



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATHALIA ASSIS AUGUSTO

**INCIDÊNCIA DE AUMENTO E REDUÇÃO DO ÍNDICE DE
MASSA CORPORAL EM HOMENS E MULHERES DE MEIA-
IDADE: SEGUIMENTO DE QUATRO ANOS EM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE**

Londrina
2020

NATHALIA ASSIS AUGUSTO

**INCIDÊNCIA DE AUMENTO E REDUÇÃO DO ÍNDICE DE
MASSA CORPORAL EM HOMENS E MULHERES DE MEIA-
IDADE: SEGUIMENTO DE QUATRO ANOS EM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Rigo Silva

Londrina
2020

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

A848 Augusto, Nathalia Assis.
Incidência de aumento e redução do Índice de Massa Corporal em homens e mulheres de meia idade: Seguimento de quatro anos em município de médio porte / Nathalia Assis Augusto. - Londrina, 2020.
114 f. : il.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva .
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.
Inclui bibliografia.

1. Alteração do peso corporal - Tese. 2. Obesidade - Tese. I. Rigo Silva , Ana Maria . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

NATHALIA ASSIS AUGUSTO

**INCIDÊNCIA DE AUMENTO E REDUÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA
CORPORAL EM HOMENS E MULHERES DE MEIA-IDADE:
SEGUIMENTO DE QUATRO ANOS EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Rigo Silva

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dra. Fabiana Maluf Rabacow
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Dr. Douglas Fernando Dias
Universidade Estadual de Londrina - UEL

SUPLENTES

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Edmarlon Giroto
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 27 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me guiar, me capacitar e por ser a base da minha vida.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina pela oportunidade de ingressar no mestrado, aprender e me qualificar com a ajuda de excelentes docentes que tanto tenho admiração.

À minha orientadora, Dra. Ana Maria Rigo Silva, por todo o suporte nesses últimos dois anos e, foi para mim um exemplo de mulher, pesquisadora e professora.

Ao Prof. Dr. Mathias Roberto Loch que pacientemente colaborou com a construção do trabalho.

Aos membros da banca, Dra. Fabiana Maluf Rabacow e Dr. Douglas Fernando Dias que trouxeram importantes contribuições para a qualificação da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de estudos no período do mestrado.

Aos meus pais, Maria Aparecida e Valdemar, pelo incentivo para perseverar nos estudos. Sem essa base seria muito mais difícil concluir o mestrado. Mãe e pai, obrigada por todo amor, carinho e compreensão nos momentos difíceis. Eu amo muito vocês.

À minha irmã Nayara e meu irmão Matheus por todo o apoio.

Ao meu namorado José Henrique, palavras não descrevem tamanho companheirismo, incentivo e paciência. Foi uma pessoa essencial nesses últimos dois anos.

Aos colegas e amigos que conheci dentro do programa e compartilharam comigo das mesmas emoções, especialmente a Cassieli, Luiz Gustavo e Rafaela que desde a primeira semana de aula foram meus parceiros e dividiram comigo momentos dentro e fora da universidade.

Por fim, aos familiares, amigos, e todos aqueles que torceram por mim nessa trajetória.

AUGUSTO, Nathalia Assis. **Incidência de aumento e redução do Índice de Massa Corporal em homens e mulheres de meia-idade: seguimento de quatro anos em município de médio porte.** 2020. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

Nas últimas décadas, o Brasil passou a apresentar prevalência de excesso de peso três vezes maior que a desnutrição, com um aumento importante a partir da fase da meia-idade. O objetivo deste estudo foi analisar a incidência de aumento e de redução do Índice de Massa Corporal (IMC) entre homens e mulheres segundo características sociodemográficas e classificação nutricional. Trata-se de uma coorte prospectiva de base populacional com 689 adultos com idade entre 40 e 64 anos acompanhados por quatro anos. Verificou-se a proporção de redução e de aumento do IMC (≥ 1 kg/m²) segundo variáveis sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline* por meio da regressão de Poisson bruta e ajustada. Entre os homens, observou-se maior incidência de aumento do IMC (31,8%) do que de redução (18,2%), sendo esta diferença significativa. Mesma tendência entre as mulheres, porém não significativa (35,2% de aumento, contra 27,8% de diminuição). Em mesma análise, estratificada pela classificação nutricional do *baseline*, observou-se que nos eutróficos a proporção de aumento foi superior à de redução (em ambos os sexos), porém, entre aqueles classificados com sobrepeso e obesidade não houve diferença significativa (nem em homens, nem em mulheres), apesar de numericamente os valores serem superiores para aumento se comparados à redução de 1 kg/m², exceto para as mulheres obesas. Comparando-se a incidência de redução e aumento de 1 kg/m² segundo variáveis demográficas e classificação nutricional do *baseline*, observou-se maior incidência de redução nos homens da faixa etária de 55 a 64 anos (RR:1,78; IC95%:1,06-3,00), naqueles sem companheira (RR:1,85; IC95%:1,09-3,14), nos classificados com sobrepeso (RR:2,06; IC95%:1,13-3,74) e obesidade (RR:2,33; IC95%:1,24-4,35), enquanto a incidência de aumento foi menor na faixa etária de 55 a 64 anos (RR:0,62; IC95%:0,41-0,95). Entre as mulheres, houve maior incidência de redução na faixa etária de 55 a 64 anos (RR:1,43; IC95%:1,02-2,00) e nas classificadas com obesidade (RR:2,10; IC95%:1,30-3,38), e a incidência de aumento foi menor na faixa etária de 55 a 64 anos (RR:0,68; IC95%:0,49-0,95). Estes dados são importantes para compreensão dos fatores relacionados às variações de peso e elaboração de políticas públicas que visem o cuidado à saúde do adulto de meia-idade.

Palavras-chave: Pessoa de Meia-idade; Alterações do Peso Corporal; Obesidade; Estudos Longitudinais; Fatores de Risco.

AUGUSTO, Nathalia Assis. **Incidence of increase and decrease in the body mass index in middle-aged men and women: four-year follow-up in the medium-sized municipality.** 2020. 113 p. Dissertation (Masters in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

In recent decades, Brazil has started to present a prevalence of overweight three times higher than undernutrition, with an important increase from the middle age stage. The aim of this study was to analyze the incidence of increases and decreases in the body mass index (BMI) among men and women according to sociodemographic factors and nutritional classification. It is a population-based prospective cohort of 689 adults aged 40 to 64 years followed up for four years. A proportion of BMI reduction and increase (≥ 1 kg/m²) was verified according to sociodemographic variables and nutritional classification in the baseline by Poisson regression, through the gross and adjusted analysis. Among men, there was a higher incidence of increased BMI (31.8%) than reduction (18.2%), this difference was significant. The same trend among women, but not significant (35,2% increase, against 27,8% decrease). In the same analysis, stratified by the nutritional classification at baseline, it was observed that in eutrophic patients the proportion of increase was higher than reduction (in both sexes), however, among those classified as overweight and obesity, there was no significant difference (neither in men, nor in women), although numerically the values are higher for increase than for reduction of 1 kg/m², except for obese women. Comparing the incidence of reduction and increase of 1 kg/m² according to sociodemographic variables and nutritional classification of the baseline, a higher incidence of reduction was observed in men aged 55 to 64 years (RR:1,78; 95% CI:1,06-3,00), in those without a partner (RR:1,85; 95% CI:1,09-3,14), in those classified as overweight (RR: 2,06; 95% CI:1,13-3,74) and obesity (RR:2,33; 95% CI:1,24-4,35), while the incidence of increase was lower in the 55 to 64 age group (RR:0,62; 95% CI:0,41-0,95). Among women, there was a higher incidence of reduction in the age group 55 to 64 years (RR:1,43; 95% CI:1,02-2,00), in those classified as obese (RR:2,10; 95% CI:1,30-3,38), and the incidence of increase was lower in the 55 to 64 age group (RR:0,68; 95% CI:0,49-0,95). These data are important for understanding the factors associated to weight variations and the elaboration of public policies aimed at health care for middle-aged adults.

Key words: Middle Aged; Body Weight Changes; Obesity; Longitudinal Studies; Risk Factors.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Localização geográfica do município de Cambé no estado do Paraná...24
- Figura 2** – Fluxograma da população de estudo.....27

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Classificação do estado nutricional para adultos, segundo o IMC.....16
- Tabela 2** – Análise das perdas segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline*. Cambé-PR, 2011.....33
- Tabela 3** – Características sociodemográficas da amostra no *baseline*. Cambé-PR, 2011.....34
- Tabela 4** – Incidência de variação (redução e aumento) e manutenção do IMC na amostra total e segundo classificação nutricional no *baseline*, estratificados por sexo, em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011-2015.....36
- Tabela 5** – Incidência de redução do IMC segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline* (modelo bruto e ajustado), estratificada por sexo, em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011- 2015.....37
- Tabela 6** – Incidência de aumento do IMC segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline* (modelo bruto e ajustado), estratificada por sexo, em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011-2015.....38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEXA	Absorciometria de Energia Dupla de Raios X
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Paraná
RR	Risco Relativo
SINAN	Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição
SPSS	Statistical Package for the Social Science
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O Índice de Massa Corporal como Método de Avaliação Nutricional.....	15
1.2 Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento da Obesidade.....	17
1.3 Aumento e Redução do Índice de Massa Corporal em Adultos.....	19
1.4 Justificativa	22
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 MÉTODOS	24
3.1 Delineamento do Estudo	24
3.2 Local do Estudo	24
3.3 População do Estudo e Plano de Amostragem.....	25
3.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	28
3.5 Coleta de Dados	28
3.6 Variáveis	29
3.6.1 Variável dependente	29
3.6.2 Variáveis independentes.....	30
3.7 Processamento e Análise de Dados	31
3.8 Aspectos Éticos.....	32
4 RESULTADOS	33
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÕES	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES	52
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO EM 2011.....	53

APÊNDICE B: TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 2011	82
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO EM 2015.....	84
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 2015.....	108
ANEXOS.....	110
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVEDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.....	111
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVEDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.....	112

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, o mundo passou de um cenário epidemiológico com prevalência de baixo peso duas vezes maior que a de obesidade para uma realidade na qual mais pessoas são obesas do que estão abaixo do peso, exceto em partes da África Subsaariana e Ásia (NCD-RISK, 2016). A mudança no perfil nutricional da população neste período ocorreu devido a alterações demográficas, econômicas e epidemiológicas que surgiram com o rápido processo de urbanização nos países desenvolvidos e posteriormente nos países em desenvolvimento (PONTES et al., 2008; SANTOSA et al., 2014; STRANGES, 2019).

Essas alterações relacionadas à urbanização favoreceram a construção de ambientes obesogênicos, nos quais os comportamentos alimentares e de atividade física são influenciados negativamente. O ambiente obesogênico caracteriza-se pelo fácil acesso a alimentos processados em detrimento dos *in natura*, devido os aspectos regulatórios e comerciais que definem a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos, e ambientes construídos que restringem a possibilidade de atividade física, como bairros sem infraestrutura e sem segurança (SALLIS, GLANZ, 2009; TOWNSHEND, LAKE, 2017).

Um estudo realizado com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, a partir da década de 80, a população brasileira aumentou o consumo calórico proveniente de alimentos prontos em 27,8% em todos estratos econômicos. Além de redução significativa na utilização dos alimentos *in natura* ou minimamente processados (MARTINS et al., 2015). O último levantamento do sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis (Vigitel), inquérito realizado anualmente desde 2006 nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, relatou que a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 33,9% entre adultos de 18 anos e mais, e a frequência da prática de atividade física no tempo livre foi de 38,1%. Além disso, 44,1% não alcançaram um nível suficiente (150 minutos semanais) de prática de atividade física (BRASIL, 2019).

