistema nervoso central, trazendo modificação no estado emocional e comportamental do usuário que pode induzir ao abuso e dependência (ROMERO; COSTA; SILVA, 2011). Uma das medidas mais importantes realizadas no Brasil foi a Política Nacional de Combate ao Fumo, implantada em 1985 e remodelada em 1988. A prevenção e o controle do tabagismo também faz parte da PNPS de 2006 e de 2014. De acordo com uma pesquisa nacional, a prevalência do tabagismo em pessoas com 18 anos ou mais diminuiu de 34,8% em 1989 para 22,4% em 2003 (MONTEIRO et al., 2007). Apesar das importantes conquistas relacionadas ao controle do tabagismo no Brasil nas últimas décadas, de acordo com uma pesquisa realizada em 16 capitais brasileiras, 13,6% das mortes em adultos foram atribuídas ao tabagismo, percentual que pode estar relacionado ao efeito das altas prevalências do tabagismo no passado (CORREA; BARRETO; PASSOS, 2009).

O aumento da morbimortalidade por DCNT faz com que o processo saúde-doença-cuidado seja visto com um olhar direcionado aos seus fatores de risco, como por exemplo: inatividade física no lazer, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação inadequada (SCHRAMM et al., 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), em países de média renda como o Brasil, o tabagismo (corresponde a 2,6 milhões de

mortes por ano e 10,8% do total de mortes), o sobrepeso/obesidade (corresponde a 1,6 milhões de mortes por ano e 6,7% do total de mortes), a inatividade física (corresponde a 1,6 milhões de mortes por ano e 6,6% do total de mortes), o consumo abusivo de álcool (corresponde a 1,6 milhões de mortes por ano e 6,4% do total de mortes) e a ingestão inadequada de frutas, legumes e verduras (0,9 milhões de morte por ano e 3,9% do total de mortes), estão entre os dez principais fatores de risco de mortes por todas as causas. Diante desses números, a Assembleia Mundial da Saúde realizada em 2013 elaborou um quadro abrangente de monitoramento global com 25 indicadores e nove objetivos direcionado às ações a serem realizadas sobre as DCNT até 2025. Dentre os nove objetivos, quatro merecem destaque por se relacionarem de alguma forma com as variáveis dependentes deste estudo: reduzir em 25% mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas; reduzir 10% do risco relativo consumo abusivo de álcool em cada contexto nacional; reduzir em 10% a prevalência de inatividade física e reduzir em 30% a prevalência do tabagismo em pessoas com quinze anos ou mais.

Desta forma, parte importante das causas de DCNT se relaciona aos comportamentos de saúde/estilo de vida. Baum e Posluszny (1999) consideram que fatores psicossociais e comportamentais exercem suas influências na saúde e na doença, como os comportamentos de risco ou de proteção que se relacionam à morbimortalidade. Além disso, pensar na promoção da saúde e prevenção de DCNT requer estratégias adequadas que considerem as especificidades de grupos ou fatores de risco, além da criação de ambientes coletivos adequados para a elaboração e implantação de ações em saúde (CHOR, 1999).

A adoção de qualquer comportamento envolve diversos fatores como o conhecimento, atitudes, experiências anteriores, o apoio social, disponibilidade de espaços e instalações, as barreiras percebidas pelas pessoas e as normas sociais (NAHAS, 2017). Determinar os fatores que influenciam a adoção de determinado comportamento relacionado à saúde é complexo e abrangente. Apesar de haver atualmente o predomínio de uma abordagem individual e biológica no cuidado à saúde, centrada no estilo de vida apenas sob a sua perspectiva individual, no intuito de desconstruir tal abordagem, várias discussões surgiram em torno da promoção da saúde a partir do século XIX, através de uma abordagem mais ampliada da saúde que envolve fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos e pessoais.

Ter um companheiro(a) é uma necessidade que foi construída socialmente ao longo da história da humanidade. Apesar de não ser uma condição indispensável, ter companheiro(a) é uma situação conjugal que a maior parte das culturas humanas valoriza. Se o ser humano se constitui através das diversas relações que estabelece com outras pessoas, a

situação conjugal pode ser considerada um dos fatores que interferem no estilo de vida (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010). Como citado anteriormente, a relação conjugal sempre esteve presente na história da humanidade com características variadas na relação ao contexto histórico e cultural de cada sociedade. No contexto brasileiro, a Igreja Católica exerceu grande influência moral, social, cultural e comportamental. Por muito tempo o casamento religioso foi instituído como a única forma legítima de relação entre um homem e uma mulher para a reprodução e constituição da família, além da obrigação de manter a relação conjugal “até que a morte separasse” o esposo da esposa ou a esposa do esposo. Outro aspecto importante era de interesse financeiro onde o casamento acontecia por interesse das famílias e não de quem iria se casar, no caso o noivo e a noiva.

Atualmente, a relação conjugal é caracterizada de uma forma plural, muito em decorrência da não obrigatoriedade da formalização da união, como também pela facilitação do divórcio para as relações formais (COVRE-SUSSAI, 2016; SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2016). Outra característica a ser destacada é uma pequena mudança em direção à igualdade de gênero dentro de uma relação heterossexual. Apesar dessas transformações, há uma existência simultânea de uma série de relações, variando das mais tradicionais as mais modernas, umas que tendem manter padrões mais conservadores e outras com valores na individualidade contemporânea, em que se vê como fundamental a preservação da autonomia e dos interesses pessoais (AMORIM; STENGEL, 2014).

Os indicadores de saúde parecem se relacionar com a situação conjugal. No geral, os resultados encontrados na literatura sugerem que ter companheiro(a) (casado/união estável) se associa positivamente com melhores indicadores de saúde. A mortalidade é um dos indicadores mais utilizados na associação com a situação conjugal. Em geral, indivíduos casados (as)/união estável possuem menor mortalidade na comparação com aqueles que são solteiros, separados/divorciados ou viúvos (GOVE, 1973; GOLDMAN; KORENMAN; WEINSTEIN, 1995; IKEDA et al., 2007; MANZOLI et al., 2007; MOLLOY et al., 2009; DREFAHL, 2012; GOMES et al., 2013).

Outro indicador frequentemente utilizado é o de comportamentos relacionados à saúde. A atividade física, hábitos alimentares, tabagismo e consumo abusivo de álcool são comportamentos de saúde mais utilizados nas pesquisas encontradas. Assim como na mortalidade, ter companheiro(a) se associa com comportamentos positivos de saúde (JOUNG et al., 1995; PETTEE, 2006; CHO et al., 2008; YIM et al., 2012).

Os estudos citados apontam dois possíveis mecanismos (seleção e proteção) para o fato de que, em geral, as pessoas com companheiro(a)(casados/as, união estável)

possuem melhores indicadores de saúde na comparação com solteiros(as), divorciados(a), separados(as) e viúvos(as).

A seleção para o casamento pode ser entendida pelo processo que seleciona indivíduos em melhores condições de saúde física, mental e econômica, relacionadas tanto a parâmetros estéticos, como presença/ausência de determinadas doenças que comprometem a saúde física dos indivíduos. Outra condição que parece ser determinante é ter uma melhor saúde mental, onde indivíduos sem problemas/transtornos psicológicos possuem maiores chances de passar a ter companheiro(a). Além disso, as condições socioeconômicas e relacionadas aos comportamentos de saúde também são determinantes dentro do processo de seleção. Segundo Joung et al. (1998), o mecanismo de seleção do casamento é feito de maneira direta, indireta ou das duas formas simultâneas. A seleção direta relaciona-se a uma boa saúde física e mental. Já a seleção indireta é influenciada pelos comportamentos relacionados à saúde. De forma semelhante, para Goldman, Korenman e Weinstein (1995) a seleção do casamento, como o próprio nome já diz, seleciona indivíduos considerados mais saudáveis tanto fisicamente, como psicologicamente. Além disso, seleciona também indivíduos com melhores condições socioeconômicas.

A proteção do casamento é caracterizada por uma maior rede de apoio/suporte social exercida pelas famílias, amigos (as) do casal, como também pelo apoio do (a) parceiro (a) diante de fatores que influenciam na adoção de comportamentos de saúde, na comparação com indivíduos sem companheiro(a). Joung et al. (1998) definem alguns fatores relacionados ao mecanismo de proteção do casamento. Os fatores psicossociais podem ser definidos como apoio ou suporte social do parceiro ou parceira, o econômico pode ser caracterizado como apoio financeiro ou complemento da renda familiar e os comportamentais são caracterizados pelo apoio diante da adoção de comportamentos considerados negativos à saúde. Para Goldman, Korenman e Weinstein (1995) o mecanismo de proteção do casamento é um conjunto complexo de fatores socioambientais e psicológicos que fazem do casamento/união estável uma condição mais saudável na comparação com pessoas solteiras, divorciadas/separadas ou viúvas.

Entretanto, é possível supor que ter companheiro(a) pode se relacionar com piores indicadores de saúde, como por exemplo, relações conjugais desiguais relacionadas ao gênero, principalmente aquelas relações onde o marido exerce o controle sobre a mulher. Além disso, a qualidade da relação conjugal pode parecer outro fator importante de que nem sempre ter companheiro(a) representa um efeito de proteção maior na comparação com pessoas que não tem companheiro(a).

As transições conjugais são mudanças que ocorrem na situação conjugal, onde o indivíduo que está solteiro pode se casar ou passar para uma união estável, como também o caminho inverso pode acontecer, indivíduos casados/união estável podem deixar essa relação e viver sozinho durante um determinado período da vida (SOBAL; RAUSCHENBACH; FRONGILLO, 2003). Atualmente as transições conjugais são mais dinâmicas do que décadas e séculos atrás tanto para quem passa a ter companheiro(a) como para quem deixa de ter. A dinamicidade das transições conjugais pode ser explicada pela modernização da sociedade, processo de secularização, influência do individualismo, longevidade, valorização cultural do amor e sexualidade nos dias de hoje (JABLONSKI, 2007).

As mudanças na situação conjugal parecem estar associadas com comportamentos de saúde. No geral, passar a ter companheiro(a) se associa com comportamentos positivos de saúde. Mulheres que passaram a ter companheiro(a) tiveram uma maior qualidade na dieta e ficaram mais ativas fisicamente se comparadas com aquelas que se mantiveram com companheiro(a) (KUTOB et al., 2017). O aumento da atividade física também se relacionou a pessoas que passaram a ter companheiro(a) (KING et al., 1998). Entretanto, assim como foi identificado em estudos que associaram a dissolução com indicadores de saúde, resultados divergentes também foram encontrados em estudos que associaram a passagem para uma situação com companheiro(a) e comportamentos negativos de saúde.

Inversamente, de acordo com pesquisas relacionadas ao tema, deixar de ter companheiro(a), no geral, se associou mais claramente com comportamentos negativos de saúde (ENG et al., 2005; LEE et al., 2005; KENDLER et al., 2017). Essa associação pode ser explicada pela perda do suporte social e financeiro do(a) companheiro(a), desgaste da saúde física e mental devido aos conflitos no caso do divórcio/separação e o sofrimento da perda do(a) companheiro(a) quando este(a) morre. Na pesquisa realizada por Williams e Umberson (2004), as autoras descrevem que a piora nos comportamentos de saúde são momentâneos e geralmente são mais intensos no período do processo antes da separação e logo depois, diminuindo a intensidade com o passar do tempo. Além do mais, para estas mesmas autoras, os fatores negativos relacionados à dissolução da relação parecem ser mais importantes do que os fatores positivos relacionados aos mecanismos de proteção e seleção do casamento/união estável. Entretanto, os mesmos estudos que associaram a dissolução da relação com comportamentos negativos, também associaram a dissolução da situação conjugal com comportamentos positivos de saúde (LEE et al., 2005; KUTOB et al., 2017).

