UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Prevalência de Quedas Referidas e Fatores
Associados na Transição e Após Menopausa

Débora Aparecida Paccola de Rezende

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de concentração:

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador:

Profº. Associado José Mendes Aldrighi

São Paulo

2011

Prevalência de Quedas Referidas e Fatores Associados na Transição e Após Menopausa

Débora Aparecida Paccola de Rezende

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de concentração:

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador:

Profº. Associado José Mendes Aldrighi

São Paulo

2011

Nome: REZENDE, Débora Aparecida Paccola de

Título: Prevalência de Quedas Referidas e Fatores Associados na Transição e Após Menopausa.

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico esta dissertação ao meu
maior e melhor presente de Deus,
minha filha, **Luiza**,
que esteve comigo em todos os
momentos desta escrita.*

Agradecimentos

Agradeço a DEUS pela constante presença em minha vida, dando-me sabedoria para enfrentar meus obstáculos;

A cada vitória o reconhecimento devido, pois só Ele é digno de todo nosso louvor.

Ao meu orientador, Prof^o. Associado JOSÉ MENDES ALDRIGHI que soube acolher, ensinar, persistir e tornar este projeto uma realidade; pelo seu espírito inovador e empreendedor na tarefa de multiplicar seus conhecimentos nos ensinando a importância do trabalho em grupo e pela oportunidade de participação neste maravilhoso Projeto.

Especialmente a Prof^a. MARIA REGINA pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às dificuldades nas mais cruéis dúvidas estatísticas.

Ao Prof^o. CALVOSO que soube mostrar, com gentileza, os grandes e eternos erros “incorrigíveis”.

Ao simpático PEDRO, que com paciência ajudou-nos a desbravar as fórmulas no Excel.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários da FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, em especial Iara e Leandro.

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA por permitir nossa pesquisa.

As MULHERES que participaram da pesquisa, bem como as entrevistadoras e entrevistadores, nosso muito obrigado!

A Fundação de Amparo à Pesquisa - FAPESP por financiar a pesquisa (PROSAPIN).

A minha grande família, pelo amor e apoio de sempre. Meus pais ANTONIO e CLEIDE, minhas irmãs, meu cunhado, minha “Dinha” e tios, pelo ideal de mais uma conquista em minha vida!

A minha cunhada, minha sogra e nossa BIZA! Obrigada por participarem da minha vida. Ao meu pequeno sobrinho VICTOR, que me ensinou com nossas brincadeiras, o sabor da alegria.

Meu grande e eterno amor GUILHERME que por muitas vezes, permitiu deixar-me levar pelos labirintos da nossa pesquisa.

A amiga WENDRY, onde não só prevaleceu a cumplicidade, mas tornou-se uma eterna amiga. Muito obrigada pelo conhecimento inesgotável, pelo apoio e pela amizade. Você é muito especial!

A amiga ELAINE que conciliou com sua garra, determinação e estima uma doce amizade!

As incomparáveis amizades de gratidão, JÉSSICA, AURORA e LIANIA pelo auxílio em todas as etapas deste mestrado.

Obrigada aos meus colegas de trabalho do NASF, por aprenderem a acreditar na Saúde Pública.

Aos AMIGOS queridos, de perto e de longe, a minha eterna gratidão.

A todos que já falei, agradeço por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas ideias, nos meus devaneios, principalmente quando nem eu mais acreditava.

E por último, e não menos importante, talvez a pessoa que mais acreditou e soube iluminar minha jornada, minha amiga CAROLZINHA. Obrigada pelo coração aberto e de inesgotável amparo as minhas proezas! Carol, sem você nada disso seria possível.

*"Ninguém é tão grande que não possa
aprender,
nem tão pequeno que não possa
ensinar."*

(Píndaro, poeta romano)

Resumo

REZENDE, DAP de. **Prevalência de Quedas Referidas e Fatores Associados na Transição e Após Menopausa**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