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal decorrente do balanço energético positivo, ou seja, consumo de calorias maior do que o gasto energético, podendo causar efeitos deletérios à saúde (OMS, 2000). O excesso de peso corporal está relacionado principalmente ao risco para doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) (KEARNS et al., 2014; FRANKS, ATABAKI-PASTDAR, 2017), que são a principal causa de morte no Brasil (MALTA et al., 2014) e no mundo (OMS, 2011).

Segundo dados do Vigitel 2018, mais da metade da população brasileira acima de 18 anos apresenta excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²), com maior frequência entre os homens (57,8%), comparados às mulheres (53,9%). Nos homens, a frequência dessa condição foi maior na faixa etária até 44 anos e nos estratos extremos de escolaridade. Entre as mulheres, a frequência do excesso de peso aumentou com a idade até os 64 anos e diminuiu notavelmente com o aumento da escolaridade. A frequência de adultos classificados com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) foi de 19,8%, sendo maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%). A frequência de obesidade aumentou com a idade até os 44 anos para homens e até os 64 anos para mulheres. Em ambos os sexos, a frequência de obesidade diminuiu com o aumento do nível de escolaridade, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2019).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada com 59.402 adultos brasileiros, que faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE, observou que a prevalência de sobrepeso e de obesidade apresenta um aumento importante a partir da fase da meia-idade, com maior prevalência na faixa etária de 50 a 59 anos, além disso, o baixo nível de instrução, raça/cor preta e viver com companheiro(a) foram associados à obesidade na população brasileira (FERREIRA, SZWARCOWALD, DAMACENA, 2019).

Em estudo de metanálise, no qual fizeram parte sete pesquisas realizadas em países de alta e média renda, com o objetivo de verificar associação entre nível socioeconômico ao longo da vida e IMC em adultos, concluiu que existe associação entre mulheres que tiveram baixo nível socioeconômico em alguma fase da vida e IMC mais elevado na vida adulta, associação não encontrada entre os homens (VIEIRA et al., 2019). Outra metanálise, realizada principalmente com pesquisas de países desenvolvidos, concluiu que mulheres com menor status socioeconômico ao longo da vida apresentaram maior chance de estarem obesas na vida adulta e, no geral, o IMC médio foi maior nos adultos com menor nível socioeconômico durante a vida em comparação com aqueles com maior nível socioeconômico (NEWTON, 2017).

Um estudo brasileiro que objetivou verificar associação entre status socioeconômico na infância e na idade adulta e adiposidade, a partir de 3 medidas

(IMC, circunferência da cintura e relação cintura quadril), verificou que o maior nível socioeconômico na infância foi associado a uma menor adiposidade na fase adulta apenas entre as mulheres (AITSI-SELMi et al., 2013). Em estudo transversal, também realizado com adultos brasileiros, mulheres com baixa posição socioeconômica apresentaram a média do IMC 2 kg/m^2 mais alto do que mulheres com alta posição socioeconômica, diferença não encontrada entre os homens (WAGNER et al., 2018).

Os estudos mostram que existem importantes fatores sociodemográficos associados ao excesso de peso e à obesidade e esses fatores podem ser distintos dependendo do sexo, como o baixo status socioeconômico que se associa ao maior peso e IMC, principalmente em mulheres.

1.1 O Índice de Massa Corporal como Método de Avaliação Nutricional

A avaliação do estado nutricional consiste na obtenção de medidas antropométricas de um indivíduo, relacionando-as a padrões que refletem o seu crescimento e desenvolvimento, podendo ser identificada a supernutrição ou a subnutrição. As medidas antropométricas utilizadas para obtenção da massa corpórea são o peso e a altura, que sozinhas não tem a capacidade de avaliar a composição corporal. Para a avaliação da composição corporal deve ser levado em consideração a quantidade de massa muscular e massa adiposa de um corpo, calculada por métodos indiretos ou diretos. Os métodos indiretos incluem as medidas de dobras cutânea e circunferências, que podem estimar a quantidade gordura corporal, e os métodos diretos utilizam equipamentos tecnológicos que são mais precisos e apresentam um maior custo, como a Bioimpedância Elétrica, Pesagem Hidrostática e a Absorciometria de Energia Dupla de Raios X (DEXA) (HAMMOND, LITHFORD, 2012).

Em 1835, o matemático Adolphe Quetelet propôs uma maneira de quantificar a relação entre o peso e a altura de indivíduos (QUETELET, A., 1835, apud FAERSTEIN; WINKELSTEIN, 2012). Entretanto, a medida não foi utilizada pela comunidade científica até 1972, quando Ancel Keys, médico e epidemiologista, identificou o Índice de Quetelet como adequado para estimar a gordura corporal na população e passou a chamá-lo de Índice de Massa Corporal (IMC) (KEYS et al., 1972 apud GUTIN, 2018). Desde 1972, mais de 290.000 artigos em importantes revistas

científicas mencionaram o "Índice de Massa Corporal" em seu texto, segundo pesquisa realizada pela plataforma PubMed em janeiro de 2020.

Calculado pela razão entre o peso (kg) e altura (m)², o IMC classifica os indivíduos em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade grau I, II e III (Tabela 1) a partir da quantidade de massa corporal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere a utilização do IMC para a classificação do estado nutricional da população e considera o método mais útil para a classificação da obesidade populacional (WHO, 2000).

Tabela 1. Classificação do estado nutricional para adultos, segundo o IMC.

Valor do IMC	Classificação do estado nutricional
<18,5	Baixo peso
18,5-24,9	Eutrofia
25,0-29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidade I
35,0-39,9	Obesidade II
≥40	Obesidade III

Fonte: OMS, 2000.

O IMC é o método mais utilizado para a classificação nutricional de adultos devido à facilidade de obtenção das medidas de peso e altura, análise e interpretação dos resultados, não havendo necessidade de comparação com curvas de referência, como é o caso de crianças, adolescentes e gestantes (BRASIL, 2011). Também é considerado um método democrático de avaliação nutricional, pois pode ser realizado por leigos, sem o auxílio de um profissional de saúde (GUTIN, 2018).

A principal crítica ao IMC está relacionada à capacidade de estimar a composição corporal nos indivíduos, pois o seu cálculo não distingue tecidos de gordura e massa magra. Porém, as críticas admitem o IMC como um marcador de saúde rápido e barato, permitindo medidas de obesidade em toda a população, prontamente disponíveis e consistentes (NICHOLLS, 2013; GUTIN, 2018).

Estudos mostram que o IMC é um preditor de morbidades, pois indivíduos com o IMC elevado possuem maior risco de desenvolver DCNT, principalmente doenças cardiovasculares (KEARNS et al, 2014; FRANKS, ATABAKI-PASTDAR, 2017). É também preditor de mortalidade por todas as causas (FLEGAL et al., 2013; GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION, 2016; BHASKARAN, et al., 2018).

Uma metanálise com 239 estudos prospectivos realizados na Ásia, Austrália e Nova Zelândia, Europa e América do Norte, objetivou investigar associação entre mortalidade e IMC em indivíduos não fumantes e sem doença crônica prévia. Os classificados com sobrepeso ou obesidade tiveram maior risco de mortalidade por todas as causas nos quatro continentes (GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION, 2016). Outro estudo analisou a associação da mortalidade geral com o IMC e o percentual de gordura corporal obtido pela medida das dobras cutâneas e da pesagem hidrostática, verificou-se que o IMC possui melhor correlação com a mortalidade geral do que os métodos de avaliação da gordura corporal (ORTEGA et al., 2016).

No contexto dos estudos epidemiológicos, o IMC apresenta importantes associações com fatores de risco para DCNT e mortalidade geral e, algumas vezes, uma associação melhor do que quando utilizado métodos mais complexos e caros, por isso o seu uso em pesquisas populacionais é generalizado e reconhecido como método que contribuiu na identificação da epidemia mundial da obesidade (GUTIN, 2018).

1.2 Políticas Públicas de Saúde para o Enfrentamento da Obesidade

Devido a crescente prevalência, a obesidade passou a ser tratada como um problema de saúde pública e a partir da década de 90 se tornou prioridade nas políticas públicas de saúde no Brasil (DIAS et al., 2017). Como a obesidade é uma condição multifatorial, o seu enfrentamento exige adoção de medidas diversificadas, sendo necessário o protagonismo do poder público para estabelecer políticas integradas e articuladas que combatam o ambiente obesogênico (MARTINS, 2018).

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) com objetivo de reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Apesar de não

abordar diretamente a obesidade, a PNPS considera a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e de atividade física como prioritárias para a promoção da saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2014b). A PNPS foi revisada em 2014, apontando a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la (BRASIL, 2014b).

Com o objetivo de melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, e prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, foi aprovada em 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada em 2011 (BRASIL, 2013a). A nova versão da PNAN apresenta-se mais articulada com o SUS e com o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), fortalecendo as ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde. Para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade, o PNAN incentiva ações que abrangem desde a produção à comercialização final dos alimentos, com ambientes que promovam a mudança de comportamento dos indivíduos e da sociedade (BRASIL, 2013a).

Também com o propósito de promoção da alimentação saudável, foi publicado em 2006 o Guia Alimentar para a População Brasileira que visa a segurança alimentar e educação nutricional dos brasileiros (BRASIL, 2006a). Em 2014 foi atualizado e lançado a segunda edição do Guia, com informações de fácil entendimento e imagens ilustrativas para ser utilizado por profissionais e pela população. As orientações sugerem priorizar o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, limitar o consumo de alimentos processados e evitar os ultraprocessados (BRASIL, 2014a).

Com relação à atividade física, foi iniciado em 2011 o Programa Academia da Saúde, instituído no âmbito da Atenção Básica e da PNPS, com a finalidade de promover práticas corporais e atividade física por meio de espaços públicos que são transformados em polos equipados para a prática das atividades. A iniciativa promove a saúde, lazer, cultura e a integração social (BRASIL, 2013b).

Também no ano de 2011, o governo lançou o Plano de Ação Estratégico Brasileiro de Combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, tendo como uma das principais metas deter o crescimento da obesidade entre adultos até 2022. Dentre as ações propostas para a prevenção e controle da obesidade estão o estímulo ao

hábito de práticas corporais e atividade física, iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta e consumo de alimentos saudáveis, além da realização de pesquisas populacionais sobre prevalência de sobrepeso, obesidade e fatores associados (BRASIL, 2011a).

Para a avaliação e monitoramento periódico das metas propostas pelo Plano de Ação Estratégico Brasileiro de Combate às DCNT são utilizados os dados obtidos pelo Vigitel, inquérito telefônico realizado anualmente nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal desde 2006, com o objetivo de conhecer a situação de saúde da população com 18 anos ou mais. O excesso de peso, a obesidade, o consumo alimentar e a atividade física são alguns dos temas que integram o Vigitel (BRASIL, 2019).

A OMS divulgou em 2013 o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das DCNT (2013-2020), também conhecido como "WHO 25 by 25", com objetivo de reduzir em 25% as mortes prematuras por DCNT até o ano de 2025. Este Plano de Ação apresenta nove metas voluntárias, entre elas, cessar o crescimento da obesidade a nível mundial. Para isso, o plano recomenda "medidas ideais" ou intervenções custo efetivas e de alto impacto a serem adotadas pelos países (OMS, 2013).

A obesidade representa um desafio para o Brasil e para o mundo, e ações isoladas não são capazes de deter efetivamente o problema. Apenas políticas integradas e articuladas possibilitam um enfrentamento efetivo, entretanto as intenções e os planos precisam ser colocados em prática (MARTINS, 2018).