1.1 JUSTIFICATIVA

Atualmente no Brasil, a situação conjugal é caracterizada por mudanças constantes, seja na opção por construir ou dissolver uma relação conjugal. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a incidência de divórcios no Brasil cresceu 161% entre 2004 e 2014. Jablonski (2007) ressalta que os valores contemporâneos influenciados pela modernização da sociedade com características na valorização da individualidade e pelo processo de secularização resultam cada vez mais no aumento do número de divórcios e de novos casamentos. As mudanças na situação se associam diretamente com indicadores positivos e negativos de saúde. A maior parte das pessoas passa por mudanças na situação conjugal em algum momento de suas vidas, ou seja, em algum momento as pessoas vão se casar ou passar a ter uma união estável, como também em algum momento vão passar pelo processo de dissolução da relação, seja pelo divórcio/separação ou pela morte do(a) companheiro(a). Sendo assim, a situação conjugal pode ser um aspecto que influencia a mudança de comportamentos relacionados à saúde, seja na direção da adoção de comportamentos considerados positivos, seja o contrário. Investigar como as situações conjugais e suas possíveis mudanças interferem na adoção de estilos de vida relacionados à saúde é importante na busca de um melhor entendimento acerca do processo saúde-doença, buscando possibilitar um olhar ampliado do cuidado, de forma integral e com equidade. Além disso, o estudo dessa temática permite criar projeções mais consistentes sobre o risco de morbimortalidade da população adulta e quanto maior for o conhecimento sobre tais riscos, maior são as chances de garantir um melhor planejamento e assistência à saúde.

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado para esta dissertação, a maior parte dos estudos possui delineamento transversal com associação entre a situação conjugal com indicadores de mortalidade e de comportamentos relacionados à saúde. Poucos foram os estudos encontrados com delineamento longitudinal que utilizou as mudanças da situação conjugal com mudanças ou manutenção de indicadores de saúde. Ainda assim, tais estudos são predominantes em países europeus e nos Estados Unidos (ENG et al., 2005; LEE et al., 2005; VINTHER et al., 2016; KUTOB et al., 2017). Portanto estudos com delineamento longitudinal, prospectivo, que associaram mudanças na situação conjugal com mudanças ou manutenção de indicadores de saúde parecem ser inexistentes no contexto nacional e regional da América Latina.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar a associação entre a mudança na situação conjugal com incidência e a manutenção de comportamentos positivos de saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a prevalência de pessoas sem companheiro(a) segundo características demográficas em 2011 e 2015;
- b) Verificar a incidência de pessoas que passaram a ter companheiro(a) e deixaram de ter companheiro(a) entre 2011 e 2015, segundo características demográficas;
- c) Verificar a incidência e manutenção dos comportamentos positivos de saúde associadas com pessoas que passaram a ter companheiro(a);
- d) Verificar a incidência e manutenção dos comportamentos positivos de saúde associadas com pessoas que deixaram de ter companheiro(a).

2 REVISÃO DE LITERATURA

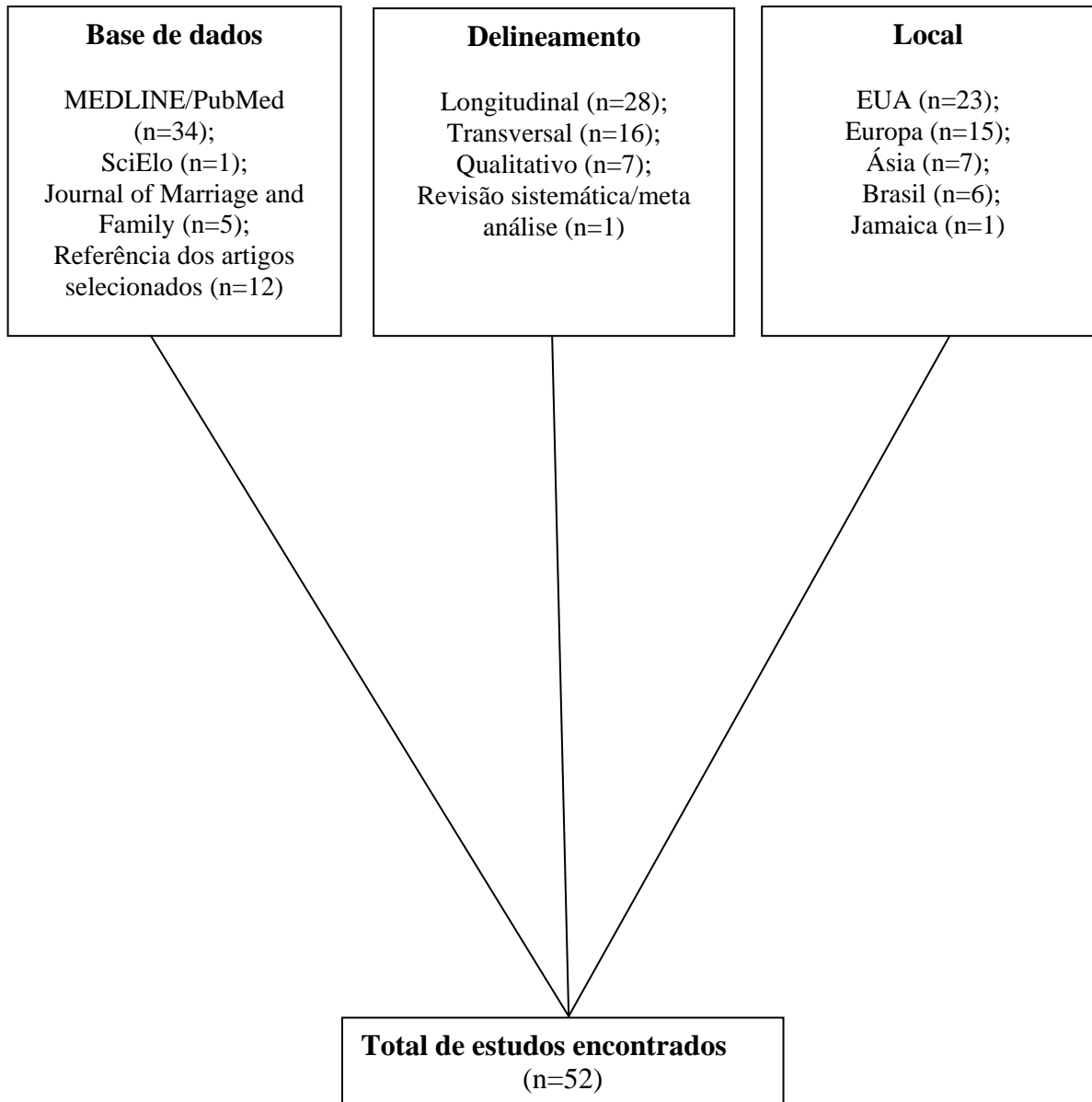
No presente capítulo são apresentados alguns estudos encontrados durante a revisão de literatura sobre o tema desta pesquisa. Primeiramente foi realizada através de um levantamento bibliográfico com o objetivo de identificar um maior número de estudos que associaram de alguma forma a situação conjugal com indicadores de saúde. Posteriormente foi realizada a leitura e fichamento dos artigos encontrados, com objetivo mais específico de verificar apenas estudos longitudinais que avaliaram as mudanças na situação conjugal associadas com indicadores de saúde. Portanto, este capítulo de revisão foi dividido em situação conjugal e indicadores de saúde e posteriormente estudos que associaram mudanças na situação conjugal com indicadores de saúde.

2.1 BASES CONSULTADAS E TERMOS DE BUSCA

Para garantir uma busca mais ampla de pesquisas relacionadas ao tema consultas foram realizadas na base de dados “MEDLINE/PubMed” e ” SciElo”, como também em um a revista científica intitulada “*Journal of Marriage and Family*” e em artigos presentes nas referências das pesquisas selecionadas. Os termos foram utilizados em inglês e correspondente com o a variável independente deste estudo: (*marital status*) OR (*conjugal relationship*) OR (*marital relationship*) OR (*marital transitions*) OR (*spousal*) OR (*commonlaw marriages*) OR (*consensual unions*) OR (*unmarried*) OR (*nevermarried*) OR (*widow**). Tais termos foram combinados com os respectivos termos e sinônimos das variáveis dependentes deste estudo (*health status indicators*) OR (*health status indices*) OR (*health indices*). Além dessas combinações, outras foram realizadas, mas utilizando cada indicador de saúde e seus sinônimos de forma separada. Sendo assim, os termos em inglês e seus sinônimos relacionados à atividade física, hábitos alimentares, consumo de frutas, consumo de verduras e legumes, tabagismo e consumo abusivo de álcool também foram combinados com os termos da variável independente deste estudo.

2.2 RESULTADOS DA BUSCA

2.2.1 Fluxograma dos Trabalhos Seleccionados



Fonte: O autor.

2.3 SITUAÇÃO CONJUGAL E INDICADORES DE SAÚDE

Neste tópico serão apresentados os estudos que buscaram avaliar a situação conjugal com indicadores de saúde. Grande parte dos estudos encontrados na literatura sobre o tema desta dissertação relacionou a situação conjugal com desfechos em comportamentos de saúde (n=14) e mortalidade (n=8). Além desses desfechos, quatro pesquisas associaram a situação conjugal com a autopercepção de saúde e uma pesquisa associou a situação conjugal com o peso/mudança de peso corporal.

2.3.1 Situação Conjugal e Mortalidade

A mortalidade é um dos indicadores de saúde mais utilizados em estudos epidemiológicos. No século XIX alguns estudos foram realizados associando a situação conjugal com a mortalidade. O então médico sanitarista William Farr concluiu através de um estudo realizado na França que o casamento era um “estado saudável” devido a uma menor taxa de mortalidade encontrada entre pessoas casadas na comparação com pessoas que não eram casadas (SBARRA; LAW; PORTLEY, 2011). Ainda no mesmo século Durkheim realizou um estudo sobre diversas causas que levavam ao suicídio na Europa e concluiu que indivíduos sem companheiro/a (solteiros/as e viúvos/as) se suicidavam mais do que os casados/as (DURKHEIM, 2000).

Um dos estudos mais citados na literatura investigou a associação entre sexo, situação conjugal e mortalidade entre os anos de 1959 e 1961 nos Estados Unidos. As causas de mortalidade investigadas foram por causas externas (suicídio, homicídio e acidentes de trânsito). A incidência de suicídios foi maior em homens e mulheres sem companheiro/a (solteiros/as, viúvos/as e divorciados/as) na comparação com participantes com companheiro/a (casados/as). Já no caso da mortalidade por homicídio homens sem companheiro/a tiveram maior incidência na comparação com os com companheiro/a, porém, entre as mulheres, a incidência de homicídio foi menor em mulheres solteiras e maior em mulheres divorciadas e viúvas. A incidência da mortalidade causada por acidentes automobilísticos foi maior entre homens sem companheira na comparação com homens com companheira. No caso das mulheres, com exceção das solteiras, as divorciadas/separadas e viúvas tiveram maior incidência de mortalidade na comparação com aquelas que tinham companheiro. Cabe destacar que este estudo foi realizado em contextos social, cultural e histórico diferentes desta dissertação, entretanto, sua citação é importante com o objetivo de

mostrar que o interesse em pesquisar o tema da associação entre situação conjugal com indicadores de saúde parece não ser tão recente (GOVE, 1973).

Outro estudo que investigou a associação entre situação conjugal e mortalidade foi conduzido por Ikeda et al. (2007). Os autores verificaram as causas de mortalidade por doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, por causas externas e por todas as causas durante nove anos em 94.062 japoneses de 40 a 79 anos de idade. Homens solteiros tiveram maiores riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e por causas externas. Já entre as mulheres, as solteiras também tiveram maiores riscos de mortalidade por todas as causas específicas avaliadas na comparação com mulheres casadas. Homens divorciados e viúvos também mostraram maiores riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares, causas externas e por todas as causas comparadas com homens casados.

Manzoli et al. (2007) realizaram uma revisão sistemática seguida por uma meta-análise que avaliou 53 estudos que associaram taxas de mortalidade em idosos com a situação conjugal. O casamento foi fator de proteção da mortalidade em participantes casados de 26 estudos (RR=0,88; IC95%=0,85-0,91). Já o Risco Relativo de mortalidade foi maior em idosos/as viúvos/as, como também em divorciados/as. A viuvez (RR=1,11; IC95%=1,08-1,14) e o divórcio/separação (RR=1,16; IC95%=1,09-1,23) foram fatores de risco de mortalidade na comparação com idosos/as casados/as.

O único estudo encontrado no Brasil que associou a situação conjugal com mortalidade foi realizado em 1.115 idosos residentes em São Paulo. Gomes et al. (2013) utilizaram dados coletados sobre mortalidade em dois momentos: 2000 e 2006. O risco de morte em idosos solteiros foi 72,6% maior do que em idosos casados. Entre as mulheres, o risco de morte foi 93% maior em idosas divorciadas/separadas e 38% maior em viúvas na comparação com idosas casadas.