INTRODUÇÃO: Frente ao aumento gradativo de quedas da própria altura com o avançar da idade, torna-se imprescindível conhecer os fatores de risco implicados na sua ocorrência em mulheres na transição e após menopausa, com o intuito de contribuir com estratégias de prevenção e promoção da saúde no cotidiano. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência de quedas referidas e caracterizar a associação entre as quedas com variáveis clínicas e epidemiológicas das mulheres da Estratégia de Saúde da Família do Município de Pindamonhangaba, SP. **MÉTODOS:** Em estudo com delineamento observacional do tipo transversal vinculado ao Projeto de Saúde de Pindamonhangaba (PROSAPIN), foram utilizados dados secundários randomizados de 875 mulheres com idade entre 35 a 65 anos e investigadas por meio de um inquérito domiciliar e medidas antropométricas. A variável queda foi incluída como dependente, enquanto que as independentes foram representadas pela idade, estado civil, renda, escolaridade, raça, ocupação, histórico ginecológico, doenças crônicas referidas e mensuradas, medicamentos, obesidade (índice de massa corpórea), hábito alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sono, depressão e atividade física habitual. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 749 mulheres com média de 47,7 anos (com desvio padrão de 8,1); a prevalência de quedas da própria altura foi de 17,6% (IC de 14,9 - 20,5), sendo a maioria (54,6%) na pós menopausa. Das mulheres que caíram, a prevalência de recorrência foi de 45,2%. As principais causas foram escorregões (29,4%) e tropeços (19,8%). Após análise multivariada constatou-se associação das quedas com a idade ($p=0,018$), qualidade do sono ruim ($p=0,007$) e comorbidades como a hipertensão arterial ($p=0,032$) e depressão ($p=0,003$). As comorbidades hipertensão arterial ($p=0,055$) e depressão ($p=0,001$) associaram-se também as quedas recorrentes, bem como restrições às atividades de vida diária ($p=0,000$). **CONCLUSÃO:** A maior prevalência de quedas ocorreu após a menopausa e entre os principais fatores associados à sua gênese emergiram a idade, hipertensão arterial, depressão e sono ruim.

Palavras chave: QUEDAS ACIDENTAIS; EPIDEMIOLOGIA; MENOPAUSA

Abstract

REZENDE, DAP. de. **Prevalence of Referred Falls and Factors Associated in Transition and After Menopause**. 2011. 133 f Dissertation (Thesis) - School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2010.

INTRODUCTION: Faced the gradual increase of falls from height with advancing age, it becomes essential to know the risk factors of the falls on women in transition and after menopause, in order to contribute with strategies for prevention and health promotion in their daily routine. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of referred falls and characterize the association between falls and clinical and epidemiological variables of women of the Family Health Strategy of Pindamonhangaba City, SP. **METHODS:** In a study with observational design of the type cross-sectional linked to Health Project of Pindamonhangaba (PROSAPIN), it was used secondary randomized data from 875 women from 35 to 65 years old and they were investigated through a household survey and anthropometric measurements. The falls were included as a dependent variable and age, marital status, income, education, race, occupation, gynecologic history, chronic disease and those measured, medicines, obesity (body mass index), dietary habits, alcohol consumption, smoking, sleep, depression and physical activity. **RESULTS:** There were 749 women investigated with average age of 47.7 years (standard deviation 8.1); the prevalence of falls from height was 17.6% (95%CI: 14.9 - 20.5), the majority (54.2%) of the fallers were in the post menopausal. Of the women who fell, the prevalence of recurrence was 45.2%. The main causes were slipping (29.4%) and setbacks (19.8%). After multivariate analysis, it was found an association of falls with age ($p=0.018$), poor sleep quality ($p=0.007$) and comorbidities as hypertension ($p=0.032$) and depression ($p=0.003$). The comorbidities hypertension ($p=0.055$) and depression ($p=0.001$) associated too with recurrent falls, as well restricted the activities of daily living ($p=0.000$). **CONCLUSION:** The highest prevalence of falls occurred after the menopause and among the main factors associated its genesis emerged the age, hypertension, depression and bad sleep.

Keyword: ACCIDENTAL FALLS; EPIDEMIOLOGY; MENOPAUSE

Listas de Tabelas

Tabela 1: Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas (Causas da quedas) distribuído por faixa etária no Estado de São Paulo - Jan/2008-Nov/2010.	21
Tabela 2: Distribuição do perfil sócio-demográfico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	46
Tabela 3: Histórico ginecológico e obstétrico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	47
Tabela 4: Morbidades referidas pelas mulheres cadastradas nas USF Pindamonhangaba, 2007-2008.	48
Tabela 5: Hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	49
Tabela 6: Distribuição de frequência segundo idade e local, das mulheres que sofreram quedas nos últimos 6 meses, cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	50
Tabela 7: Distribuição das quedas segundo o estágio menopausal, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	50
Tabela 8: Distribuição de frequência absoluta de quedas recorrentes de acordo com a faixa etária da população de mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	52
Tabela 9: Distribuição de frequência das quedas de acordo com o mecanismo, reação de proteção e lesões nas mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	54
Tabela 10: Distribuição de frequência da Idade de acordo com o exame de DMO* e resultado do exame das mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	54
Tabela 11: Associação entre quedas e variáveis sócio-demográficas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	55
Tabela 12: Associação entre quedas, morbididades e hipertensão arterial mensurada nas mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	56

Tabela 13: Associação entre quedas e os hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. 57

Tabela 14: Modelo de Regressão entre as quedas e fatores epidemiológicos, clínicos e morbidades associadas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. 58

Tabela 15: Modelo de Regressão entre as quedas recorrentes e fatores epidemiológicos, clínicos e morbidades associadas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. 58