1.3 Aumento e Redução do Índice de Massa Corporal em Adultos

A média global do IMC padronizado por idade aumentou de 21,7 kg/m² para 24,2 kg/m² entre os homens e de 22,1 kg/m² para 24,4 kg/m² entre as mulheres, no período de 1975 a 2014. Esse aumento na média do IMC foi mais lento a partir do ano 2000, principalmente nos países desenvolvidos, no entanto, acelerou em algumas regiões em desenvolvimento. Esses dados foram obtidos a partir de estudo de tendência mundial do IMC que contou com 1.698 pesquisas de base populacional com medidas de peso e altura aferidas, somando mais de 19,2 milhões de participantes (NCD-RISK, 2016).

Outro estudo, do mesmo grupo de pesquisa, selecionou 2.009 pesquisas de base populacional no período de 1985 a 2017, totalizando mais de 112 milhões de adultos, e mostrou que mais de 55% do aumento global da média do IMC se deve ao aumento do IMC nas áreas rurais, e em algumas regiões de baixa e média renda a contribuição dos habitantes da área rural chega a 80%. Essa grande contribuição existe pois o IMC aumenta na mesma proporção ou mais rapidamente nas áreas rurais do que nas cidades das regiões de baixa e média renda, com exceção das mulheres na África Subsaariana (NCD-RISK, 2019). A “urbanização da vida rural” é apontada como o principal responsável por estes resultados, como a mecanização da agricultura e o aumento do consumo calórico devido a maior disponibilidade de alimentos processados nessas regiões.

Algumas morbidades estão associadas às alterações do IMC na vida adulta. Em estudo de coorte retrospectivo realizado com 120.666 chineses de meia-idade e idosos, a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) após a meia-idade esteve associada a indivíduos que aumentaram o IMC em pelo menos 1kg/m² na idade adulta e inversamente associada a redução do IMC na idade adulta, independentemente da classificação nutricional inicial (SUN et al., 2016). Outro estudo de coorte prospectivo, realizado com adultos de 35 a 69 anos no Canadá, obteve que o aumento do IMC na idade adulta foi um fator de risco para o DM2, especialmente em indivíduos com sobrepeso e obesidade, e ainda que a redução de 5% a 10% do IMC foi associada a uma redução de 34% no risco de diabetes em indivíduos com obesidade (YE et al., 2018).

Estudo que avaliou a mudança no IMC e a incidência de hipertensão em adultos chineses, encontrou que o quartil com o maior aumento do IMC teve maior risco de incidência de hipertensão, comparado ao menor quartil, tanto em homens como em mulheres (REN et al., 2016). No Brasil, foi realizado estudo retrospectivo com 4.847 indivíduos hipertensos para verificar associação entre redução do IMC e remissão da hipertensão (pressão arterial <140/90 mmHg e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos). Verificou-se que os homens que reduziram o IMC em pelo menos 5% tiveram maior chance de remissão da hipertensão, tanto naqueles que utilizavam anti-hipertensivo como os que não utilizavam (GUIMARÃES et al., 2019).

O aumento do IMC destaca-se também como fator de risco para diferentes neoplasias, como o câncer de cólon em mulheres com aumento do IMC na pós-

menopausa (BLAKE-GUMBS et al., 2012) e câncer de mama em mulheres que se tornaram obesas na idade adulta, independentemente o estado nutricional inicial (GATHIRUA-MWANGI et al., 2015).

Nos Estados Unidos, um estudo de coorte com 36.051 adultos de 40 anos ou mais, acompanhados por 12 anos, observou que os indivíduos que se tornaram obesos na meia-idade tiveram 49% mais risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade por doenças cardíacas, comparados aos que permaneceram com o peso normal, sugerindo que a manutenção do peso normal durante a vida adulta é importante para evitar mortes prematuras (CHEN et al., 2019).

O aumento do IMC em adultos tem importante associação com questões sociais e psicológicas, como a piora na qualidade de vida (MULLER-NORDHORN, et al., 2014) e aumento do risco de depressão. Em estudo realizado com 363.037 adultos classificados com o IMC ≥ 30 kg/m², o risco de depressão foi diretamente proporcional ao aumento da classificação nutricional, sendo que indivíduos classificados com obesidade II (35-39,9 kg/m²) tiveram 20% mais risco de depressão comparados àqueles com obesidade I (30-34,9 kg/m²) (MOUSSA et al., 2019). O excesso de peso pode também influenciar a inserção no mercado de trabalho, com maior dificuldade principalmente entre as mulheres. Um estudo realizado na Alemanha observou que mulheres classificadas com obesidade apresentaram maior dificuldade em encontrar um emprego do que homens na mesma condição e, mulheres obesas que encontraram emprego tiveram salários significativamente mais baixos do que as mulheres com peso normal (CALIENDO, LEE, 2013).

Uma pesquisa realizada na Irlanda, com o objetivo de estimar o impacto da redução de 1 kg/m² na prevalência de DCNT em adultos, verificou que ocorreriam 26 casos a menos de DCNT para cada 1.000 homens e 28 casos a menos para cada 1.000 mulheres (KEARNS et al., 2014). Outro trabalho, realizado no Brasil a partir de dados do Vigitel, seguindo esta mesma lógica, buscou verificar o possível impacto na mortalidade por DCNT em toda a população brasileira a partir da redução de 1 kg/m², e estimou uma diminuição de 30.715 mortes por ano no Brasil (RABACOW, AZEREDO, REZENDE, 2019).

O aumento do IMC tende a trazer prejuízos à qualidade de vida e saúde, enquanto a redução do IMC tende a minimizar os efeitos das condições crônicas e prevenir doenças, trazendo benefícios à saúde da população.

1.4 Justificativa

A obesidade é mais prevalente em indivíduos de meia-idade (FERREIRA, SZWARCOWALD, DAMACENA, 2019), período da vida que se encontra entre a maturidade e a velhice. Pesquisas com a população adulta normalmente não costumam trazer análises mais específicas para esta faixa etária, pois geralmente englobam grupos etários mais abrangentes, como adultos com 18 anos e mais ou concentram-se em idosos.

A associação dos fatores sociodemográficos com o excesso de peso em adultos é conhecida, porém há escassez de estudos nacionais de base populacional que analisam a associação dos fatores sociodemográficos com o aumento ou a redução do IMC, de forma longitudinal (CHOR et al., 2015; CONDE, MONTEIRO, 2014).

Diante destes fatos, torna-se necessário avaliar o estado nutricional da população de meia-idade, acompanhar eventuais reduções ou aumento de peso e entender os fatores associados à essas mudanças, principalmente os fatores socioeconômicos e demográficos que são importantes determinantes de saúde (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017). Para isso, o método adotado foi o IMC, pois apesar de sua aplicabilidade clínica ser questionável, parece haver um consenso de que o IMC é um bom indicador de saúde, quando utilizado a nível populacional (GUTIN, 2018).

Destaca-se a importância de estudos longitudinais de avaliação nutricional voltados para a meia-idade, podendo ajudar com ferramentas para a elaboração de políticas públicas que visem o cuidado à saúde da população nesta faixa etária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a incidência de aumento e de redução do IMC em homens e mulheres de meia-idade residentes em município de médio porte, após quatro anos de seguimento.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os homens e mulheres da amostra segundo condições socioeconômicas, demográficas e classificação nutricional no *baseline*.
- Analisar a frequência de aumento, redução e manutenção do IMC em homens e mulheres, segundo a classificação nutricional no *baseline*.
- Analisar a incidência de aumento e redução do IMC em homens e mulheres, segundo características socioeconômicas, demográficas e classificação nutricional no *baseline*.

3 MÉTODOS

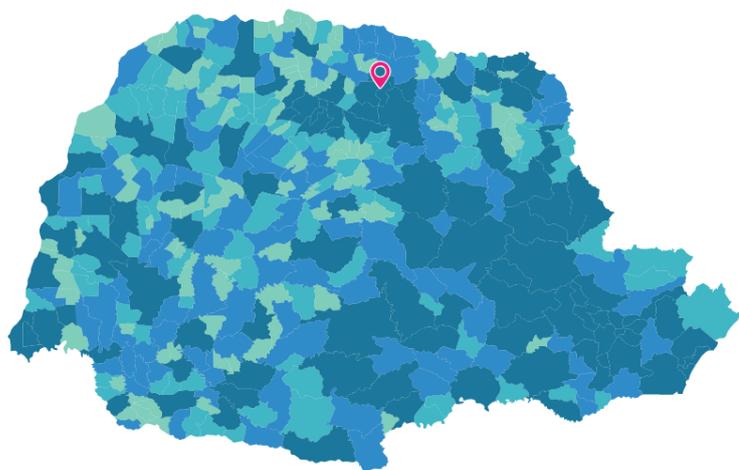
3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo observacional longitudinal do tipo coorte prospectiva, resultante de uma pesquisa de base populacional realizada em 2011 (“Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: Mortalidade, Perfil de Risco, Terapia Medicamentosa e Complicações”). Em 2015 deu-se seguimento à pesquisa com o título (“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 do Estudo

O estudo foi realizado em Cambé, município de médio porte localizado na região metropolitana de Londrina, norte do estado do Paraná, com população estimada em 92.888 habitantes pela contagem do IBGE no período. Do total de domicílios do município, aproximadamente 78% possuem esgotamento sanitário adequado e 85,5% estão em vias públicas com urbanização apropriada, como a presença de calçadas, meio-fio, bueiros e pavimentação (IBGE, 2010).

Figura 1. Localização geográfica do município de Cambé no estado do Paraná.



Fonte: IBGE (2010)

O município de Cambé foi escolhido mediante interesse e apoio do poder público municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, além da possibilidade de cobertura total da área, estabilidade da população residente no município, pouca verticalização residencial e disponibilidade dos dados populacionais atualizados para amostragem (SOUZA et al., 2013).

3.3 População de Estudo e Plano de Amostragem

A população do *baseline* foi constituída por indivíduos de idade igual ou superior a 40 anos, residentes na zona urbana de Cambé. O recorte da idade foi definido a partir da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), considerando que a maior ocorrência de morbidades cardiovasculares se dá nesta faixa etária.