2.3.2 Situação Conjugal e Comportamentos Relacionados à Saúde

Além da mortalidade, outro indicador de saúde frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos foi o de comportamento relacionado à saúde. De acordo com o apresentado na introdução desta dissertação, o crescimento das taxas de morbimortalidade causadas pelas DCNT no mundo todo cria um olhar mais direcionado para os fatores/comportamentos de saúde.

Joung et al. (1995) conduziram um estudo longitudinal na Holanda com 16.311 participantes com o objetivo de verificar as diferenças nos comportamentos de saúde de acordo com as diferentes situações conjugais e concluíram que os participantes com companheiro(a) (casados/as) tiveram maiores chances de adotarem comportamentos positivos de saúde, como: prática de exercício físico e consumo regular do café da manhã e menores chances de adotarem comportamentos negativos de saúde (consumo abusivo de álcool e tabaco) na comparação com participantes sem companheiro(a).

A associação entre situação conjugal com tabaco foi verificada por Cho et al. (2008). Os autores conduziram um estudo transversal com uma amostra nacional representativa de 57.246 mil sul-coreanas e 52.769 mil sul-coreanos. A maior prevalência de tabagismo foi encontrada em homens e mulheres sem companheiro(a), na comparação com participantes que tinham companheiro(a).

Outro estudo transversal sul-coreano foi conduzido por Yim et al. (2012) e buscou avaliar a associação da situação conjugal com comportamentos de saúde (tabagismo, consumo abusivo de álcool, prática regular de atividade física, consumo regular de café da manhã e consultas médicas periódicas) em 2.522 sul-coreanos (as). A chance de realizar consulta periódica de saúde (OR=0,53; IC95%=0,32-0,90) e a chance do consumo regular de café da manhã (OR=0,50; IC95% 0,27-0,92) foram menores em homens sem companheiro(a). Entre as mulheres, não ter companheiro(a) se relacionou com maior chance do consumo do tabaco (OR: 2,27; IC95%=1,09-4,73) e maior chance do consumo abusivo de álcool (OR=5,33; IC95%=1,65-17,24) do que em mulheres com companheiro(a).

O estudo transversal de Pettee (2006) verificou os níveis e os tipos de atividade física associados com a situação conjugal em idosos 3.075 idosos(as) de 70 a 79 anos dos Estados Unidos e como principais resultados verificou que os idosos com companheiro(a) praticaram mais exercício físico ($p < 0,001$) e as idosas com companheiro(a) realizavam mais as atividades físicas diárias ($p < 0,001$).

Outro estudo de coorte prospectivo relacionado à atividade física foi conduzido nos Estados Unidos com 3.261 casais com um seguimento de seis anos para avaliar a associação entre mudanças da prática de atividade física no esporte e atividade física no lazer com mudanças nos mesmos indicadores do companheiro ou companheira. As mudanças na prática da atividade física dos participantes foram positivamente associadas com mudanças na prática da atividade física de seus parceiros (as) conjugais (COBB et al., 2016).

2.3.3 Situação Conjugal e Peso Corporal

O crescimento constante no número de pessoas com sobrepeso ou obesidade fez com que aumentasse o interesse de pesquisadores pelo tema. Diversos fatores podem se relacionar com o peso corporal, como a atividade física, hábito alimentar, consumo de álcool e tabagismo. Além desses fatores que são habitualmente relacionados, estudos indicam que a situação conjugal também se relaciona com o peso corporal. Ter companheiro(a) influencia em uma maior frequência e variedade no consumo de alimentos, no que causa, no geral, um maior peso corporal.

De acordo com o estudo transversal realizado em 1979, com 3.025 participantes com idade entre 20 a 64 anos de idade nos Estados Unidos, com objetivo de identificar a associação da situação conjugal, gordura corporal e obesidade, os autores concluíram que homens com companheiro(a) eram mais obesos do que os homens sem companheiro(a). Entretanto, a situação conjugal não se relacionou a obesidade entre as mulheres (SOBAL; RAUSCHENBACH; FRONGILLO, 1992).

2.3.4 Situação Conjugal e Autopercepção de Saúde

A autopercepção de saúde é bastante utilizada em estudos epidemiológicos por se tratar de um indicador em que o participante da pesquisa avalia sua saúde e por possibilitar também verificar as condições de saúde de uma determinada população (JOUNG et al., 1995; WU; HART, 2002; JOUTSENNIEMI et al., 2006; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2011; KNÖPFLI et al., 2016).

Com o objetivo de avaliar a autopercepção de saúde associada com a situação conjugal, Joutsenniemi et al. (2006) realizaram um estudo transversal na Finlândia com 5.871 finlandeses e verificaram que não ter companheiro(a) se associou com uma pior autopercepção de saúde, na comparação com pessoas com companheiro(a). Estratificado por sexo, homens solteiros e divorciados tiveram piores autopercepção de saúde. Já no caso das mulheres, as viúvas tiveram pior autopercepção de saúde.

Knöpfli et al. (2016) realizaram um estudo transversal de base populacional na Suíça com objetivo de verificar a associação do impacto do divórcio com a autopercepção de saúde em homens e mulheres (n=1.355) com idade de 40 a 65 anos. Para isto, separaram os participantes em três grupos: casados/as (n=399), divorciados/as com companheiro /a (n=424) e divorciados/as sem companheiro/a (n=532). De acordo com os resultados encontrados,

participantes divorciados/as sem companheiro(a) tiveram pior autopercepção de saúde na comparação com os outros dois grupos do estudo.

2.4 MUDANÇA DA SITUAÇÃO CONJUGAL E INDICADORES DE SAÚDE

Dentre os 28 estudos longitudinais encontrados, 18 associaram mudança na situação conjugal com indicadores de saúde (nove estudos utilizaram pelo menos um comportamento de saúde, oito estudos utilizaram o peso/alteração do peso corporal e um utilizou a autopercepção de saúde como desfecho). De acordo com o ano de publicação dos estudos, o primeiro foi publicado em 1992 e os mais recentes foram publicados em 2017. Dezesesseis estudos foram conduzidos nos Estados Unidos, um foi realizado na Suécia, um no Canadá, um na Holanda e um na Inglaterra. Com relação à população de estudo, a menor amostra foi de 558 participantes e a maior foi de 942.366 mil participantes.

2.4.1 Mudança da Situação Conjugal e Comportamentos de Saúde

Embora a frequência das mudanças na situação conjugal esteja aumentando, com o aumento nas taxas de divórcios e de novas uniões, há poucos estudos epidemiológicos que associam tais mudanças com indicadores de saúde, na comparação com a quantidade de estudos existentes que associam a situação conjugal com indicadores de saúde.

Em um estudo recentemente publicado, Kutob et al. (2017) conduziram um estudo de coorte prospectivo nos Estados Unidos com 81.920 mulheres de 50-79 anos e tiveram como objetivo investigar o impacto das mudanças na situação conjugal em comportamentos de saúde em uma amostra prospectiva de mulheres em pós-menopausa de 50 a 79 anos de idade. As mulheres que se divorciaram/separaram tiveram maiores chances de praticar atividade física e de consumir tabaco, se comparadas com as mulheres que se mantiveram casadas. Além do mais, mulheres que se casaram pela primeira vez tiveram maiores chances de terem melhores hábitos alimentares, como também tiveram maiores chances de se tornarem mais ativas fisicamente e maiores chances de passar a consumir álcool, se comparadas com as mulheres que se mantiveram casadas.

Eng et al. (2005) realizaram um estudo de coorte prospectivo com observação entre 1986 e 1990 em 38.865 homens profissionais da saúde residentes nos Estados Unidos. O objetivo principal do estudo foi de avaliar o efeito da mudança da situação conjugal em comportamentos de saúde nesse grupo. Homens que enviuvaram aumentaram o

consumo semanal de álcool e diminuíram a ingestão semanal de legumes em comparação com aqueles que se mantiveram casados. Os que se divorciaram/separaram diminuíram a ingestão semanal de legumes. Homens que casaram diminuíram a atividade física semanal na comparação com os que se mantiveram sem companheiros (solteiros, divorciados e viúvos).

Outro estudo semelhante foi realizado por Lee et al. (2005). Com o objetivo de avaliar o impacto da mudança na situação conjugal em mudanças de comportamentos de saúde, os autores utilizaram um delineamento longitudinal com o período de observação entre 1992 a 1996 em 80.944 mulheres profissionais da saúde residentes nos Estados Unidos. Mulheres que se divorciaram/separaram tiveram maiores chances de aumentar a prática da atividade física, se comparadas com aquelas que permaneceram casadas. Mulheres que enviuvaram tiveram menores chances de abandonarem o consumo de tabaco e maiores chances de consumirem mais álcool, na comparação com aquelas que permaneceram casadas.

Com objetivo de verificar a associação entre gênero, situação conjugal e controle social no comportamento de saúde, Umberson (1992) observou que homens divorciados passaram a consumir mais álcool, tabaco e diminuíram a prática de atividade física. Com exceção do consumo de álcool, os mesmos resultados foram encontrados entre os homens que se tornaram viúvos. Entre as mulheres, as que se divorciaram/separaram também passaram a consumir mais álcool, tabaco e diminuíram o peso corporal. Entre as mulheres que enviuvaram apenas a perda de peso foi associada.

Vinther et al. (2016) realizaram um estudo longitudinal prospectivo na Inglaterra com o objetivo de avaliar a relação entre transição conjugal e comportamento alimentar saudável em 11.577 mulheres e homens de 39 a 79 anos de idade. Como resultados principais, homens que enviuvaram reduziram a quantidade e a variedade do consumo de frutas e homens que se separaram/divorciaram reduziram a variedade do consumo de frutas. Entre as mulheres, a variedade no consumo de legumes também reduziu significativamente em mulheres que se separaram/divorciaram.

A investigação longitudinal de Reczek et al. (2016) teve como objetivo avaliar a associação entre situação conjugal, transição conjugal e consumo abusivo de álcool em 12.652 mulheres e homens dos Estados Unidos. Dentre os principais resultados, as mulheres que se casaram tiveram duas vezes mais chances de consumirem abusivamente álcool, se comparadas às mulheres que permaneceram casadas.

Estudo longitudinal realizado na Suécia por Kendler et al. (2017) verificou a relação do divórcio e o risco do consumo abusivo de álcool em 942.366 participantes. O divórcio foi associado com o início subsequente de consumo abusivo de álcool em homens e

em mulheres. Os resultados sugerem que o aumento da taxa do primeiro registro do consumo abusivo de álcool precedeu o divórcio, sugerindo que a relação consumo abusivo de álcool/divórcio na população surge do consumo abusivo de álcool predispondo o divórcio futuro.

Ostermann, Sloanm e Taylor (2005) também avaliaram a associação entre o divórcio e o consumo de álcool. O estudo longitudinal foi realizado durante oito anos nos Estados Unidos com 4.589 casais casados no *baseline*. Casais com diferentes comportamentos no consumo da bebida tiveram 146% mais chance de se divorciarem, se comparados aos casais em que ambos não bebiam.

King et al. (1998) realizaram um estudo longitudinal com 558 homens e mulheres nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar as mudanças na situação conjugal associadas com o aumento ou diminuição dos níveis de atividade física. Os participantes da pesquisa que se casaram tiveram um aumento nos níveis de atividade física durante o seguimento do estudo.

De acordo com os resultados encontrados nos estudos mencionados, não há um consenso de que passar a ter companheiro(a) se relaciona apenas com comportamentos positivos, como também não há um consenso de que deixar de ter companheiro(a) se relaciona apenas com comportamentos negativos. As divergências dos resultados da associação entre mudança na situação conjugal e comportamentos de saúde podem ser explicadas pelas diferentes características dos estudos encontrados e pela ausência de um instrumento de avaliação da qualidade da relação conjugal.

2.4.2 Mudança da Situação Conjugal e Peso Corporal

Assim como citado anteriormente que o peso corporal se associa com a situação conjugal, a mudança na situação conjugal também se relaciona com o peso corporal. No geral, estudos indicam que deixar de ter companheiro(a) se associa com a perda de peso e passar a ter companheiro(a) se associa com ganho de peso.

Em uma revisão sistemática de 20 artigos, Dinour et al. (2012) verificaram a associação entre mudança da situação conjugal com mudanças no peso corporal. Em geral, aqueles estudos que verificaram a transição da situação conjugal para o casamento/união estável identificaram uma associação significativa com o ganho de peso. Entretanto, os estudos que investigaram a associação da dissolução da relação com mudanças no peso corporal, identificaram associação com a perda de peso.