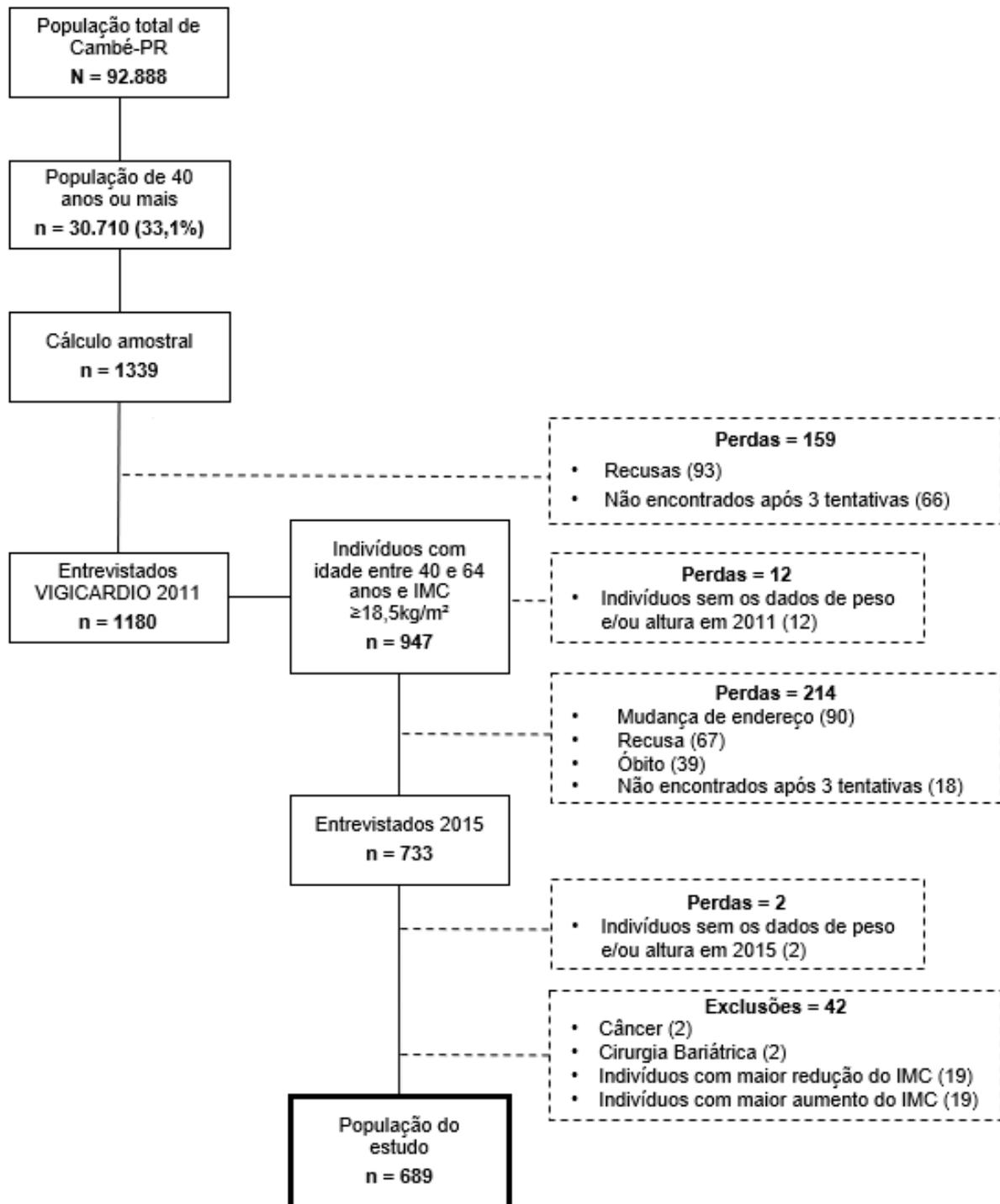
Para o cálculo amostral utilizou-se a ferramenta *StatCalc* do programa *Epi Info*® versão 3.5.1.. Considerou-se os 30.710 (33,1%) habitantes com 40 anos ou mais de idade, margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50% e nível de confiança de 95%, resultando em 1.066 indivíduos. Um percentual de 25% foi adicionado à amostra, antecipando possíveis perdas e recusas, totalizando assim 1.332 indivíduos a serem amostrados (SOUZA et al., 2013).

Para a seleção dos participantes foram considerados os 86 setores censitários do município. Prevendo-se uma distribuição proporcional segundo sexo e faixa etária entre os setores, foi necessário ajustar a população para 1.339 indivíduos. Para cada setor foram sorteadas a quadra, esquina e residência inicial das entrevistas e a sequência do percurso foi realizada em sentido anti-horário, com intervalo amostral 1:2. Em domicílios com mais de um morador elegível sorteou-se apenas um para a entrevista. Entre os critérios de exclusão estavam indivíduos que apresentavam: deficiência visual, deficiência auditiva grave não corrigida, transtornos mentais que interferissem na compreensão da entrevista e aqueles não fluentes no idioma português e sem acompanhante que pudesse fornecer as informações solicitadas. Ocorreram 159 perdas, 93 por recusa e 66 não encontrados após três tentativas de visita domiciliar, totalizando 1.180 entrevistas em 2011 (SOUZA et al., 2013).

Dos 1.180 entrevistados no *baseline*, para o presente estudo foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade entre 40 e 64 anos e IMC \geq

18,5 kg/m², desta forma foram excluídos 204 indivíduos com 65 anos de idade ou mais e 17 por apresentar IMC < 18,5 kg/m²). Além disso, houve 12 perdas pela ausência de dados de peso e/ou altura, totalizando 947 participantes. Em 2015, estes indivíduos foram inicialmente contatados por telefone para o agendamento da entrevista em domicílio, e quando este contato não foi possível, foi realizada visita domiciliar. Nesta fase houve 214 perdas, pelos seguintes motivos: mudança de endereço (90), recusas (67), óbitos (39) e indivíduos não encontrados após três tentativas (18), sendo entrevistados 733 indivíduos. Também ocorreram duas perdas por ausência de dados de peso e/ou altura. Não foram encontradas, em nenhuma das coletas de dados, mulheres gestantes ou lactantes. Foram excluídos dois participantes com câncer e dois que relataram ter realizado cirurgia bariátrica em quaisquer coletas e, para eliminar os *outliers*, excluiu-se também 5% dos participantes com maior variação do IMC (kg/m²), 2,5% com maior aumento (19) e 2,5% com maior redução (19), resultando em uma amostra de 689 participantes avaliados nos dois momentos (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma da população de estudo



Fonte: Própria autora.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado em 2011 foi composto por 136 questões (Apêndice A) divididas em 7 blocos (caracterização, hábitos de vida, capacidade funcional, utilização de serviço de saúde, condições de saúde, tratamento medicamentoso e medidas antropométricas) e em 2015 contou com 180 questões (Apêndice C) também divididas em 7 blocos (caracterização, estado de saúde, tratamento medicamentoso, hábitos de vida, utilização do serviço de saúde, capacidade funcional e medidas antropométricas). Os dois instrumentos de coleta de dados contavam com momentos para aferição da pressão arterial dos participantes, aferição das medidas antropométricas e agendamento para a realização de exames bioquímicos. O presente estudo utilizou variáveis do bloco de caracterização em 2011 e medidas antropométricas em 2011 e 2015.

3.5 Coleta de Dados

A equipe de entrevistadores, em ambos os momentos, foi composta por alunos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL e profissionais da área da saúde, todos previamente treinados quanto à forma de aplicação do questionário, realização das medidas antropométricas e aferição da pressão arterial. Para o treinamento dos entrevistadores e adequação da coleta de dados, foi realizado no *baseline*, um estudo piloto em um bairro de uma cidade vizinha de Cambé (SOUZA et al., 2013).

A abordagem e entrevista dos participantes no *baseline* era realizada no domicílio, com apresentação do entrevistador, seguido de uma explicação do estudo que estava sendo realizado. No seguimento as entrevistas eram previamente agendadas por telefone, e para os que não atenderam, eram realizadas visitas domiciliares. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos na primeira coleta de dados e 40 minutos na segunda. Neste período, era realizada a aplicação do questionário, três medidas da pressão arterial, aferição de peso, estatura e circunferências. Após o término da entrevista, agendava-se uma data e local para coleta de sangue (SOUZA et al., 2013).

Para a aferição das medidas antropométricas foi utilizado, em ambas as coletas, balança eletrônica portátil modelo SIM 09190 da marca Plenna, com capacidade de até 150 kg e sensibilidade de 100 gramas, e fita métrica inelástica e inextensível fixada em porta ou parede sem rodapé. Foi solicitado aos participantes que estivessem de roupas leves e sem sapatos, seguindo procedimento padrão descrito na literatura (BRASIL, 2011b).

3.6 Variáveis

3.6.1 Variável dependente

Para a classificação do estado nutricional utilizou-se o IMC, calculado pela razão entre o peso (kg) e a altura (m²) ao quadrado, classificando adultos em eutróficos (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25-29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²) (WHO, 2000).

O desfecho do estudo foi a variação do IMC após quatro anos de acompanhamento. Embora não exista consenso na literatura em relação ao ponto de corte para a definição de redução, manutenção e aumento do IMC, o presente estudo definiu a manutenção pela variação de até 1,0 kg/m², ponto de corte utilizado em outros estudos longitudinais (ZIMMERMANN et al., 2012; BOOTH et al., 2012; SUN et al., 2016; AUERBACH et al., 2017; SABAKA et al., 2017). Estudos que simulam uma redução de 1 kg/m² em populações, observam uma potencial redução da prevalência e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (KEARNS et al., 2014; RABACOW, AZEREDO, REZENDE, 2019).

- **Variação do IMC**

A variação do IMC foi calculada pela diferença entre o IMC 2015 e o IMC 2011, e o resultado foi categorizado da seguinte forma:

- Redução do IMC ≥ 1 kg/m²
- Manutenção do IMC (alteração menor que 1 kg/m² para mais ou para menos)
- Aumento do IMC ≥ 1 kg/m²

3.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas foram as características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, cor da pele autorreferida, anos de estudo e classe econômica) e a classificação nutricional, sempre considerando as informações do *baseline*.

- **Faixa etária**

A idade foi obtida pela diferença entre data de nascimento e data da entrevista, e foi categorizada nos grupos etários:

- 40-54 anos
- 55-64 anos.

- **Situação conjugal**

A situação conjugal foi determinada pela presença de companheiro (casado (a) ou união estável) e sem companheiro (solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a)).

- Com companheiro
- Sem companheiro

- **Cor da pele**

A cor da pele foi autorreferida e categorizada em:

- Branco/amarelo
- Preto/pardo/indígena

- **Escolaridade**

A escolaridade, em anos de estudo, refere-se ao último ano de estudo completo. A categoria 0 a 4 anos corresponde ao ensino primário, 5 a 8 anos corresponde ao ensino fundamental e 9 anos de estudo ou mais corresponde ao ensino médio ou superior.

- 9 ou mais
- 5 a 8
- 0 a 4

- **Classe econômica**

A classe econômica foi definida pelo critério proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP). Em 2011 este critério estabelecia 8 classes econômicas, sendo divididas de acordo com a pontuação obtida em questionário: classe A1: 42 a 46 pontos; classe A2: 35 a 41 pontos; classe B1: 29 a 34 pontos; classe B2: 23 a 28 pontos; classe C1: 18 a 22 pontos; classe C2: 14 a 17 pontos; classe D: 08 a 13 pontos; classe E: 00 a 07 pontos (ABEP, 2011). Estas classes foram categorizadas em:

- A/B
- C/D/E

- **Classificação nutricional**

A classificação nutricional foi realizada pelo resultado do cálculo do IMC (já descrito anteriormente) e as categorias de obesidade I, II e III foram agrupadas, resultando em três categorias:

- Eutrofia
- Sobrepeso
- Obesidade

3.7 Processamento e Análise de Dados

No ano de 2011 os dados foram obtidos por meio de formulário impresso, duplamente digitados no programa *Microsoft Excel®* 2010 e comparados pelo programa *Epi Info®* versão 3.5.3.. Em 2015, aproximadamente dois terços foram coletados por formulário impresso duplamente digitados e comparados pelo *software Microsoft Office SpreadSheet Compare®*, com correção das discordâncias em consulta ao formulário. O restante foi coletado por formulário eletrônico em *tablets*, por meio da ferramenta *ODK Collect*, cujas informações foram armazenadas em formato *Excel®* no servidor Ona <https://ona.io/vigicardio>.

A análise de comparação entre a amostra do estudo e as perdas segundo características sociodemográficas e classificação nutricional foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson, indicando a frequência absoluta, relativa e p-valor. A análise descritiva das características sociodemográficas segundo o sexo foi

apresentada por meio de frequência absoluta e relativa. As frequências de variação e manutenção do IMC entre os dois períodos foram estratificadas por sexo e apresentadas no total e segundo a classificação nutricional (eutrofia, sobrepeso e obesidade) no *baseline*, indicadas por frequência absoluta, relativa e intervalo de confiança (IC) 95%. A análise de associação entre variáveis independentes (faixa etária, situação conjugal, cor da pele, anos de estudo, classe econômica e classificação nutricional) e dependentes (redução do IMC ≥ 1 kg/m² e aumento do IMC ≥ 1 kg/m²), estratificadas por sexo, foram realizadas pela Regressão de Poisson com variância robusta, resultados expressos em Risco Relativo (RR) bruto e ajustado, independentemente do valor de p na análise bivariada. O modelo ajustado inclui todas as variáveis sociodemográficas e a classificação nutricional. Todas as análises foram realizadas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

3.8 Aspectos Éticos

Os projetos de 2011 e 2015 foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, CAAE n° 0192.0.268.000-10 e n° 395956 14.4.0000.523, respectivamente (Anexos A e B). Todos os participantes, em ambas as coletas de dados, só realizaram a entrevista após lerem e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices B e D).

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 689 participantes com idade entre 40 a 64 anos no *baseline*, acompanhados por quatro anos, que não apresentavam baixo peso, não haviam passado por cirurgia bariátrica e não tinham diagnóstico de câncer autorrelatados. A tabela 2 apresenta a comparação das características sociodemográficas e classificação nutricional entre a amostra do estudo e as perdas. Nenhuma variável apresentou diferença significativa entre os grupos (p -valor $\leq 0,05$), mostrando que as características das perdas são muito semelhantes as da amostra.

Tabela 2. Análise das perdas segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline*. Cambé-PR, 2011.

Variável	Perdas (228)		Amostra do estudo (689)		p-valor*
	n	%	n	%	
Sexo					
Homens	113	26,8	308	73,2	0,202
Mulheres	115	23,2	381	76,8	
Faixa Etária					
40-54	159	25,3	469	74,7	0,639
55-64	69	23,9	220	76,1	
Situação conjugal**					
Com companheiro(a)	156	22,9	524	77,1	0,100
Sem companheiro(a)	64	28,1	164	71,9	
Cor da pele					
Branco/Amarelo	133	24,1	420	75,9	0,483
Preto/Pardo/Indígena	95	26,1	269	73,9	
Escolaridade (anos de estudo)					
9 ou mais	76	26,2	214	73,8	0,630
5-8	58	22,7	197	77,3	
0-4	94	25,3	278	74,7	
Classe Econômica***					
A/B	93	24,6	285	75,4	0,866
C/D/E	135	25,1	403	74,9	
Classificação Nutricional****					
Eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m ²)	65	22,4	225	77,6	0,191
Sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/m ²)	94	27,1	253	72,9	
Obesidade (≥ 30 kg/m ²)	57	21,3	211	78,7	

*p-valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson **Dois indivíduo com informação ausente para situação conjugal. ***Um indivíduo com informação ausente para classe econômica. ****Doze indivíduos sem os dados de peso e/ou altura

Em relação à amostra do estudo, a média de idade no *baseline* foi 51,2 anos (DP = 6,92 anos), com predomínio do sexo feminino (55,2%), cor da pele branca ou amarela (61,0%), com companheiro(a) (76,2%), 0 a 4 anos de estudo (40,3%) e classe econômica C, D ou E (58,6%), sendo estas características semelhantes entre homens e mulheres. A média do IMC dos homens foi 26,8 kg/m² (DP = 4,3), e das mulheres 28,8 kg/m² (DP = 5,6). A maioria apresentava excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), sendo 61,1% dos homens e 72,4% das mulheres. (Tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas da amostra no *baseline*. Cambé-PR, 2011.

Variável	Total (689)		Homens (308)		Mulheres (381)	
	n	%	N	%	n	%
Faixa Etária						
40-54	469	68,1	215	69,8	254	66,7
55-64	220	31,9	93	30,2	127	33,3
Situação conjugal*						
Com companheiro(a)	524	76,2	257	83,4	267	70,3
Sem companheiro(a)	164	23,8	51	16,6	113	29,7
Cor da pele						
Branco/Amarelo	420	61,0	182	59,1	238	62,5
Preto/Pardo/Indígena	269	39,0	126	40,9	143	37,5
Escolaridade (anos de estudo)						
9 ou mais	214	31,1	92	29,9	122	32,0
5-8	197	28,6	103	33,4	94	24,7
0-4	278	40,3	113	36,7	165	43,3
Classe Econômica**						
A/B	285	41,4	140	45,5	145	38,2
C/D/E	403	58,6	168	54,5	235	61,8
Classificação Nutricional						
Eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m ²)	225	32,7	120	39,0	105	27,6
Sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/m ²)	253	36,7	117	38,0	136	35,7
Obesidade (≥ 30 kg/m ²)	211	30,6	71	23,1	140	36,7

*Um indivíduo com informação ausente para situação conjugal. **Um indivíduo com informação ausente para classe econômica.

A tabela 4 apresenta a variação (aumento e redução) ≥ 1 kg/m² e a manutenção do IMC, por sexo, entre os dois períodos. Comparando-se a proporção de cada categoria, no total (sem estratificar pela classificação nutricional do *baseline*),

observou-se que houve maior frequência de manutenção, seguida pelo aumento e redução do IMC, em ambos sexos, porém com diferença significativa apenas entre os homens (50,0%, 31,8% e 18,2%, para manutenção, aumento e redução do IMC, respectivamente). Comparando os sexos, mulheres tiveram maior incidência de redução do que os homens (27,8% contra 18,2%), enquanto os homens tiveram maior proporção de manutenção do que as mulheres (50,0% contra 37,0%) e não houve diferença na incidência de aumento. Ainda na comparação entre os sexos, quando estratificado pela classificação nutricional do *baseline*, não foram verificadas diferenças significativas.

Considerando a estratificação pela classificação nutricional do *baseline*, observou-se que nos eutróficos a proporção de aumento do IMC foi superior à de redução (em ambos os sexos), porém, entre aqueles classificados com sobrepeso e obesidade não houve diferença significativa, apesar de numericamente os valores serem superiores para aumento do que para redução de 1 kg/m², exceto para as mulheres obesas, pois neste último caso a incidência de redução foi de 38,6% contra 30,7% de manutenção e de aumento.

Comparando-se a incidência de redução do IMC segundo classificação nutricional do *baseline* observou-se mulheres que eram obesas no *baseline* tiveram maior incidência de redução do que aquelas com eutrofia (38,6% contra 17,1%). Nos homens, apesar de não ter sido significativa a diferença, parece evidente uma tendência de maior incidência de redução, conforme a “maior” classificação do estado nutricional do *baseline* (incidência de redução de 23,9% para os que eram obesos, de 21,4% para os com sobrepeso e de 11,7% para os com eutrofia).

Quanto à incidência de aumento do IMC, não se observaram diferenças significativas segundo classificação nutricional do *baseline*, mas chama a atenção o fato de nos homens a incidência ser sempre próxima dos 30% (33,3%, 30,8% e 31,0%, para eutrofia, sobrepeso e obesidade, respectivamente), enquanto nas mulheres a variação foi mais evidente (42,9% para aquelas com eutrofia, 33,8% para as com sobrepeso e 30,7% para as com obesidade).

Tabela 4. Incidência de variação (redução e aumento) e manutenção do IMC na amostra segundo classificação nutricional no *baseline*, estratificados por sexo em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011-1015.

Variação e manutenção do IMC	Homens			Mulheres		
	n	%	(IC 95%)	n	%	(IC95%)
Total						
Redução $\geq 1\text{kg/m}^2$	56	18,2	(14,0-22,7)	106	27,8	(23,4-32,3)
Manutenção	154	50,0	(44,5-55,5)	141	37,0	(32,0-41,7)
Aumento $\geq 1\text{kg/m}^2$	98	31,8	(26,6-37,0)	134	35,2	(30,4-40,2)
Eutrofia						
Redução $\geq 1\text{kg/m}^2$	14	11,7	(6,7-17,5)	18	17,1	(10,5-24,8)
Manutenção	66	55,0	(45,8-63,3)	42	40,0	(30,5-50,5)
Aumento $\geq 1\text{kg/m}^2$	40	33,3	(25,0-42,5)	45	42,9	(33,3-52,4)
Sobrepeso						
Redução $\geq 1\text{kg/m}^2$	25	21,4	(14,5-29,1)	34	25,0	(17,6-32,3)
Manutenção	56	47,9	(38,5-56,4)	56	41,2	(32,4-50,0)
Aumento $\geq 1\text{kg/m}^2$	36	30,8	(23,1-38,5)	46	33,8	(25,7-42,6)
Obesidade						
Redução $\geq 1\text{kg/m}^2$	17	23,9	(14,1-33,8)	54	38,6	(30,7-46,4)
Manutenção	32	45,1	(32,4-56,3)	43	30,7	(22,9-38,6)
Aumento $\geq 1\text{kg/m}^2$	22	31,0	(21,1-42,3)	43	30,7	(22,9-38,6)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A tabela 5 apresenta a incidência de redução do IMC ($\geq 1\text{kg/m}^2$) segundo variáveis sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline*, estratificada por sexo. Houve maior incidência de redução do IMC, tanto em homens como em mulheres, na faixa etária ≥ 55 anos, comparada à de 40 a 54 anos, na análise bruta e no modelo ajustado. Em relação à situação conjugal, observou-se, no modelo ajustado, que os homens sem companheira tiveram maior incidência de redução. Quanto às variáveis cor da pele, anos de estudo e classe econômica, nenhuma diferença significativa foi observada. Já com relação à classificação nutricional do *baseline*, observou-se que homens classificados com sobrepeso e obesidade tiveram maior incidência de redução quando comparados aos classificados com eutrofia, enquanto mulheres classificadas com obesidade apresentaram maior incidência de redução quando comparadas as com eutrofia.

A tabela 6 apresenta a incidência de aumento do IMC ($\geq 1\text{kg/m}^2$) segundo variáveis sociodemográficas e classificação nutricional do *baseline*, estratificada por sexo. Apenas a faixa etária foi associada ao aumento do IMC, sendo menor a incidência entre aquele com idade ≥ 55 anos, em ambos os sexos, nas análises bruta e ajustada.

Tabela 5. Incidência de redução do IMC segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline* (modelo bruto e ajustado), estratificada por sexo, em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011-1015.

Variável	Homens			Mulheres		
	%	RR (IC95%)	RRaj (IC95%)	%	RR (IC95%)	RRaj (IC95%)
Faixa etária						
40-54	14,4	1,0	1,0	24,8	1,0	1,0
55-64	26,9	1,86 (1,17-2,97)	1,78 (1,06-3,00)	33,9	1,38 (0,99-1,90)	1,43 (1,02-2,00)
Situação Conjugal*						
Com companheiro(a)	16,3	1,0	1,0	29,6	1,0	1,0
Sem companheiro(a)	27,5	1,68 (0,99-2,84)	1,85 (1,09-3,14)	23,9	0,81 (0,56-1,19)	0,81 (0,55-1,19)
Cor da pele						
Branco/ Amarelo	19,2	1,0	1,0	27,7	1,0	1,0
Preto/Pardo/Indígena	16,7	0,87 (0,53-1,42)	0,80 (0,50-1,31)	28,8	1,01 (0,72-1,41)	0,99 (0,69-1,36)
Anos de Estudo						
9 ou mais	15,2	1,0	1,0	25,4	1,0	1,0
5-8	15,5	1,02 (0,53-1,97)	1,07 (0,56-2,03)	35,1	1,35 (0,89-2,05)	1,34 (0,87-2,05)
0-4	23,0	1,51 (0,54-2,72)	1,29 (0,65-2,54)	25,5	1,01 (0,67-1,50)	0,94 (0,61-1,43)
Classe Econômica**						
A/B	17,1	1,0	1,0	26,9	1,0	1,0
C/D/E	19,0	1,11 (0,69-1,79)	1,10 (0,66-1,82)	28,1	1,05 (0,75-1,47)	0,96 (0,66-1,38)
Classificação Nutricional						
Eutrofia	11,7	1,0	1,0	17,1	1,0	1,0
Sobrepeso	21,4	1,83 (1,00-3,35)	2,06 (1,13-3,74)	25,0	1,47 (0,88-2,45)	1,45 (0,88-2,41)
Obesidade	23,9	2,05 (1,08-3,91)	2,33 (1,24-4,35)	38,6	2,22 (1,39-3,56)	2,10 (1,30-3,38)

RR: risco relativo. IC95%: intervalo de confiança de 95%. Risco relativo calculado por Regressão de Poisson. RRaj: risco relativo ajustado por faixa etária, situação conjugal, cor da pele, anos de estudo, classe econômica e classificação nutricional. * Um indivíduo com informação ausente para situação conjugal. ** Um indivíduo com informação ausente para classe econômica.