Rauschenbach, Sobal e Frongillo (1995) realizaram um estudo longitudinal com um ano de duração nos Estados Unidos com o objetivo de verificar a associação entre mudanças da situação conjugal com mudanças no peso corporal. As mulheres que se casaram tiveram, no geral, um aumento de 4,89 libras (dois quilogramas) frente àquelas que se mantiveram casadas.

Outro estudo longitudinal realizado pelos mesmos autores teve por objetivo avaliar a associação na mudança da situação conjugal com mudanças no peso corporal em um estudo de coorte de 10 anos nos Estados Unidos com 9.043 participantes. Homens que se mantiveram divorciados/separados e aqueles que enviuvaram durante o seguimento tiveram maior risco de perder peso. Já entre as mulheres, não houve diferenças significativas na associação entre mudanças da situação conjugal com mudanças de peso (SOBAL; RAUSCHENBACH; FRONGILLO, 2003).

Em estudo longitudinal realizado com 2.000 participantes nos Estados Unidos, Jeffery e Rick (2002) verificaram que a diminuição do Índice de Massa Corporal (IMC) foi maior em mulheres que deixaram de ter companheiro(a) e o aumento do IMC foi associado com mulheres e homens que se casaram.

Eng et al. (2005) conduziram um estudo longitudinal com 38.865 participantes como já mencionado anteriormente e além de verificarem os comportamentos de saúde, utilizaram o IMC na associação com mudanças na situação conjugal. Como resultado, na comparação com homens sem companheiro(a), aqueles que se casaram novamente aumentaram o IMC.

Umberson, Liu e Powers (2009) realizaram estudo longitudinal com 15 anos de duração em 1.500 participantes nos Estados Unidos, buscando avaliar a associação entre situação conjugal, mudança da situação conjugal e peso corporal. Para isto, a pesquisa teve quatro ondas de seguimento. Os participantes que se divorciaram nas duas primeiras ondas da pesquisa perderam peso, entretanto, aqueles que eram divorciados desde o início da pesquisa ganharam peso no mesmo período. Nos participantes que enviuvaram nas duas primeiras ondas da pesquisa a perda de peso não foi significativa, mas a perda de peso aumentou nas duas últimas ondas da pesquisa. O padrão desses efeitos sugere um curto e temporário período da perda de peso após o divórcio e uma perda de peso em um período mais tardio entre pessoas que enviuvaram.

Teachman (2016) conduziu um estudo longitudinal durante treze anos nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a relação entre situação conjugal, mudança da situação conjugal e peso corporal. Como resultados, a manutenção da situação conjugal sem

companheiro(a), assim como o divórcio, se associou com perda de peso corporal na comparação com participantes casados.

Com o objetivo de verificar a associação entre mudança da situação conjugal e a incidência da perda ou ganho de peso (através do IMC), Averett, Sikora e Argys (2008) conduziram um estudo longitudinal nos Estados Unidos com 10.423 participantes. Como principais resultados encontraram que os participantes que se casaram tiveram maior incidência no aumento do IMC na comparação com participantes que se mantiveram sem companheiro(a). Já os indivíduos que se divorciaram tiveram maior incidência na perda de peso na comparação com participantes que se mantiveram solteiros (as).

2.4.3. Mudança da Situação Conjugal e Autopercepção de Saúde

Buscando avaliar a associação entre mudança da situação conjugal com indicadores de saúde, Wu e Hart (2002) realizaram um estudo longitudinal no Canadá com 9.975 participantes. Os autores utilizaram como variáveis dependentes a saúde funcional (avaliada através de oito atributos autorreferidos: visão, audição, fala, entre outros), autopercepção de saúde e saúde mental (avaliada através de uma escala específica de depressão). Entre as mulheres o divórcio/separação se associou com a piora da saúde funcional, da autopercepção de saúde e de depressão. Entre os homens o divórcio/separação foi associado com declínio na saúde funcional e aumento da depressão.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, com dois períodos de coleta: 2011 e 2015. Em 2011 realizou-se uma pesquisa de base populacional intitulada “Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: Mortalidade, Perfil de Risco, Terapia Medicamentosa e Complicações”. O projeto Vigicardio teve início em 2011 com o objetivo de estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, por sexo e condição socioeconômica em pessoas com 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, região norte do Paraná (SOUZA et al., 2013).

No ano de 2015 realizou-se uma pesquisa de coorte com os mesmos sujeitos de 2011, intitulada: “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”.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Cambé, município de médio porte localizado na região norte do estado do Paraná. A escolha do município se deu por diversos motivos: possibilidade da cobertura de toda área urbana, estabilidade da população residente no município, pouca verticalização residencial, disponibilidade dos dados populacionais e apoio do poder público do município. A população da amostra foi composta por pessoas com 40 anos ou mais em 2011. A escolha dessa faixa etária foi intencional devido a maior ocorrência de complicações cardiovasculares, foco central do projeto maior (SOUZA et al., 2013).

Em 2010, a população de Cambé era de 96.733 habitantes e com densidade demográfica de 195.47 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano do município era de 0,734, considerado de médio desenvolvimento e o índice Gini era de 0,40. O município tem sua base econômica na agricultura e sua população é constituída pela colonização de japoneses, italianos, portugueses e espanhóis que passaram a viver na região na época que a Companhia de Terras do Norte do Paraná incentivou a colonização nas diversas regiões do estado (IBGE, 2010).

3.2.1 Critérios de Exclusão

Pessoas que possuíam qualquer tipo de deficiência, distúrbio ou transtorno que impedia o entendimento dos procedimentos ou que não contasse com cuidador ou responsável que pudesse responder à entrevista.

3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O instrumento utilizado na coleta de dados possui um formulário com diversas partes: variáveis de caracterização, do estado de saúde, de tratamento medicamentoso, hábitos de vida, teste minimal e capacidade funcional, depressão e de utilização dos serviços de saúde.

Para esta pesquisa, as variáveis utilizadas foram aquelas de caracterização, relacionadas à saúde e ao estilo de vida, presentes no instrumento da coleta de dados de 2011 e 2015.

3.3.1 Variáveis Dependentes

A prática da atividade física no tempo livre foi analisada de acordo com o modelo de estágio de mudança de comportamento (PROCHASKA et al., 1994; DUMITH; GIGANTE; DOMINGUES, 2007; DUMITH, 2008). A variável atividade física no tempo livre em 2011 e 2015 foi dicotomizada como:

- Ativo fisicamente: foi considerado ativo o participante que relatou fazer atividade física no tempo livre há mais de seis meses (manutenção) e aqueles que faziam atividade física no tempo livre há menos de seis meses (ação);
- Inativo fisicamente: todos os participantes que relataram não ter intenção de praticar atividade física no tempo livre nos próximos seis meses (pré-contemplação), que pretendiam começar a realizar atividade física no tempo livre nos próximos seis meses (contemplação) e/ou pretendiam começar a fazer atividade física no tempo livre nos próximos trinta dias (preparação).

As variáveis de comportamento alimentar foram coletadas através de duas perguntas do VIGITEL (BRASIL, 2014b). A primeira pergunta referiu-se a frequência de dias da semana que se consumia frutas: “Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer frutas?”. Já a segunda pergunta referiu-se a frequência de dias da semana em que se consumia algum tipo de verdura ou legume: “Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?”. As respostas para as duas perguntas do instrumento foram: nunca; quase nunca; 1 a 2 dias; 3 a 4 dias; 5 a 6 dias; todos os dias. As variáveis foram dicotomizadas em:

- Consumo regular de frutas e/ou verduras e legumes: participantes que relataram consumir cinco dias ou mais na semana;
- Consumo irregular de frutas e/ou verduras e legumes: participantes que relataram consumir menos de cinco dias na semana.

A variável relacionada ao tabagismo também foi a mesma utilizada pelo VIGITEL. A seguinte pergunta foi realizada: “O (a) senhor/senhora fuma?”. A variável do tabagismo foi dicotomizada como:

- Não tabagista: participantes que responderam não fumar;
- Tabagista: participantes que responderam fumar.

Para o consumo abusivo de álcool também se utilizou a mesma pergunta do VIGITEL: “Nos últimos 30 dias o (a) senhor/senhora consumiu mais que quatro (para mulheres)/cinco(para homens) doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?”. Foi considerada como dose uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, uísque ou qualquer bebida destilada. Sendo assim, a variável do consumo abusivo de álcool foi dicotomizada como:

- Sem consumo abusivo de álcool: participantes que responderam não ter consumido quatro (mulheres)/cinco (homens) doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias
- Consumo abusivo de álcool: participantes que responderam ter consumido quatro (mulheres)/cinco (homens) doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias.

Para a categorização do indicador “incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde” e “manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos” foram utilizadas as cinco variáveis de comportamentos relacionados à saúde (atividade física no lazer, consumo de frutas, consumo de legumes e verduras, tabagismo e consumo abusivo de álcool). Considerou como “manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos de saúde” o participante que manteve dois comportamentos positivos de saúde ou mais. Já no caso da “incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde” considerou-se o participante que passou a ter pelo menos um comportamento considerado positivo relacionado à saúde.

As variáveis dependentes foram comparadas, em cada participante nos dois momentos, podendo gerar quatro possíveis categorias. Por exemplo, no caso da atividade física no tempo livre:

- Inativos no tempo livre em 2011 e 2015;
- Inativos no tempo livre em 2011 e ativos em 2015;
- Ativos no tempo livre em 2011 e inativos em 2015;
- Ativo no tempo livre em 2011 e em 2015.

O mesmo procedimento foi realizado nas outras variáveis, conforme critérios mencionados anteriormente.

3.3.2 Variável Independente

A situação conjugal foi coletada em 2011 e 2015, através da mesma pergunta: “Qual é o seu estado civil?”. As opções de respostas eram: “solteiro (a); casado (a); divorciado (a)/separado(a); viúvo(a) ou união estável. A variável foi agrupada e dicotomizada como:

- Com companheiro(a): casado(a) e união estável;
- Sem companheiro(a): solteiro(a), separado(a)/divorciado(a) e viúvo(a).

Posteriormente foi verificado se houve mudanças ou não na situação conjugal entre 2011 e 2015, passando a existir quatro categorias:

- Com companheiro(a) em 2011 e 2015;
- Com companheiro(a) em 2011 e sem companheiro(a) em 2015;
- Sem companheiro(a) em 2011 e 2015;
- Sem companheiro(a) em 2011 e com companheiro(a) em 2015.

3.3.3 Variáveis de Confusão

Sexo: feminino e masculino.

Faixa etária: categorizada de acordo com os dois momentos da pesquisa:

- Em 2011:
 - 40 a 49 anos;
 - 50 a 64 anos;
 - 65 anos ou mais.
- Em 2015:
 - 44 a 54 anos;
 - 55 a 64 anos;
 - 65 anos ou mais.

Classe econômica: categorizada de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Por ser uma pesquisa longitudinal que utilizou dados de 2011 e 2015, os critérios de classificação da classe econômica foram diferentes. A classe econômica em 2011 era: A1; A2; B1; B2; C1; C2; D e E (ABEP, 2008). Já em 2015 a classe econômica era: A; B1; B2; C1; C2 e D-E (ABEP, 2015).

Para as análises de associações, optou-se por dividir em três categorias, conforme a pontuação de cada participante da pesquisa. Sendo assim, tanto em 2011 como em 2015, as categorias foram reagrupadas como: A e B; C; D e E.

Nível educacional foi categorizado por anos de estudo:

- 0 a 4 anos;
- 5 a 8 anos;
- 9 anos ou mais.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados de 2011 e de 2015 foram digitados duplamente através do banco de dados do programa Microsoft Office Excel® e comparados posteriormente com o objetivo de verificar inconsistências através dos programas Epi Info® versão 3.5.3 (em 2011) e Microsoft Office SpreadSheet Compare® (em 2015). No inquérito de 2015, os dados obtidos em formulário eletrônico do ODK Collect (Open Data Kit) eram concomitantemente enviados pela internet para armazenamento no servidor ONA (<https://ona.io/vigicardio>) e posteriormente exportados para o banco de dados do programa Microsoft Office Excel®.