Tabela 6. Incidência de aumento do IMC segundo características sociodemográficas e classificação nutricional no *baseline* (modelo bruto e ajustado), estratificada por sexo em amostra de adultos de 40-64 anos. Cambé-PR, 2011-1015.

Variável	Homens			Mulheres		
	%	RR (IC95%)	RRaj (IC95%)	%	RR (IC95%)	RRaj (IC95%)
Faixa etária						
40-54	36,6	1,0	1,0	39,4	1,0	1,0
55-64	21,5	0,59 (0,39-0,91)	0,62 (0,41-0,95)	26,8	0,68 (0,49-0,94)	0,68 (0,49-0,95)
Situação Conjugal*						
Com companheiro(a)	32,3	1,0	1,0	35,6	1,0	1,0
Sem companheiro(a)	29,4	0,91 (0,57-1,44)	0,91 (0,58-1,43)	33,6	0,94 (0,69-1,27)	1,00 (0,73-1,36)
Cor da pele						
Branco/ Amarelo	29,1	1,0	1,0	33,6	1,0	1,0
Preto/Pardo/Indígena	35,7	1,22 (0,8-1,70)	1,31 (0,93-1,84)	37,8	1,12 (0,85-1,24)	1,13 (0,84-1,53)
Anos de Estudo						
9 ou mais	37,0	1,0	1,0	36,9	1,0	1,0
5-8	33,0	0,89 (0,61-1,13)	0,86 (0,58-1,29)	30,9	0,84 (0,58-1,24)	0,58 (0,57-1,26)
0-4	26,5	0,72 (0,48-1,08)	0,78 (0,50-1,23)	36,4	0,97 (0,72-1,33)	1,08 (0,76-1,53)
Classe Econômica**						
A/B	33,6	1,0	1,0	37,2	1,0	1,0
C/D/E	30,4	0,90 (0,65-1,25)	0,93 (0,64-1,35)	34,0	0,91 (0,69-1,25)	0,94 (0,69-1,29)
Classificação Nutricional						
Eutrofia	33,3	1,0	1,0	42,9	1,0	1,0
Sobrepeso	30,8	0,92 (0,64-1,34)	0,88 (0,61-1,29)	33,8	0,78 (0,56-1,08)	0,78 (0,56-1,09)
Obesidade	31,0	0,93 (0,60-1,43)	0,89 (0,58-1,37)	30,7	0,72 (0,52-1,01)	0,74 (0,53-1,04)

RR: risco relativo. IC95%: intervalo de confiança de 95%. Risco relativo calculado por Regressão de Poisson. RRaj: risco relativo ajustado por faixa etária, situação conjugal, cor da pele, anos de estudo, classe econômica e classificação nutricional. * Um indivíduo com informação ausente para situação conjugal. ** Um indivíduo com informação ausente para classe econômica.

5 DISCUSSÃO

No total da amostra, a frequência de manutenção do IMC foi maior, seguida pelo aumento e diminuição, sendo que essas diferenças são mais evidentes entre os homens, e as frequências variaram dependendo da classificação inicial do estado nutricional. Indivíduos classificados com eutrofia apresentaram maior frequência de manutenção e aumento do IMC do que redução. A frequência de redução do IMC aumentou com a progressão da classificação nutricional, sendo maior entre classificados com obesidade. A maior incidência de redução ≥ 1 kg/m² foi observada entre homens e mulheres na faixa etária de 55-64 anos, homens sem companheiro(a), homens classificados com sobrepeso e obesidade e mulheres com obesidade. A incidência de aumento foi menor entre indivíduos na faixa etária 55-64 anos, tanto em homens como em mulheres.

Este estudo partiu de uma população com 61,1% dos homens e 72,4% das mulheres classificadas com excesso de peso, e com predominância, em ambos os sexos, de indivíduos que não sofreram alteração do IMC ≥ 1 kg/m². Alguns fatores podem estar associados à manutenção do IMC na idade adulta, como os encontrados em estudo de coorte de 5 anos nos Estados Unidos com 4.041 adultos, na qual a qualidade da dieta foi associada a uma probabilidade 6% maior de manutenção do IMC, e viver em um bairro inseguro e ambiente construído ruim, foram associados a uma probabilidade 2% menor de manutenção do IMC, comparado ao aumento do IMC (AUERBACH et al., 2017).

Com relação à idade, homens e mulheres mais velhos (55-64 anos), apresentaram maior incidência de redução ≥ 1 kg/m² quando comparados aos mais novos (40-54 anos) e também apresentaram menor incidência de aumento do IMC. Estes achados são coerentes com outras investigações longitudinais, que encontraram associação negativa entre ganho de peso e idade em adultos de 35 anos e mais (SARRAFZADEGAN et al., 2014; GUERRA, et al., 2015). Estudo de coorte realizado no Brasil, com acompanhamento por 13 anos, identificou que os indivíduos com mais de 50 anos apresentaram menor risco de incidência de sobrepeso ou obesidade (SOUZA et al., 2018). Sabe-se que o envelhecimento está associado à mudanças na composição corporal, com diminuição de massa musculoesquelética e aumento de gordura corporal, levando à diminuição natural do peso (WELLMANC,

CAMP, 2012). Uma pesquisa longitudinal realizada em Amsterdam verificou que a perda de peso não intencional, observada nos seis meses que antecederam a entrevista em população de 55 anos e mais, esteve associada principalmente com condições médicas, mudanças no padrão alimentar e causas desconhecidas (WIJNHOFEN et al., 2014). As evidências indicam que a população mais velha apresenta maior vulnerabilidade à mudanças no peso corporal, principalmente para redução, devido alterações relacionadas à senescência e senilidade.

O fato dos homens sem companheira apresentarem maior incidência de redução de peso, quando comparados àqueles com companheira também foi observado em um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos que teve como objetivo verificar a associação entre a mudança da situação conjugal e mudanças no peso corporal de adultos após 10 anos de acompanhamento. Homens que se mantiveram divorciados ou separados e aqueles que enviuvaram durante o seguimento, tiveram maior risco de perder peso, já entre as mulheres, não houve mudanças significativas (SOBAL, RAUSCHENBACH, FRONGILLO, 2003). Em outra coorte realizada nos Estados Unidos, com duração de 20 anos, também foi verificado que viver sem companheiro(a) se associou a menor peso corporal, e aqueles que se divorciaram no período do estudo apresentaram declínio do peso corporal (TEACHMAN, 2016). Segundo Williams e Umberson (2004), adultos que alteram a situação conjugal para divorciado ou viúvo, passam por uma fase chamada de crise ou estresse, e um dos possíveis efeitos deste processo é justamente a perda de peso, principalmente em homens de meia-idade.

Outra hipótese explicativa é que os homens casados geralmente possuem uma menor preocupação em relação aos afazeres domésticos, visto que em nossa sociedade as mulheres possuem um papel social dentro da família, que além de muitas vezes terem o trabalho remunerado fora de casa, também cuidam das atividades domésticas. A responsabilidade de cuidar da alimentação da família, seja comprando, escolhendo ou preparando os alimentos, é predominantemente feminina (BERNARDES, SILVA, FRUTOSO, 2016). Com isso, o homem apresenta maior dependência para serviços domésticos, principalmente com a alimentação, o que pode influenciar no momento da vida em que estiver solteiro, divorciado ou viúvo. Deve-se levar em consideração que as características relacionadas ao gênero, dentro

da família, estão intimamente ligadas ao momento social e cultural vivenciado em cada época, e que estará sempre em transformação (FINELLI, SILVA, AMARAL, 2015).

A maior incidência de redução de ≥ 1 kg/m² verificada nos homens classificados com sobrepeso e obesidade e nas mulheres com obesidade, quando comparados aos com eutrofia, corrobora com uma pesquisa que analisou de forma contínua as alterações no IMC em adultos dos Estados Unidos, mostrando que aqueles com o maior IMC no *baseline* reduziram o peso ao longo do tempo (LANG, STERCK, ABRAMS, 2017). Outro estudo que analisou a variação da média do IMC dentro das categorias iniciais do IMC de adultos, no período de seis anos, observou que indivíduos com peso normal e sobrepeso aumentaram o IMC e classificados com obesidade III reduziram (SARI et al., 2015). Chiriboga et al. (2008) observou que no período de um ano, mulheres adultas classificadas com obesidade tiveram maior redução de peso, comparadas às mulheres de outras categorias do IMC.

A redução no IMC observada entre os participantes com sobrepeso e obesidade no *baseline* do presente estudo pode estar relacionada à mudança de comportamento de saúde, como prática de atividade física e reeducação alimentar. A redução do IMC também pode estar relacionada à perda de peso não intencional decorrente de DCNT, que estão associadas a indivíduos com excesso de peso (KEARNS et al., 2014; FRANKS, ATABAKI-PASTDAR, 2017). Há de destacar que o presente trabalho não teve como objetivo investigar os fatores comportamentais relacionados à redução ou aumento do IMC, inclusive, este fato, pode ser considerado uma limitação.

Com exceção da faixa etária, não foram encontradas associações com o aumento do IMC. Em estudo realizado nos Estados Unidos por Krishna et al. (2015), foi observado que adultos com mesmas características sociodemográficas (sexo, raça, etnia e escolaridade) apresentaram diferenças no ganho de peso. Os autores argumentaram que é possível que estes fatores sociodemográficos não estejam associados ao aumento do IMC nessa população (KRISHNA et al., 2015). A associação do estado nutricional com fatores sociodemográficos pode variar dependendo do momento histórico em que a pesquisa foi realizada e do local. Em estudo de tendência da obesidade em adultos no Brasil, foi observada associação inversa entre aumento da incidência de obesidade e quintis de renda, no período de 1979 a 2002, porém não no último período (2003-2009) (CONDE, MONTEIRO, 2014).

Em estudos de comparação de condições de saúde entre populações muito semelhantes pode haver uma possível ausência de diferença, pois todo o grupo sofre algum nível de influência da mesma sociedade, independente da classe socioeconômica, por exemplo. A desigualdade social influencia negativamente a saúde de toda a população e não apenas dos menos favorecidos (EMERSON, 2015).

O presente estudo, de base populacional, apresenta como ponto positivo o delineamento longitudinal e a utilização de medidas aferidas. O fato de não possuir dados sobre perda de peso intencional ou não intencional pode ser considerado uma limitação, porém, para minimizar este viés foram excluídos indivíduos classificados com baixo peso, com diagnóstico de câncer, que realizaram cirurgia bariátrica e com valores extremos de variação do IMC. Embora não se tenha analisado a mudança das categorias do IMC, há evidências que se o ponto de corte utilizado (mudança de 1 kg/m²) fosse observado como redução em nível populacional, ocorreriam mudanças positivas no cenário epidemiológico (KEARNS et al., 2014; RABACOW, AZEREDO, REZENDE, 2019). Além disso, vale mencionar que este ponto de corte foi utilizado em outros estudos longitudinais (ZIMMERMANN, et al., 2012; BOOTH et al., 2012; SUN et al., 2016; AUERBACH et al., 2017; SABAKA et al., 2017).