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences-SPSS, versão 19.0. As etapas foram as seguintes:

1. Análise descritiva dos dados através da frequência das variáveis.
2. Para verificar eventuais diferenças entre as variáveis independente e dependentes, realizou-se o teste do Qui-quadrado. As associações foram realizadas com o nível de confiança de 95% e o p-valor significativo $<0,05$.
3. Foram realizadas análises de regressão de Poisson bruta e ajustada para verificar associações entre situação conjugal e a manutenção ou incidência de comportamentos de saúde. Na análise ajustada as variáveis de confusão utilizadas foram: sexo, faixa etária, classe econômica e nível educacional. Em ambas as análises, foram calculadas as razões de Risco Relativo (RR) e o intervalo de confiança (IC 95%) para cada variável. Para estas análises, as categorias de referência foram as variáveis dos participantes que mantiveram a mesma situação conjugal (com companheiro/a e sem companheiro/a) em 2011 e 2015.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa em 2011 foi aprovado através do parecer nº 236/10 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. O projeto de pesquisa de 2015 também foi aprovado pelo mesmo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina com o parecer nº 918.944.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Do total de 885 pessoas que foram entrevistadas tanto em 2011 como em 2015, duas foram excluídas por não terem respondido a situação conjugal em 2015. Na variável classe econômica houve um participante não respondente em 2011 e três participantes não respondentes em 2015.

Tanto no *baseline* quanto no seguimento a maior prevalência de estar sem companheiro(a) foi observada nas mulheres, nas pessoas com 65 anos ou mais e nas com menor classe econômica e nível educacional (Tabela 1).

Tabela 1- Prevalência da situação conjugal de acordo com características sociodemográficas da amostra em 2011 e 2015, Cambé/PR(n=883).

Variável	Situação conjugal				
	Sem companheiro(a)	%	Com companheiro(a)	%	P valor
2011					
Sexo					
Feminino	171	34,8	321	65,2	<0,001
Masculino	57	14,6	334	85,4	
Faixa Etária					
40 a 49 anos	68	20,9	258	79,1	<0,001
50 a 64 anos	100	26,5	277	73,5	
65 anos ou mais	60	33,3	120	66,7	
Classe Econômica¹					
A B	56	16,8	278	83,2	<0,001
C	127	27,3	339	72,7	
D E	45	54,9	37	45,1	
Nível Educacional					
0 a 4 anos	129	30,6	292	69,4	0,007
5 a 8 anos	47	20,8	179	79,2	
9 anos ou mais	52	22,0	184	78,0	
2015					
Sexo					
Feminino	202	41,1	290	58,9	<0,001
Masculino	74	18,9	317	81,1	
Faixa Etária					
44 a 54 anos	93	25,4	273	74,6	0,002
55 a 64 anos	95	32,3	199	67,7	
65 anos ou mais	88	39,5	135	60,5	
Classe Econômica¹					
A B	57	18,3	254	81,7	<0,001
C	163	34,6	308	65,4	
D E	55	56,1	43	43,9	
Nível Educacional					
0 a 4 anos	160	38,0	261	62,0	<0,001
5 a 8 anos	59	26,1	167	73,9	
9 anos ou mais	57	24,2	179	75,8	

¹Na variável classe econômica houve duas perdas de informação de um participante entre 2011 e 2015.

Fonte: O autor.

A Tabela 2 apresenta a incidência de pessoas que passaram a ter ou deixaram de ter companheiro(a) entre 2011 e 2015, segundo características demográficas. Observou-se maior incidência de deixar de ter companheiro(a) entre as mulheres, nas pessoas com mais de 65 anos e entre os com menor nível educacional e econômico. Por outro lado, não se observaram diferenças na incidência de passar a ter companheiro(a) entre os subgrupos. Dentre as 72 pessoas que deixaram de ter companheiro(a), 37 enviuvaram e 35 pessoas se divorciaram/separaram.

Tabela 2- Incidência de pessoas que deixaram de ter ou que passaram a ter companheiro(a) entre 2011 e 2015, Cambé/PR.

Variáveis	CC/SC ¹		P valor	SC/CC ¹		P valor
	n	%		n	%	
Total	72	11,0		24	10,5	
Sexo²						
Homens	26	7,8	0,007	9	15,8	0,135
Mulheres	46	14,3		15	8,8	
Faixa Etária²						
40 a 49 anos	21	8,1		7	10,3	
50 a 64 anos	29	10,5	0,001	13	13,0	0,449
65 anos ou mais	22	18,3		4	6,7	
Classe econômica²						
A-B	14	5,0		6	10,7	
C	46	13,6	<0,001	15	11,8	0,626
D-E	12	32,4		3	6,7	
Nível educacional²						
0-4 anos	45	15,4		14	10,9	
5-8 anos	19	10,6	0,001	7	14,9	0,330
9 anos ou mais	8	4,3		3	5,8	

¹CC/SC=Deixaram de ter companheiro(a); ¹SC/CC= Passaram a ter companheiro(a) em 2015; ²Considerando os dados do *baseline*.

Fonte: O autor.

4.2 MANUTENÇÃO E INCIDÊNCIA DE COMPORTAMENTOS POSITIVOS DE SAÚDE ASSOCIADOS COM A SITUAÇÃO CONJUGAL

A Tabela 3 mostra a análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde na comparação entre os participantes que se mantiveram com companheiro(a) e os que deixaram de ter companheiro(a) entre 2011 e 2015. Observou-se, na análise bruta que os sujeitos que deixaram de ter companheiro(a) tiveram, comparados com aqueles que se mantiveram com companheiro(a): menor manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos, menor incidência de consumo regular de frutas e menor incidência de abandono ao tabaco. Na análise ajustada todas estas associações se mantiveram significativas estatisticamente.

Tabela 3-Manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde entre as pessoas que se mantiveram com companheiro(a) em 2011 e 2015 e entre aquelas que passaram a não ter companheiro(a) em 2015, Cambé/PR. Dados brutos e ajustados (n=655).

	CC/CC ² (n= 583)		CC/SC ³ (n=72)		RR(IC95%) Bruto	RR(IC95%) Ajustado
	n	%	n	%		
Manutenção de comportamentos positivos						
Atividade física no tempo livre	94	53,4	12	57,1	1,07 (0,72-1,59)	0,91 (0,60-1,37)
Consumo regular de frutas	216	80,0	24	72,7	0,91 (0,73-1,13)	0,96 (0,77-1,19)
Consumo regular de verduras e legumes	319	81,2	36	75,0	0,92 (0,78-1,09)	0,94 (0,80-1,11)
Não tabagista	484	99,4	48	98,0	0,98 (0,94-1,03)	0,98 (0,94-1,03)
Sem consumo abusivo de álcool	437	94,4	54	96,4	0,98 (0,92-1,03)	0,99 (0,93-1,04)
Dois comportamentos positivos ou mais	484	83,0	51	70,8	0,85 (0,73-0,99)	0,80 (0,70-0,92)
Incidência de comportamentos positivos						
Atividade física no tempo livre	77	13,2	5	6,9	0,52 (0,22-1,25)	0,53 (0,22-1,27)
Consumo regular de frutas	122	20,9	7	9,7	0,46 (0,22-0,95)	0,43 (0,20-0,90)
Consumo regular de legumes e verduras	90	15,4	8	11,1	0,72 (0,31-1,47)	0,71 (0,35-1,41)
Deixaram de fumar	22	3,8	7	9,7	0,39 (0,17-0,87)	0,29 (0,12-0,68)
Pararam o consumo abusivo de álcool	56	9,6	8	11,1	0,84 (0,42-1,69)	0,59 (0,30-1,15)
Incidência de pelo menos um comportamento positivo	201	34,7	25	34,7	1,00 (0,71-1,40)	0,99 (0,70-1,39)

¹ Ajustado por sexo, mudança na classe econômica, faixa etária e escolaridade. ² CC/CC=Com companheiro(a) em 2011 e 2015. ³ CC/SC=Com companheiro(a) em 2011 e sem companheiro(a) em 2015. ⁴ A categoria de participantes que se mantiveram com companheiro(a) entre 2011 e 2015 foi categoria de referência na análise de regressão de Poisson.

A Tabela 4 mostra a análise de regressão de Poisson bruta e ajustada da manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde comparando os participantes que se mantiveram sem companheiros(as) e os que passaram a ter companheiros(as) entre 2011 e 2015. Observou-se, na análise bruta, que os sujeitos que passaram a ter companheiro(a) tiveram maior manutenção do não tabagismo, maior manutenção do não consumo abusivo de álcool, maior incidência do consumo regular de frutas e maior incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde. Na análise ajustada, a maior incidência do consumo regular de frutas e maior incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde se mantiveram com associação estatística significativa.

Tabela 4- Manutenção e incidência de comportamentos positivos de saúde entre as pessoas que se mantiveram sem companheiro(a) em 2011 e 2015 e entre aquelas que passaram a ter companheiros(as) em 2015, Cambé/PR. Dados brutos e ajustados (n=228).

Variável	SC/SC ² (n=204)		SC/CC ³ (n=24)		RR(IC95%) Bruto	RR(IC95%) Ajustado
	n	%	n	%		
Manutenção de comportamentos positivos						
Atividade física no tempo livre	32	48,5	0	0,0	---	---
Consumo regular de frutas	84	83,2	3	50,0	0,60 (0,27-1,34)	0,63 (0,29-1,35)
Consumo regular de legumes e verduras	104	82,5	13	81,3	0,98 (0,77-1,26)	0,99 (0,77-1,28)
Não tabagista	164	98,2	17	100, 0	1,02 (1,00-1,04)	1,02 (0,99-1,05)
Sem consumo abusivo de álcool	167	96,0	21	100, 0	1,04 (1,01-1,07)	0,96 (0,93-1,00)
Dois comportamentos positivos ou mais	167	81,9	20	83,3	1,02 (0,84-1,23)	1,15 (0,98-1,36)
Incidência de comportamentos positivos						
Atividade física no tempo livre	25	12,3	3	12,5	1,01 (0,33-3,11)	0,89 (0,40-3,19)
Consumo regular de frutas	41	20,1	10	41,7	2,07 (1,20-3,58)	2,42 (1,40-4,18)
Consumo regular de legumes e verduras	40	19,6	4	16,7	0,85 (0,33-2,17)	0,88 (0,34-2,27)
Deixaram de fumar	5	2,5	1	4,2	1,70 (0,20-14,0)	---
Pararam o consumo abusivo de álcool	18	8,8	2	8,3	0,93 (0,23-3,77)	0,36 (0,07-1,79)
Incidência de pelo menos um comportamento positivo	62	30,8	12	52,2	1,69 (1,08-2,63)	1,76 (1,07-2,88)

¹Ajustado por sexo, mudança classe econômica, faixa etária e escolaridade. ² SC/SC=Sem companheiro(a) em 2011 e 2015. ³ SC/CC=Sem companheiro(a) em 2011 e com companheiro(a) em 2015. ⁴A categoria de participantes que se mantiveram sem companheiro(a) entre 2011 e 2015 foi categoria de referência na análise de regressão de Poisson.

Fonte: O autor.

5 DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi de verificar a associação entre a mudança na situação conjugal com a incidência e a manutenção de comportamentos positivos de saúde em pessoas com 40 anos ou mais de idade. Ambas as mudanças na situação conjugal se associaram com comportamentos de saúde. Os participantes que deixaram de ter companheiro(a) tiveram menor manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos de saúde, menor incidência no consumo regular de frutas e menor incidência de abandono ao tabaco. Por outro lado, participantes que passaram a ter companheiro(a) tiveram maior incidência no consumo regular de frutas e na incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde. Diante destes resultados, passar a ter companheiro(a) se associou com melhores comportamentos de saúde. Porém, de acordo com resultados dos estudos encontrados na literatura, as mudanças na situação conjugal, seja entre quem deixa ou passa a ter companheiro(a), se associaram com comportamentos negativos e positivos de saúde.

Dentre os pontos positivos desta pesquisa, o principal é por ser, possivelmente, o primeiro estudo longitudinal realizado no Brasil que analisou a mudança da situação conjugal com manutenção ou incidência de comportamentos positivos de saúde. No contexto regional/continental de América Latina o tema desta pesquisa também parece ser ainda pouco explorado. Outro ponto positivo foi de avaliar simultaneamente diversos comportamentos de saúde. Destaca-se também a baixa proporção de perdas durante os quatro anos de seguimento desta pesquisa.