Estudos voltados para a saúde de adultos de meia-idade são importantes para elaboração de estratégias de promoção de saúde que atinjam diretamente esse grupo etário. Esta fase da vida apresenta especificidades, tanto fisiológicas como sociais, no qual o trabalho se destaca como atividade principal, além das responsabilidades com filhos, pais e cônjuges (ANTUNES, SILVA, 2013). Estes indivíduos podem apresentar dificuldade no acesso aos serviços de atenção básica, tendo em vista o horário de funcionamento destes locais, quando boa parte da população de meia-idade pode estar trabalhando, fazendo com que sejam alvo principalmente de estratégias de saúde intervencionistas e não preventivas. Um estudo brasileiro que avaliou a percepção de adultos de meia-idade sobre o envelhecimento, destacou que as ações de autoproteção da saúde mais importantes relatadas por eles foram: prática de atividade física, ingestão de alimentos saudáveis, convívio social e familiar e ter algum tipo de ocupação. Relataram também que o maior desejo era chegar à velhice com saúde (MARI et al., 2016).

6 CONCLUSÕES

Conforme os objetivos e resultados encontrados no presente estudo, podemos concluir que na amostra estudada:

- Homens e mulheres apresentaram características sociodemográficas similares, com predominância da cor da pele branca ou amarela, com companheiro(a), baixa escolaridade e classe econômica C ou inferior.
- Houve maior proporção de indivíduos com manutenção do IMC.
- Indivíduos classificados com eutrofia apresentaram maior frequência de manutenção e aumento do IMC se comparados à redução.
- A frequência de redução do IMC aumentou com a progressão da classificação nutricional, sendo maior entre classificados com obesidade.
- A incidência de redução do IMC foi mais frequente em homens mais velhos, sem companheiro(a), classificados com sobrepeso e obesidade, e mulheres mais velhas e com obesidade.
- A incidência de aumento do IMC foi menor em indivíduos mais velhos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As variações que ocorrem no IMC (aumento e redução) podem estar associadas a diversos e complexos fatores, entretanto, este estudo objetivou analisar apenas os fatores demográficos, socioeconômicos e classificação nutricional inicial. Os resultados encontrados na pesquisa fornecem subsídios para a elaboração de estratégias de promoção de saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade, oferecendo mais atenção ao grupo etário de meia-idade.

Com relação ao aumento do IMC, sabemos que a meia-idade necessita de uma atenção especial das políticas de promoção de saúde, pois é um grupo que apresenta maior risco de obesidade e conseqüentemente DCNT. Também apresentam difícil acesso aos serviços de saúde devido ao tempo dedicado ao trabalho e responsabilidades familiares.

Para combater o aumento do IMC populacional é necessário o cessar o crescimento de ambientes obesogênicos, para isso, o envolvimento dos diversos setores da sociedade é essencial. Não apenas o setor saúde deve ter essa responsabilidade, mas também são necessárias ações da indústria alimentícia, setor de transporte, lazer e segurança, que contribuam com ambientes favoráveis à uma vida saudável, com mais oportunidade de acesso à alimentos adequados e de qualidade, e espaços seguros com possibilidade de prática de atividade física.

Os fatores de risco encontrados para a redução do IMC indicam que existem grupos com suas especificidades, sendo fisiológicas ou sociais, e sugerem que as diversas ações adotadas pelo país para o controle da obesidade podem já ter resultados na saúde da população. Estudos populacionais de avaliação nutricional são importantes em todos os períodos históricos, pois as características e comportamentos da população são modificados rapidamente.

Um relatório publicado pela revista *The Lancet* em 2019, aponta que, para o controle da obesidade deve-se levar em consideração a desnutrição e o aquecimento global e, ações em comum devem ser tomadas, pois uma situação está intimamente relacionada à outra, devido a insegurança alimentar e nutricional que tem início na agricultura, passando pela indústria alimentícia, até chegar na mesa do consumidor. O relatório coloca também que, interesse comerciais não devem influenciar o desenvolvimento de políticas públicas (SWINBURN et al., 2019).

Com isso, as políticas públicas de saúde pensadas para o enfrentamento da obesidade devem apresentar propostas intersetoriais a nível populacional, para que seja mais forte e efetiva, podendo assim transformar comportamentos de toda a sociedade e melhorar as condições de saúde.

REFERÊNCIAS

- AITSI-SELM, A. et al. Childhood socioeconomic position, adult socioeconomic position and social mobility in relation to markers of adiposity in early adulthood: evidence of differential effects by gender in the 1978/79 Ribeirao Preto cohort study. **International Journal of Obesity**. v.37, n.3, p.439-447, 2013.
- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil, 2011. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> >. Acesso em: 20/02/2020.
- ANTUNES, P. C.; SILVA, A. M. Elementos sobre a concepção de meia-idade, no processo de envelhecimento humano. **Revista Kairós Gerontologia**. v.16, n.5, p.123-140, 2013.
- AUERBACH, B. J. et al. Factors associated with maintenance of body mass index in the Jackson Heart Study: A prospective cohort study secondary analysis. **Preventive Medicine**. v.100, p.95-100, 2017.
- BERNARDES, A. F. M.; SILVA, C. G.; FRUTUOSO, M. F. P. Alimentação saudável, cuidado e gênero: percepções de homens e mulheres da Zona Noroeste de Santos-SP. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**. v.11, n.3, p.559-573, 2016.
- BHASKARAN, K. et al. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3-6 million adults in the UK. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**. v.6, n.12, p.944–953, 2018.
- BLAKE-GUMBS, L. et al. Change and Risk of Colon Cancer in Postmenopausal Women. **Journal of Obesity**, 2012.
- BOOTH, H. P., PREVOST, A. T., GULLIFORD, M. C. Epidemiology of clinical body mass index recording in an obese population in primary care: a cohort study. **Journal of Public Health**. v.35, n.1, p.67-74, 2012.
- BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Orientações para a coleta e análise de dados em serviços de saúde**. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira**. 2ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1º ed., 1º reimpr. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2019.

Brasil. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2014b.

CALIENDO, M; LEE, W. Fat chance! Obesity and the transition from unemployment to employment. **Economics & Human Biology**. v.11, n.2, p.121-133, 2013.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**. v.26, n.3, 2017.

CHEN, C. et al. Weight Change Across Adulthood in Relation to All Cause and Cause Specific Mortality: Prospective Cohort Study. **BMJ**. v.367, n.5584, 2019.

CHIRIBOGA, D. E. et al. Gender differences in predictors of body weight and body weight change in healthy adults. **Obesity (Silver Spring)**. v.16, n.1, p.137-145, 2008

CHOR, D., et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of the Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. **Public Health Nutrition**. v.18, n.17, p.3183–3191, 2015.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v.100, n.6, p.1617S–1622S, 2014.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v.33, n.7, 2017.

DODD, J. L. Nutrição da Idade Adulta. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Mahan, L. K; Escott-Stump, S.; Raymond, J. L. Rio de Janeiro: Elsevier, cap.20, p.431-435, 2012.

FAERSTEIN, E., WINKELSTEIN, W. J. Adolphe Quetelet: Statistician and More. **Epidemiology**. v.23, n.5, p.762-763, 2012.

EMERSON, R. W. Como a desigualdade deixa marcas. **O nível: porque uma sociedade mais igualitária é melhor para todos**. Wilkinson, R. G; Pickett, K. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, cap. 3, 2015.

FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.22, 1-14, 2019.

FIGUEIREDO, V. C; TURCI, S. R. B; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cadernos de Saúde Pública**. v.33, n.3, 2017.

FINELLI, F. A. C.; SILVA, J. L.; AMARAL, L. A. Trajetória da família brasileira: o papel da mulher no desenvolvimento dos modelos atuais. **Humanidades**. v.4, n.2, 2015.

FLEGAL, K. M. et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**. v.309, n.1, p.71–82, 2013.

FRANKS, P. W., ATABAKI-PASDAR, N. Causal inference in obesity research. **Journal of Internal Medicine**. v.281, n.3, p.222-232, 2017

GATHIRUA-MWANGI, W. G. et al. Adult BMI change and risk of Breast Cancer: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005-2010. **Journal of Breast Cancer**. v.22, n.6, p.648-656, 2015.

Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. **The Lancet**. v.388, n.10046, p.776–786, 2016.

GUERA, F. et al. Socio-demographic determinants of weight gain in the Swiss population. **BMC Public Health**. v.31, n.15, p.73. 2015

GUIMARÃES, J. M. N. et al. Four-year adiposity change and remission of hypertension: an observational evaluation from the Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Journal of Human Hypertension**. v. 34, p.68–75, 2019.

GUTIN, I. In BMI We Trust: Reframing the Body Mass Index as a Measure of Health. **Social Theory Health**. v.16, n.3, p.256-271, 2018.

HAMMOND, K. A.; LITHFORD, M. D. Clínica: Inflamação, Avaliações Clínica e Funcional. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Mahan, L. K; Escott-Stump, S.; Raymond, J. L. Rio de Janeiro: Elsevier, cap. 6, p. 165-171, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010.

KEARNS K. et al. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. **BMC Public Health**. v.14, n.143, 2014.

KEYS, A., et al. Indices of relative weight and obesity. **Journal of Chronic Diseases**. v.25, n.6-7, p.329-343, 1972.

KRISHNA, A. et al. Trends in group inequalities and interindividual inequalities in BMI in the United States, 1993–2012. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v.101, n.3, p.598-605, 2015.

LANG, J. C.; STERCK, H. D.; ABRAMS, D. M. The statistical mechanics of human weight change. **PLoS One**. v.12, n.12, 2017.

MALTA D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.23, n.4, p.599-608, 2014.

MARI, F. R. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol.19, n. 1, p.35-44, 2016.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de administração de empresas**. v.58, n.3, 2018.

MARTINS, A. P. B. et al. Consumo Alimentar: A indesejável substituição de alimentos por produtos ultraprocessados (1987-2009). **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma**. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, p.27-42, 2015.

NCD-Risk. NCD Risk Factor Collaboration. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. **Nature**. v.569 p.260-264, 2019.

NCD-Risk. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **The Lancet**. v.387, n.10026, p.1377-1396, 2016.

NEWTON, S.; BRAITHWAITE, D.; AKINYEMIJU, T. F. Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. **PLoS One**. v.12, n.5, 2017.

NICHOLLS, S. G. Padrões e classificação: Uma perspectiva sobre a “epidemia da obesidade.” **Social Science & Medicine**. v.87, p.9–15, 2013.

ORTEGA, F. B. et al. Body Mass Index, the Most Widely Used But Also Widely Criticized Index: Would a Criterion Standard Measure of Total Body Fat Be a Better Predictor of Cardiovascular Disease Mortality?. **Mayo Clinic Proceedings**. v.91, n.4, p.443-455, 2016.

PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. **Epidemiologia**. Medronho R. A, et al (org). 2º edição E. São Paulo: Atheneu. cap.6, p.123-149, 2008.

QUETELET, A. Sur l'homme et le development de ses faculties, ou Essai de physique sociale. v. 2. Paris, 1835.

RABACOW, F. M.; AZEREDO, C. M.; REZENDE, R. F. M. Deaths Attributable to High Body Mass in Brazil. **Preventing Chronic Disease**. v. 16, 2019.

REN, Q. et al. Change in Body Mass Index and Its Impact on Incidence of Hypertension in 18–65-Year-Old Chinese Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.13, n.3, p.257, 2016.