Como limitações deste estudo, foi a não avaliação da qualidade da relação conjugal que precedeu a separação, como também a qualidade da situação conjugal de quem se manteve com companheiro(a). Dependendo da qualidade da relação conjugal, participantes que deixaram de ter companheiro(a) podem encarar a “nova” situação conjugal sem o(a) parceiro(a) como uma oportunidade de passar a vivenciar a vida com melhores escolhas relacionadas à saúde (TÓRRES, 2006; YALOM, 2008; REN, 1997). Por exemplo, ainda hoje, o homem parece se favorecer mais com os aspectos positivos do casamento do que as mulheres. Neste sentido, mulheres que se divorciaram/separaram ou enviuvaram podem aproveitar mais da nova condição conjugal para fazer coisas que quando se tinha um companheiro não fazia devido as maiores responsabilidades que eram/são atribuídas ao papel da mulher em relacionamento heterossexual tradicional, como cuidar da casa, dos(as) filhos(as), dos(as) netos(as) e do companheiro. Não investigar cada categoria de mudança na situação conjugal de forma separada (vivez, divórcio/separação, casamento ou união estável)

devido ao valor do “n” de cada categoria ser pequeno foi outra limitação desta dissertação. A dissolução da relação pelo divórcio/separação ou pela viuvez pode se associar de forma diferente com a adoção de comportamentos de saúde, assim como passar a ter companheiro(a) através do casamento ou união estável (JOUNG et al., 1995). Outra limitação deste estudo foi utilizar uma amostra com pessoas de 40 anos ou mais, impossibilitando a comparação das mudanças na situação conjugal com uma coorte mais jovem. A mudança no contexto social e histórico pode influenciar de forma diferente a associação entre mudança na situação conjugal com coortes de idade mais jovens e mais velhas (LIU, 2012).

Em 2011 e 2015, a maior prevalência de pessoas sem companheiro(a) foi em mulheres, na faixa etária mais elevada, classe econômica mais baixa e de menor nível educacional. Já a maior prevalência de pessoas com companheiro(a) tanto em 2011 quanto em 2015 foi em homens, na faixa etária mais jovem, classe econômica mais alta e nível educacional mais elevado.

De acordo com resultados de pesquisas encontradas, as mulheres apresentam uma maior frequência de se manterem sem companheiro, ao contrário dos homens, que apresentam maior frequência de se manterem com companheira (WU; HART, 2002; MOLLOY et al., 2009; GOMES et al., 2013). No geral, mulheres possuem uma maior autonomia relacionada à saúde e são menos suscetíveis a adotarem comportamentos de risco relacionados à saúde, o que pode explicar uma maior expectativa de vida na comparação com os homens. A maior prevalência de pessoas sem companheiro(a) encontrada em pessoas mais velhas, de classe econômica mais baixa e de menor nível educacional pode ser explicada de acordo com o contexto brasileiro caracterizado pelo envelhecimento populacional, maior prevalência de população de baixa renda e com nível educacional mais baixo, principalmente entre indivíduos mais velhos (IBGE, 2016).

Entre as pessoas que deixaram de ter companheiro(a), a maior incidência foi entre as mulheres, de faixa etária mais velha (acima de 65 anos), classe econômica e nível educacional mais baixo. A maior incidência observada entre as mulheres pode ser explicada parcialmente pela construção social dos diferentes papéis de gênero feminino e masculino. No geral, as mulheres se casam com homens mais velhos podendo aumentar as chances de se tornarem viúvas. Outro fator que pode contribuir é a maior autonomia e autocuidado relacionado à própria saúde, no que pode explicar a maior expectativa de vida em mulheres, se comparada aos homens. Além disso, embora haja um movimento de desconstrução do modelo tido como tradicional de uma relação conjugal heterossexual, onde o homem sai para trabalhar e a mulher fica responsável pelo cuidado da casa e da família, no geral, no caso das

mulheres, a relação conjugal pode aumentar as obrigações do cuidado da casa, do companheiro e de si, no que pode aumentar a insatisfação da relação e conseqüentemente no abandono da relação, principalmente através do divórcio/separação (NERI, 2001; SALGADO, 2002; SUZUKI; SILVA; FALCÃO, 2012). Com relação a maior incidência de pessoas que deixaram de ter companheiro(a) na faixa etária mais velha pode ser relacionada ao envelhecimento, ou seja, conforme as pessoas envelhecem, mais são as chances de perderem o(a) companheiro(a). Já a maior incidência observada em pessoas que deixaram ter companheiro(a) na classe econômica e nível educacional mais baixo além de se relacionar com o contexto socioeconômico brasileiro (IBGE, 2016), pode se relacionar também com o processo de seleção do casamento, onde as pessoas com melhores condições socioeconômicas, no geral, são aquelas com maiores chances de passar a ter uma relação conjugal e de se manter nela (GOLDMAN; KORENMAN; WEINSTEIN, 1995; JOUNG et al., 1998).

Foi observado na pesquisa que participantes que deixaram de ter companheiro(a) tiveram menor manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos de saúde (atividade física no tempo livre, consumo regular de frutas, consumo regular de legumes e verduras, sem consumo abusivo de álcool e não tabagismo) na comparação com participantes que se mantiveram com companheiro(a). A dificuldade da manutenção de comportamentos positivos pode se relacionar com os diversos fatores estressantes que o processo de separação pode causar, seja pelo divórcio/separação, seja pela viuvez. Além disso, a perda do suporte social do(a) parceiro(a), como também a redefinição de certos papéis sociais deixados de lado por conta da relação conjugal, se relacionam com a dificuldade de manter comportamentos positivos (ENG et al., 2005; SBARRA; LAW; PORTLEY, 2011).

Na pesquisa de Eng et al. (2005) tanto homens que enviuvaram quanto os que se separaram/divorciaram apresentaram maiores chances na adoção de comportamentos negativos de saúde, como o aumento do consumo abusivo de álcool (apenas entre homens ficaram viúvos) e a diminuição do consumo semanal de legumes (entre homens que ficaram viúvos e se separaram/divorciaram). Em um estudo semelhante realizado por Lee et al. (2005) os autores também identificaram que participantes que deixaram de ter companheiro (divórcio, separação ou viuvez) tiveram maiores chances de consumir tabaco e de consumir álcool. Resultados foram semelhantes na pesquisa realizada por Kutob et al. (2017) que verificaram uma maior chance no consumo de tabaco em mulheres que deixaram de ter companheiro. A pesquisa realizada por Umberson (1992) também associou o divórcio com diminuição na prática de atividade física (homens) e maior consumo de álcool e de tabaco

(homens e mulheres). Com relação aos hábitos alimentares, Vinther et al. (2016) verificaram como resultados que a frequência e a variedade da ingestão de frutas foi menor entre indivíduos que enviuvaram, assim como a redução da variedade do consumo de frutas foi menor entre os que se divorciaram/separaram.

A menor incidência no consumo de frutas associada com participantes que deixaram de ter companheiro(a) na comparação com aqueles que se mantiveram com companheiro(a) nos dois momentos da pesquisa é um resultado que também foi encontrado em outras pesquisas. Em uma pesquisa que associou a mudança da situação conjugal com consumo de frutas e legumes, a quantidade e a variedade do consumo de frutas foram menores em homens que enviuvaram na comparação com aqueles que se mantiveram casados. A redução na variedade de frutas também foi associada com homens que se separaram/divorciaram. Entretanto, não houve resultado com associação estatística significativa entre as mulheres (VINTHER et al., 2016). No contexto brasileiro, o apoio financeiro para o consumo de frutas parece ser um aspecto importante. Em um estudo transversal realizado em Cambé/PR com a mesma amostra utilizada neste estudo e com o objetivo de analisar as barreiras percebidas para o consumo de frutas, verduras ou legumes em uma amostra de 44 anos ou mais de idade, a barreira relacionada ao custo familiar na aquisição de frutas foi a mais prevalente (SANTOS et al., 2016).

Outro resultado encontrado nesta pesquisa, deixar de ter companheiro(a) se relacionou com uma menor incidência no abandono ao tabaco, ou seja, a dissolução da relação está diretamente associada ao tabagismo. O resultado é semelhante a outros estudos encontrados na literatura. De acordo com o estudo longitudinal com três anos de seguimento realizado nos Estados Unidos por Umberson (1992), o divórcio foi associado com um maior consumo de tabaco em homens e mulheres. A viuvez em homens também se relacionou com um maior consumo de tabaco. No estudo longitudinal conduzido por Lee et al. (2005) entre as fumantes no *baseline*, mulheres que enviuvaram tiveram menores chances de abandonar o tabagismo na comparação com as mulheres que permaneceram casadas. No caminho inverso, a chance das mulheres que não fumavam e passaram a fumar foi duas vezes à de mulheres que se divorciaram/separaram ou enviuvaram na comparação com aquelas que se mantiveram casadas. Em uma pesquisa longitudinal recentemente publicada, Kutob et al. (2017) observaram que entre as mulheres casadas que não fumavam no *baseline* a chance de se tornarem fumantes foi significativamente maior em mulheres que se divorciaram/separaram do que aquelas que permaneceram casadas. A associação entre deixar de ter companheiro(a) e o tabagismo pode ser explicada pelo apoio social do (a) parceiro (a) diante do incentivo no

abandono ao tabaco e por fatores psicológicos e emocionais que o processo de dissolução causa, podendo ser o tabaco uma espécie de válvula de escape diante dos fatores negativos (KENDLER et al., 2017).

Passar a ter companheiro(a) se associou com maior incidência no consumo regular de frutas na comparação com os participantes que se mantiveram sem companheiro(a). Nenhum dos estudos encontrados na literatura encontrou associação significativa entre pessoas que passaram a ter companheiro(a) com maior consumo de frutas. A única associação relacionada ao hábito alimentar, mais precisamente no aumento do consumo de legumes, foi encontrada em homens que se casaram e tiveram um maior consumo de legumes, se comparados aos que se mantiveram sem companheiro(a) (ENG et al., 2005).

Como citado anteriormente, o mecanismo de proteção sugere que, no geral, estar casado(a)/ ter companheiro(a) permite a adoção de comportamentos positivos de saúde devido a um maior apoio social, emocional e financeiro (UMBERSON, 1992). Outro fator que pode influenciar no aumento do consumo regular de frutas é a relação entre o apoio do(a) parceiro(a) no preparo e no consumo de frutas, como também no apoio financeiro para a aquisição de frutas sendo, esta última, a barreira ao consumo de frutas mais prevalente nesta mesma população de estudo (SANTOS et al., 2016).

A incidência de pelo menos um comportamento positivo de saúde foi maior entre os participantes que passaram a ter companheiro(a) na comparação com participantes que se mantiveram sem companheiro(a). No geral, este resultado não é diferente dos de outros estudos encontrados na literatura. O aumento da atividade física foi associado com participantes que se casaram durante o seguimento de uma pesquisa longitudinal realizada nos Estados Unidos (KING et al., 1998). No estudo realizado por Kutob et al. (2017) as mulheres que se casaram também passaram a ser mais ativas fisicamente, como também passaram a ter melhores hábitos alimentares. Eng et al. (2005) também verificaram um aumento no consumo de legumes entre homens que se casaram novamente durante o seguimento da pesquisa. Por outro lado, outros estudos encontraram associação com comportamentos negativos de saúde, principalmente em mulheres que passaram a ter companheiro(a) e o aumento do consumo de álcool (LEE et al., 2005; RECZEK et al., 2016).

6 CONCLUSÃO

Conforme os objetivos e resultados encontrados na presente dissertação, algumas conclusões podem ser feitas:

1. Tanto em 2011 como em 2015 a maior prevalência de pessoas sem companheiro(a) foi em mulheres, da faixa etária mais elevada, de classe econômica e nível educacional mais baixos;
2. A maior incidência de pessoas que deixaram de ter companheiro(a) foi em mulheres, na faixa etária mais velha, de classe econômica e nível educacional mais baixo;
3. Deixar de ter companheiro(a) se associou com menor manutenção de pelo menos dois comportamentos positivos de saúde, menor incidência de consumo regular de frutas e menor incidência de abandono ao tabaco;
4. Passar a ter companheiro(a) se associou com maior incidência no consumo regular de frutas e de pelo menos um comportamento positivo de saúde.

De acordo com as conclusões citadas acima, a mudança na situação conjugal parece ser um momento importante na vida da maior parte das pessoas e se relaciona diretamente com a saúde. Além disso, este estudo fortalece a ideia de que as mudanças nas relações conjugais sempre aconteceram, entretanto, parece que atualmente tais mudanças estão acontecendo de uma forma cada vez mais constante.