SABAKA, P. et al. The effects of body weight loss and gain on arterial hypertension control: an observational prospective study. **European Journal of Medical Research**. v.22, 2017.

SALLIS, J. F.; GLANZ, K. Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic. **Milbank Q**. v.87, n.1, p.123–154, 2009.

SANTOSA, A. et al. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: A systematic review. **Global Healthy Action**. v.7, p.1-16, 2014.

SARRAFZADEGAN, N. et al. Determinants of Weight Change in a Longitudinal Study of Iranian Adults: Isfahan Cohort Study. **Archives of Iranian Medicine**. v.17, n.8, p.539-544, 2014.

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

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.

SOUZA, L. G. et al. Predictors of overweight/obesity in a Brazilian cohort after 13 years of follow-up. **Nutrition Journal**. v.17, n.1, p.10, 2018.

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**. v.22, n.3, p.435-444, 2013.

STRANGES, S. Epidemiological and nutritional transition in low- and middle-income countries. **European Journal of Public Health**. v.29, n.4, 2019.

SUN, W. et al. Association between the change in body mass index from early adulthood to midlife and subsequent type 2 diabetes mellitus. **Obesity**. v.24, n.3, p.703-709, 2016.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**. v.393, n.10173, p.791-846, 2019.

TEACHMAN, J. Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. **Journal of Family Issues**. v.37, n.1, p.74-96, 2016.

TIAN, J. et al. The association between quitting smoking and weight gain: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Obesity Review**. v.16, n.10, p.883–901, 2015.

TOWNSHEND, T.; LAKE, A. Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. **Perspectives in Public Health**. v. 137, n. 1, p.38-44, 2017.

VIEIRA, L. S. et al. Nível socioeconômico ao longo da vida e índice de massa corporal: uma revisão sistemática e metanálise. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v.35, n.10, 2019.

WAGNER, K. J. P. et al. Socio-economic life course and obesity among adults in Florianópolis, southern Brazil. **Gaceta sanitária**. v.32, n.3, p.244-250, 2018.

WELLMAN, N. S.; KAMP, B. J. Nutrição e envelhecimento. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Mahan, L. K; Escott-Stump, S.; Raymond, J. L. Rio de Janeiro: Elsevier, cap.21, p.446, 2012.

WIJNHOVEN, H. A. H. et al. Attribution of Causes of Weight Loss and Weight Gain to 3-Year Mortality in Older Adults: Results From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **The Journals of Gerontology: Series A**, v.69, n.10, p.1236–1243, 2014.

WILLIAMS, K.; UMBERSON, D. Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. **Journal of Health and Social Behavior**. v.45, n.1, p.81-98, 2004.

World Health Organization. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: World Health Organization. 2013

World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization. p.176, 2011.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization. WHO Technical Report Series. n.894, 2000.

YE, M. et al. Changes in body mass index and incidence of diabetes: A longitudinal study of Alberta's Tomorrow Project Cohort. **Preventive Medicine**, v.106, n.1, p.157-163, 2018.

ZIMMERMANN, E. et al. Long-term weight changes in obese young adult men and subsequent all-cause mortality. **International Journal of Obesity**. v.37, p.1020-1025, 2012

APÊNDICES

APÊNDICE 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:
1ª Visita: __/__/__ <input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2ª Visita: __/__/__ <input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3ª 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="margin-left: 20px; width: 80%;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	ESTU
Analfabeto	0 anos								
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos								
1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos								
2º grau ou ensino médio	11 anos								
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1								
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2								
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 (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10								

<p>6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL11
<p>6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL12
<p>6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado:</p> <p>(1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL13
<p>7. Hoje em dia, com que freqüência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</p> <p>(1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam</p>	SOL2
<p>8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente:</p> <p>(1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento</p>	VIOL1
<p>9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer:</p> <p>(1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro(a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)</p>	VIOL2
<p>10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias:</p> <p>(1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões</p>	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?* []  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?* (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?* _____ _____		TR3

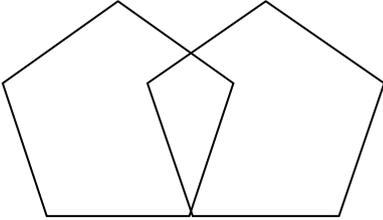
15. Nesse trabalho você é:*			TR4
(1) Empregado			
(2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.)			
(3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado)			
(4) Empregador			
(5) Não remunerado			
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas 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). (1) Sim (2) Não					PB40	
 Se SIM: 19.1* . Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []					PB41	
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5) Outros					COM	
21. Classe econômica:*					ABEP	
	Número de Itens					
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3		4+
Televisão em cores	0	1	2	3		4
Rádio	0	1	2	3		4
Banheiro	0	4	5	6		7
Automóvel	0	4	7	9		9
Empregada mensalista	0	3	4	4		4
Máquina de Lavar	0	2	2	2		2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2		2
Geladeira	0	4	4	4		4
Freezer (separado ou 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>O que é isto?</p>  <p>()</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada tarefa</p>
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</p> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto</p>
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr/> <hr/> <p>—</p> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p>

<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p>Número de respostas corretas []</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>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>	<p>MM</p>

↪ Para todos os indivíduos

<p align="center">BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</p>	
<p>30. O(a) Sr(a) Fuma?* (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se NÃO, pule para a questão 33</p>	<p>FUM 1</p>
<p>↪ Se SIM: 30.1. Qual a frequência?* (1) Diariamente (2) Ocasionalmente</p>	<p>FUM 2</p>
<p>↪ Se DIARIAMENTE: 30.2. Quantos cigarros por dia?* []</p>	<p>FUM 3</p>

31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (0) Não lembra	FUM 4
32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM 5
33. O Sr (a) já fumou?* (1) Sim (2) Não	FUM 6
 Se SIM: 31.1. Que idade o senhor (a) tinha quando parou de fumar? [] anos	FUM 7
34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?* (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 35	ALC1
 Se SIM: 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica? * (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
 Se SIM: 32.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? * []	ALC4

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

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

(1) Sim (2) Não

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

EX1

 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

37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?*

(1) Sim (2) Não

 Se **Sim**, pule para a questão **40**

EX5

38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?

(1) Sim (2) Não

EX6

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

<p>48. 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 (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p>49. 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>	CF45

<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>	
<p>50. 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
BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<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

74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MED1
 Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?* []	MED2
74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?* []	MED3
74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?* (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 Se SIM: 76.1.O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?* _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 82	DNT1
78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?* (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?* (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:* (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5

BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
<p>82. Você já perdeu algum dente?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p style="text-align: center;"> Se NÃO pule para a questão 84</p>	SB1
<p> Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (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 (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 (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 style="text-align: center;"> 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 (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 (4) Um pouco pior (5) Muito pior</p>	EST3
<p>AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS. 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
<p>99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?</p>	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

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 SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.		
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?*	QUE1
 Se SIM: 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []	QUE2
117.2. Onde? _____	QUE3

BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

<p>118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p> <p> Se NÃO pule para a questão 131</p>	TRAT2
<p>119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a):</p> <p>(1) Toma sozinho (<i>pule para a próxima questão</i>)</p> <p>(2) Toma com dificuldade</p> <p>(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)</p> <p>(4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente</p> <p>(5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa</p>	CF47
<p>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	RAM
<p>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ROT
<p>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização?</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

<p>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).</p>	
<p>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?*</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p> 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:</p>	REC

() 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: _____

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

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

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

* Indicação: 1- Médico ou dentista; 2- Farmacêutico ou balconista; 3- Amigos, parentes e/ou vizinhos; 4- Automedicação (conta própria); 5- Não lembra; 6- Outro

** Local de Aquisição: 1- Posto de Saúde; 2- Hospital; 3- Farmácia de Dispensação; 4- Farmácia de manipulação; 5- Regional de Saúde; 6- Não lembra; 7- Outro

Além destes medicamentos, o(a) senhor(a) se recorda de mais algum remédio que nessas últimas duas semanas o senhor tomou ou deveria ter tomado que não listamos? **Lembre-se de medicamentos para dores (de cabeça, musculares, nas costas), para azia ou má digestão ou qualquer outra condição.**

M9																		
M10																		
M11																		

Paciente N° _____

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

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

Instruções:

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

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

3 Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e forma de dosagem) este 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/frequência (ex.: Aerolin spray-bombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia terá pontos para 'inaladores de dose medida (bombinha)', '2x dia' e 'dose variável'; mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').

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

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

APÊNDICE B: TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
2011

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 duvidas 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 devera 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 impressao dactiloscopica): _____

Data: _____

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO EM 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: _____

1

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														

3

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

4

	(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

5

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

6

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?* (mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada) (1) Sim (2) Não		ALC3		
 Se SIM: 41.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []		ALC4		
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.				
42. Em uma semana normal (típica) o(a) Sr(a). faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 46		EX1		
 Se SIM: 43. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a). pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.1. Caminhada?				EX21
43.2. Alongamento?				EX22
43.3. Dança?				EX23
43.4. Musculação?				EX24

	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? Qual? _____ _____				EX27
44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE): (1) Academia/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

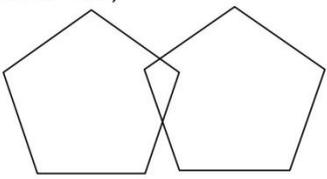
<p>52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que:</p> <p>(1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está 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 <div style="text-align: center;">  Se NUNCA pule para questão 67 </div>	AL24
66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia? <div style="text-align: center;">[] copos</div>	AL25
67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL1
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.	
68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas? (1) Sim (2) Não	AL12
69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas? (1) Sim (2) Não	AL13
70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas). (1) Sim (2) Não	AL14
71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas? <hr/>	AL17
74. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.	

75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – 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 1º tentativa	[]	ME1
Número de tentativas para resposta correta	[]	ME2

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

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

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

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

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

	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 acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	As vezes Alguns	Sim	
145. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
146. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
147. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
148. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
149. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5

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

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

172. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento	VIOL1
173. Nos últimos 12 meses participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão (reunião de associação de moradores, conselho local de saúde e conselho de pais e mestres)? (1)Sim (2)Não	POL21
174. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar sobre saúde: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5)Revista (6) Outros	COM

Por favor, preciso que me ajude. Vamos voltar aos remédios que você trouxe. Pegue cada remédio (blister, 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).

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

2015

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa

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

Prezado(a) Senhor(a):

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

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

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário,

será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

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

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

ANEXOS

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVEDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.



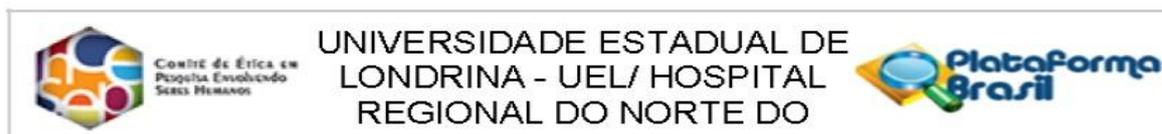
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

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: “DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”	
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/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,  Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL	

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVEDO 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 Rigo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39595614.4.0000.5231

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916.944

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

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

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

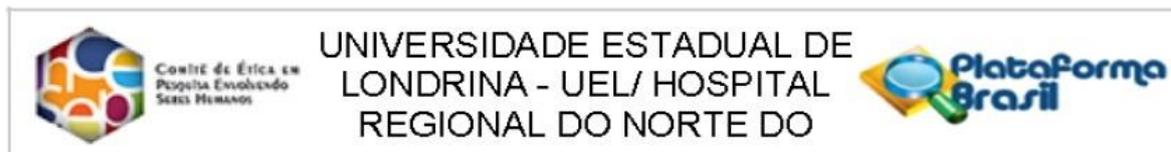
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



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

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br