Para as futuras investigações que tenham como objetivo aprofundar o conhecimento acerca da relação entre situação conjugal e indicadores de saúde, algumas recomendações podem ser feitas:

1. Estudos longitudinais que permitam investigar cada categoria de mudança na situação conjugal de forma separada, como por exemplo: pessoas que se divorciaram/separaram e enviuvaram;
2. Estudos longitudinais que tenham um intervalo de tempo maior para investigar se as mudanças de comportamentos são momentâneas ou duradouras após a mudança na situação conjugal;
3. Estudos longitudinais que possam comparar coortes de idade mais novas com coortes mais velhas na associação com mudança na situação conjugal e indicadores de saúde;

4. Estudos que permitam avaliar a associação da situação conjugal ou mudança na situação conjugal com a utilização dos serviços de saúde;
5. Estudos que permitam investigar a associação da qualidade da relação conjugal e término da relação pela viuvez;
6. Estudos que investiguem novas configurações familiares;
7. Estudos que aprofundem a qualidade da relação conjugal.

O conceito ampliado do cuidado e a busca por um olhar humanizado nos serviços de saúde passam pelo melhor entendimento da condição humana, portanto, considerar as mudanças na situação conjugal das pessoas é um fator de grande importância, e que tem inclusive, como mostra os resultados deste estudo, importantes implicações na saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, São Paulo, v. 17, n. 5/6, p. 333-341, 2005.
- AMORIM, A. N.; STENGEL, M. Relações customizadas e o ideário de amor na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 179-188, 2014.
- ARRUDA, G. O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISAS-ABEP. **Critério de classificação econômica**. 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 15 jul. 2017.
- _____. **Critério de classificação econômica**. 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 15 jul.2017.
- AVERETT, S. L.; SIKORA, A.; ARGYS, L. M. For better or worse: relationship status and body mass index. **Economics and Human Biology**, New York, v. 6, n. 3, p. 330-349, 2008.
- BAUM, A.; POSLUSZNY, D. M. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. **Annual Review of Psychology**, Pittsburgh, v. 50, n. 1, p. 137-163, 1999.
- BOOKWALA, J. The role of marital quality in physical health during the mature years. **Journal of Aging and Health**, Baltimore, v. 17, n. 1, p. 85-104, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28109-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2014a. 156 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2010. 154 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília, 2013.84 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, 2011. 160 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2014b.

- BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 50-63, 2002.
- CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 267-276, 2017.
- CHO, H. J. et al. Marital status and smoking in Korea: the influence of gender and age. *Social. Science and Medicine*, Seoul, v. 66, n. 3, p. 609-619, 2008.
- CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.
- COBB, L. K. et al. Spousal influence on physical activity in middle-aged and older adults: the ARIC study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 183, n. 5, p. 444-451, 2016.
- CORREA, P. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. **BMC Public Health**, Baltimore, v. 9, p. 1-13, 2009.
- COVRE-SUSSAI, M. Socioeconomic and cultural features of consensual unions in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 53-74, jan./abr. 2016.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set./dez. 2005.
- DINOUR, L. et al. The association between marital transitions, body mass index, and weight: a review of the literature. **Journal of Obesity**, New York, v. 2012, p. 1-16, 2012.
- DREFAHL, S. Do the married really live longer? the role of cohabitation and socioeconomic status. **Journal of Marriage and Family**, Stockholm, v. 74, n. 3, p. 462-475, 2012.
- DUMITH, S. C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 54, n. 6, p. 393-396, 2012.
- DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 52-62, 2008.
- DUMITH, S. C.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Stages of change for physical activity in adults from southern Brazil: a population-based survey. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 4, p. 25, 2007.
- DURKHEIM, É. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 205-212.
- ENG, P. M. et al. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 59, p. 56-62, 2005.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 865-872, 2011.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015.

GOLDMAN, N.; KORENMAN, S.; WEINSTEIN, R. Marital status and health among the elderly. **Social Science & Medicine**, London, v. 40, n. 12, p. 1717-1730, 1995.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 566-578, 2013.

GOVE, W. R. Sex, marital status and mortality. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 79, n. 1, p. 45-67, 1973.

IKEDA, A. et al. Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study. **BMC Public Health**, London, v. 7, n. 73, p. 1-7, 2007.

IBGE. **Estatísticas do registro civil 2014**. Rio de Janeiro, 2014. v. 41, p. 1-82.

_____. **Resultados do censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf> Acesso em: 23 maio. 2017.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro, 2016.

JABLONSKI, B. O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e casal**: saúde, trabalho e modos de vinculação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 203-224.

JEFFERY, R. W.; RICK, A. M. Cross-sectional and longitudinal associations between body mass index and marriage-related factors. **Obesity Research**, Minneapolis, v. 10, n. 8, p. 809-815, 2002.

JOUNG, I. M. A. et al. A longitudinal study of health selection in marital transitions. **Social Science & Medicine**, Rotterdam, v. 46, n. 3, p. 425-435, 1998.

_____. Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 49, n. 1, p. 482-488, 1995.

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.

- KENDLER, K.S. et al. Divorce and the onset of alcohol use disorder: a swedish population-based longitudinal cohort and co-relative study. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 174, n. 5, p. 451-458, 2017.
- KING, A. C. et al. The effects of marital transitions on changes in physical activity: results from a 10-year community study. **Annals of Behavioral Medicine**, Stanford, v. 20, n. 2, p. 64-69, 1998.
- KNÖPFLI, B. et al. Marital breakup in later adulthood and self-rated health: a cross-sectional survey in switzerland. **International Journal of Public Health**, Bern, v. 61, n. 3, p. 357-366, 2016.
- KUTOB, R. M. et al. Relationship between marital transitions, health behaviors, and health indicators of postmenopausal women: results from the women's health initiative. **Journal of Woman's Health**, Tucson, v. 26, n. 4, p. 313-320, 2017.
- LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 231-241, 2010.
- LEE, S. et al. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 34, p. 69-78, 2005.
- LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.
- LIU, H. Marital dissolution and self-rated health: age trajectories and birth cohort variations. **Social Science and Medicine**, East Lansing, v. 74, n. 1, p. 1107-1116, 2012.
- LOCH, M. R. **Comportamentos relacionados à saúde e indicadores de religiosidade em adolescentes escolares**. 2006. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- LOCH, M. R. et al. Associação entre capital social e autopercepção de saúde em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-9, 2015.
- MANZOLI, L. et al. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Social Science and Medicine**, Rome, n. 64, p. 77-94, 2007.
- MARTINS, A. L. M. **Casamento e trabalho: reflexões sob a ótica de gênero e do ciclo vital**. 2006. 308 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- MIELKE, G. I. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 277-286, 2015.
- MOLLOY, G. J. et al. Marital status, gender and cardiovascular mortality: Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. **Social Science and Medicine**, London, n. 69, p. 223-228, 2009.
- MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, p. 527-534, 2007.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 7. ed. Londrina: Midiograf, 2017.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 28., 2001, Campinas. **Anais...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. p. 1-18.

OSTERMANN, J.; SLOANM, F. A.; TAYLOR, D. H. Heavy alcohol use and marital dissolution in the USA. **Social Science & Medicine**, Durham, v. 61, p. 2304-2316, 2005.

PAPP, P. Prisioneiros do papel sexual. In: ANDOLFI, M. **Casais em crise**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1995. p. 147-154.

PETTEE, K. K. Influence of marital status on physical activity levels among older adults. **Medicine and Science Sports and Exercise**, Pittsburgh, v. 38, n. 3, p. 541-546, 2006.

PONTES, R. J. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 123-152.

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.

RAUSCHENBACH, B.; SOBAL, J.; FRONGILLO, E. A. The influence of change in marital status on weight change over one year. **Obesity Research**, New York, v. 3, n. 4, p. 319-327, 1995.

RECZEK, C. et al. Marital histories and heavy alcohol use among older adults. **Journal of Health and Social Behavior**, Riverside, v. 57, n. 1, p. 77-96, 2016.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2011.

REN, X. S. Marital status and quality of relationships: the impact on health perception. **Social Science and Medicine**, London, v. 44, n. 2, p. 241-249, 1997.

ROLIM, K. I.; WENDLING, M. I. A história de nós dois: reflexões acerca da formação e dissolução da conjugalidade. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 165-180, 2013.

ROMERO, L. C.; COSTA E SILVA, V. L. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 305-314, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 343-397.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

- SANTOS, G. M. C.; Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- SBARRA, D. A.; LAW, R. W.; PORTLEY, R. M. Divorce and death: a meta-analysis and research agenda for clinical, social, and health psychology. **Perspectives on Psychological Science**, Tucson, v. 6, n. 5, p. 454-474, 2011.
- SCHAAN, B. Widowhood and depression among older europeans—the role of gender, caregiving, marital quality, and regional context. **Journals of Gerontology, Series B: psychological sciences and social sciences**, Washington, v. 68, n. 3, p. 431-442, 2013.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable disease in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 525-531, 2010.
- SILVA, J. D. A.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Conjugalidade e casamentos de longa duração na literatura científica. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 9, n. 1, p. 32-50, 2016.
- SOBAL, J.; RAUSCHENBACH, B.; FRONGILLO, E. A. Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. **Social Science and Medicine**, New York, v. 56, n. 1, p. 1543-1555, 2003.
- _____. Marital status, fatness and obesity. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 35, n. 7, p. 915-923, 1992.
- SOUZA, R. K. T. et al. 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 Serviços de Saúde**, Londrina, v. 22, n. 3, p. 435-444, jul./set. 2013.
- SOUZA, R. K. T.; LOCH, M. R. Promoção da Saúde. In: ANDRADE, S. M. et al. **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017. p. 29-46.
- SUZUKI, M. Y.; SILVA, T. L. B.; FALCÃO, D. V. S. Idosas viúvas: da perda à reorganização. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 207-223, 2012.
- TEACHMAN, J. Body Weight, marital status, and changes in marital status. **Journal Family Issues**, Washington, v. 37, n. 1, p. 74-96, 2016.
- TÔRRES, E. M. **A viuvez na vida dos idosos**. 2006. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- UMBERSON, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. **Social Science and Medicine**, London, v. 34, n. 8, p. 907-917, 1992.

- UMBERSON, D.; LIU, H.; POWERS D. Marital status, marital transitions, and body weight. **Journal of Health and Social Behavior**, Austin, v. 50, n. 3, p. 327-343, 2009.
- VINTHER, J. L. et al. Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: Findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. **Social Science and Medicine**, London, v. 157, n. 1, p. 120-126, 2016.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009.
- _____. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.
- _____. **Global status report: on noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2014.
- WILLIAMS, K.; UMBERSON, D. Marital status, marital transitions and health: a gendered life course perspective. **Journal of Health and Social Behavior**, Austin, v. 45, n. 1, p. 81-98, 2004.
- WU, Z.; HART, R. The effects of marital and nonmarital union transition on health. **Journal of Marriage and Family**, Toronto, v. 64, n. 2, p. 420-432, 2002.
- YALOM, I. D. Sete lições avançadas na terapia do luto. In:_____. **Mamãe e o sentido da vida: histórias de psicoterapia**. Rio de Janeiro: Agir, 2008. p. 87-150.
- YIM, H. J. et al. Marital status and health behavior in middle-aged korean adults. **Korean Journal of Family Medicine**, Seoul, v. 33, n. 6, p. 390-397, 2012.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de Coleta de Dados Utilizado em 2011.

Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações.**INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO**

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	N°:	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/ginásio 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> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
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														
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:															
6.1. 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	SOL10														

(4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	
6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11
6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12
6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13
7. Hoje em dia, com que frequência você 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
8. 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
9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer: (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro(a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)	VIOL2
10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias: (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões	POL1



11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:	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 DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA. NÃO SE PREOCUPE EM RESPONDÊ-LAS.</p>		
12. Quantos trabalhos você exerce atualmente?* []		TR1
 Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?*		TR2
(1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado		
 Pular para questão 17		
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?*		TR3

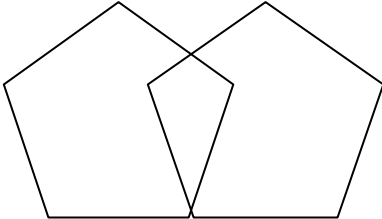
15. Nesse trabalho você é:*			TR4
(1) Empregado			
(2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.)			
(3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado)			
(4) Empregador			
(5) Não remunerado			
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas 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:*	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

18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?*		PB30			
(1) Sim (2) Não					
 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).		PB40			
(1) Sim (2) Não					
 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:		COM			
(1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5) Outros					
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 duplex)	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





AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.	
22. Orientação no tempo:	1 ponto para cada resposta certa
22.1. Que dia é hoje?	
22.2. Em que mês estamos?	
22.3. Em que ano?	
22.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?	
22.5. Qual a hora aproximada?	
Número de respostas corretas []	
23. Orientação no espaço:	1 ponto para cada resposta certa
23.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?	
23.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?	
23.3. Em que bairro nós estamos?	
23.4. Em que cidade nós estamos?	
23.5. Em que estado do Brasil nós estamos?	
Número de respostas corretas []	
24. 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. <i>(1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra, então repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)</i>	
Número de tentativas []	
Número de respostas corretas []	

<p>25. Atenção e cálculo: O(a) Sr (a) faz cálculos?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>-----</p>
<p> Se SIM: 25.1. Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7 reais, quanto resta? (Total de cinco subtrações).</p> <p>Resposta do entrevistado: []</p> <p>Resposta correta: 93 – 86 – 79 – 72 – 65</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada resultado correto</p>
<p> Se NÃO: 23.2. Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.</p> <p>Resposta do entrevistado:</p> <p>_____</p> <p>Resposta correta: O – D – N – U – M</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada letra na posição correta</p>
<p>26. Memória de evocação:</p> <p>Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr (a) memorizasse?</p> <p>Resposta do entrevistado: _____</p> <p>Respostas corretas: CARRO, VASO, BOLA</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada</p>
<p>27. Linguagem:</p> <p>27.1 Por favor, repita o que vou dizer. Certo?</p> <p>Então repita: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”</p> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto</p>

<p>28. 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>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>	FUM1
<p>↪ Se SIM: 30.1. Qual a frequência?* (1) Diariamente (2) Ocasionalmente</p>	FUM2
<p>↪ Se DIARIAMENTE: 30.2. Quantos cigarros por dia?* []</p>	FUM3


<p>31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente?</p> <p>[] anos (0) Não lembra</p>	FUM4
<p>32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	FUM5
<p>33. O Sr (a) já fumou?*</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	FUM6
<p> Se SIM: 31.1. Que idade o senhor (a) tinha quando parou de fumar?</p> <p>[] anos</p>	FUM7
<p>34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?*</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO, pule para a questão 35</p>	ALC1
<p> Se SIM: 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica? *</p> <p>(1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem)</p> <p>(2) Frequentemente (2 a 6x/sem)</p> <p>(3) Todos os dias</p>	ALC2
<p>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></p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	ALC3
<p> Se SIM: 32.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu?* []</p>	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.

35. Em uma semana normal (típica) o sr.(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?*

EX1




(1) Sim (2) Não




 Se **NÃO**, pule para a questão **38**

 Se **SIM**:




36. 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)	
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?*</p> <p>(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?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p> Se Sim, pule para a questão 40</p>	EX6
<p>39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	EX7
<p>40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:*</p> <p>(1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso</p>	EX8
<p>41. 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 43</p>	EX9
<p>42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.</p>	EX10
<p>VOU AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES</p>	
<p>43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?*</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL1
<p>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?*</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL2





<p>45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?*</p> <p>(1) Quase nunca (2) 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 46</p>	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 (2) Comer com a gordura (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 (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 (2) Comer com a pele (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 (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 (3) Os dois tipos (99) Não sabe</p>	AL8

<u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u>				
48. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador			RES	
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE, COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO.				
49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:			Nível :	
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	Se SIM : (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa		CF1	
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→			CF2	
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→			CF3	
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→			CF4	
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→			CF5	
49.6. Para urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		(2) Incontinência ocasional ou gotejamento		CF6
49.7. Para fazer cocô (defecação) (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		(3) Incontinência frequente (4) Incontinência total		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>	CF10
<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)?</p> <p>(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)</p> <p>(3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione</p> <p>(4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar</p> <p>(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?</p> <p>(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)</p> <p>(3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável</p> <p>(4) Utiliza CR com dificuldade</p> <p>(5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR</p> <p>(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)</p> <p>(2) Instala sozinho</p> <p>(3) Instala com dificuldade</p> <p>(4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso</p> <p>(5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<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 ^c
<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
<p>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	CF16





<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 utiliza linguagem de gestos</p> <p>(4) Não comunica</p>	CF22
<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> <p>(2) É lento para compreender explicações ou pedidos</p> <p>(3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas</p> <p>(4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas?</p> <p>(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</p> <p>(3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião</p> <p>(4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33

64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta:		CF34
<p>(1) Comportamento apropriado</p> <p>(2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo</p> <p>(3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes)</p> <p>(4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>		
65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:	Nível:	
65.1. Cuidar da casa?	<p>Se SIM:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza</p> <p>(4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas</p> <p>(5) Não faz</p>	CF40
(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		
65.2. Lavar roupa?		CF41
(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		
65.3. Preparar as refeições?		CF42
(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		
65.4. Fazer compras?		CF43
(1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		

<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> <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>	CF46


<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>	MED 1
<p> Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?*[]</p>	MED 2
<p>74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?* []</p>	MED 3
<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>	MED 4
<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?*_</p> <p>(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> <p>(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	DNT5
<u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u>	
<p>82. Você já perdeu algum dente?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO pule para a questão 84</p>	SB1
<p> Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos?</p> <p>(arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []</p>	SB2

<p>83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior)</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	SB3
<p> Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte:</p> <p>(1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas</p>	SB4
<p>84. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	SB5
<p>85. Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	SB6
<p>86. Você tem observado sangramento na gengiva:</p> <p>(1) Não (2) Sim, na última semana</p> <p>(3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês</p>	SB7
<p>87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica</p>	SB8
<p> Se SIM: 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []</p>	SB9
<p>88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está:</p> <p>(1) Satisfeito (2) Insatisfeito</p> <p>(3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra</p>	SB10
<p>89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</p> <p>(1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente</p> <p> Se NÃO pule para a questão 92</p>	SB11
<p>90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</p> <p>(1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente</p>	SB12



<p>91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</p> <p>(1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente</p>	SB13
<p>92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</p> <p>(1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente</p>	SB14
<p>AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL</p>	
<p>93. Como você classifica seu estado de saúde:</p> <p>(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	EST1
<p>94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde, agora:</p> <p>(1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma</p> <p>(4) Um pouco pior (5) Muito pior</p>	EST2
<p>95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde, agora:</p> <p>(1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma</p> <p>(4) Um pouco pior (5) Muito pior</p>	EST3
<p>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.</p>	
<p>96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?</p> <p>Hora usual de deitar []</p>	SON1
<p>97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?</p> <p>Número de minutos []</p>	SON2
<p>98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?</p> <p>Hora usual de levantar []</p>	SON3


99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?					SON4
Horas de sono por noite []					
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?					SON6
(1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim					
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?					SON7
(1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana					
(3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					
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)?					SON8
(1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					
104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?					SON9
(1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					
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?					SON11a
(1) Sim (2) Não					
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos?*					SON12

(1) Sim (2) Não		
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.	
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	ADS1
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	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se SIM: 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []	QUE2
117.2. Onde? _____	QUE3
<u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
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	TRAT2
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	CF47
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	RAM
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	ROT

<p>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização?</p> <p>(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?</p> <p>(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?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	ADS3
<p>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	ADS4
<p>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	ADS5
<p>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de toma-la?</p> <p>(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?*</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	ACE1
<p> Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?*</p> <p>(1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos</p> <p>(2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar.</p> <p>(3) Não teve dinheiro para adquiri-los.</p> <p>(4) Outra</p>	ACE2


AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR

FAVOR, TRAGA **TODOS** OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS **ÚLTIMOS 15 DIAS**. (PAUSA).

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

REC

(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		
RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO		
<u>BLOCO 7 – MEDIDAS</u>		
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:_____

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 esta 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) esteja presente na farmacoterapia mais que uma vez em diferentes concentrações (ex. Marevan 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/freqüência (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 freqüência de dose precisa ser calculada (ex.: Ranitidina 1 manhã e 1 noite, é igual a 2 x dia).

	Formas de dosagem	peso
ORAL	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/Grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
TOPICO	Cremes/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/cremes/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/cremes/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
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó-seco	3
OUTROS	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: -Pré-caregadas - Ampolas/frascos-ampolas	3 4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia Controlada pelo Paciente	2
	Supositório	2
Cremes vaginais	2	
Total seção A		

6 Em determinadas instruções como 'usar conforme indicado', o medicamento não receberá a pontuação sobre a frequência de dose (ex.: Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).

7 Caso exista mais de uma instrução de frequência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de frequência de dose (ex.: Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x ao dia e quando necessário, deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida (bombinha)', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo')

8 Nas situações em que são indicadas duas ou mais opções de um mesmo medicamento para um problema de saúde, eles precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a frequência de dose recomendada e como 'S/N' (ex.: Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes ao dia obterá pontuação das formas de dosagem para os dois: 'inaladores de dose medida' e 'nebulizador', e necessita ser pontuada duas vezes para '2xdia S/N')

9 Casos onde não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (ex.: seis vezes ao dia pode ser considerado como '4/4 h')
Obs. S/N = Se necessário

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

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				

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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 COMPLICACOES”, realizada em todo o município de Cambé/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 pagara 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: _____

ANEXO C
Formulário de Coleta de Dados 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:	
1° Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2° Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3° 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/ginasial 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/ginasial 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/ginasial 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				PB21
sucatas ou barras de chumbo				
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e				PB24
chapas metálicas contendo chumbo				
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?				PB30
(1) Sim (2) Não				
 Se SIM: 8.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31
9. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua				PB40
residência? (conforme alternativas citadas).				
(1) Sim (2) Não				
 Se SIM: 9.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à				PB41
sua casa? [] metros				
10. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/"veneno"/ praguicidas?				PB50
(1) Sim (2) Não				
 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?				PB52
(1) Sim (2) Não				
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:				EST1
(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim				
12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus				DEN1
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				
13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu				SON6
sono de uma maneira geral:				
(1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim				
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.				
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:				


	(1)SIM (2)NÃO	
14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?		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

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
<p>ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO:</p> <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. <p>LEMBRE-SE de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ 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. ☐ 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?* (<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: 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/Clinica 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 style="text-align: center;"> 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 style="text-align: center;"> 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 style="text-align: center;">[] 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

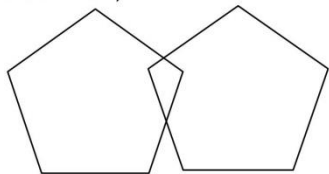

62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL9
63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL10
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  Se NUNCA pule para questão 67	AL24
66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia? [] copos	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 – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes). (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 1ª 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> <p>_____</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 referência 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>0</td> <td>1</td> <td>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>0</td> <td>1</td> <td>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>2</td> <td>1</td> <td>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>2</td> <td>1</td> <td>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>2</td> <td>1</td> <td>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 Vascular				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 <u>acompanhar sua saúde</u> (lembrar do(s) médico(s) referido(s)) (DESCONSIDRAR 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 está 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

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).

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

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 saúde, os indivíduos afetados serão orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Ana Maria Rigo Silva , pelo telefone 43 33712398 no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60 e email arigosilva@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

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: _____


ANEXO E

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

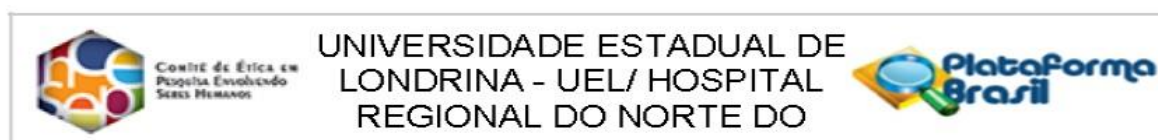
Registro CONEP 268

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	
Prezada Senhora: 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 style="text-align: center;">“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</p>	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p>  <p style="text-align: center;">Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UJEL</p>	

ANEXO F

Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da universidade estadual de londrina.

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 Rign 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

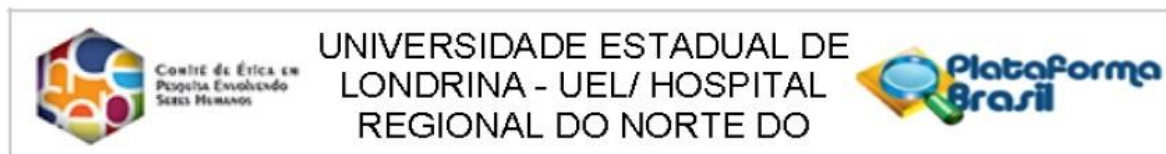
Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

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

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br