Figuras

Figura 1: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril. 40

Figura 2: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal. 40

Figura 3: Posição corporal para medida da estatura. 42

Figura 4: População de estudo PROSAPIN e amostra para este estudo. 45

Figura 5: Quantidade de quedas referidas pelas mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. 51

Figura 6: Quedas acidentais em números absolutos segundo as causas referidas pelas mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. 53

Lista de Quadros

Quadro 1: Preditores das causas de quedas de acordo com os fatores intrínsecos e extrínsecos, 2002 23

Siglas e Abreviaturas

AVD – Atividade de Vida Diária

CBO – Classificação Brasileira de Ocupação

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DMO – Densidade Mineral Óssea

DP – Desvio Padrão

ESF – Estratégia Saúde da Família

FSP – Faculdade de Saúde Pública

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corpórea

IPAC – International Physical Activity Questionnaire

LANPOP – Laboratório de Avaliação Nutricional de População

MMHG – Milímetro de Mercúrio

NAMS – The North American Menopause Society

NCEP ATP III – National Cholesterol Education Program Adult Treatment

Panell III

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds Ratio

PA – Pressão Arterial

PROSAPIN – Projeto de Saúde de Pindamonhangaba

PSF – Programa Saúde da Família

SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento

SM – Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Treinamento Resistido

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

Índice

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	25
3. CASUÍSTICA e MÉTODO	26
3.1 LOCAL, POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
3.2 AMOSTRA DO PROJETO INICIAL	27
3.2.1. Amostra deste estudo	28
3.3 PROCEDIMENTO	29
3.4 TIPO DO ESTUDO E VARIÁVEIS ESTUDADAS	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	44
4. RESULTADOS	45
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	45
4.2 PREVALÊNCIA DE QUEDAS	49
4.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE QUEDAS ACIDENTAIS E VARIÁVEIS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS	55
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÃO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1 Autorização para uso do Banco de Dados	80
ANEXO 2 Autorização Secretaria de Pindamonhagaba	81
ANEXO 3 Aprovação Comitê de Ética	82
ANEXO 4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
ANEXO 5 Termo de Responsabilidade da Pesquisadora	86
ANEXO 6 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	87
ANEXO 7 Questionário para Coleta de Dados	89
ANEXO 8 Roteiro Antropometria	133
CURRICULUM LATTES	133

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido observado em vários países e acarretado significativas mudanças no perfil sócio-demográfico em decorrência do aumento das doenças crônico-degenerativas (CUMMINS e MELTON, 2002).

Tal constatação tem sido mais evidente no países em desenvolvimento em função das repercussões sociais e daquelas para o sistema de saúde, pois na maioria das vezes, eles não se prepararam para o envelhecimento populacional (SCHIAVETO, 2008).

No Brasil, a expectativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010) é de que a população com mais de 60 anos de idade seja aproximadamente 11% até o ano de 2020, fato que assume grande interesse na área da Saúde Pública e que tem deflagrado inúmeras pesquisas direcionadas ao processo de envelhecimento (PERRACINI e RAMOS, 2002; LEBRÃO e LAURENTI, 2005; SIQUEIRA e col. 2007).

As evidências apontam uma nítida relação entre envelhecimento saudável e independência, autonomia individual que condicionam adequada qualidade de vida. Entretanto, nem todos os idosos desfrutam dessas características, pois muitos são os fatores envolvidos no seu determinismo, como os ambientais, sociais, econômicos, culturais, ou aqueles ligados à saúde física do indivíduo (ALVES JÚNIOR e PAULA, 2008).

As limitações funcionais representam uma das mais evidentes repercussões do processo do envelhecimento e não só repercute nos hábitos de vida do indivíduo, mas também nas suas necessidades diárias; ademais, como é progressiva, pode cursar com graves e multifatoriais complicações, sendo uma delas as quedas (MAZO e col. 2007).

O envelhecimento representa um processo universal e inevitável, caracterizado por alterações morfofuncionais e dependentes de fatores genéticos e influências ambientais e que, apesar de ser um processo contínuo, seu conceito é firmado a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento como o Brasil (GUIMARÃES e col. 2004).

No caso dos ovários, as alterações morfofuncionais mais evidentes dão início ao climatério, período caracterizado pela acentuada queda da população folicular, com conseqüente redução na produção de hormônios esteróides e que pode redundar em sintomas desconfortáveis e sérios agravos à saúde da mulher (ALDRIGHI e col. 2005).

O climatério, período da vida da mulher, marca a transição do estágio reprodutivo para o não reprodutivo e tem início por volta dos 40 anos e se caracteriza por um conjunto de fenômenos clínicos, biológicos e endócrinos (FARIA JÚNIOR e col. 2005).

NOTELOVITZ (1988) dividiu didaticamente o climatério em três décadas: a inicial, dos 35 aos 45 anos; a intermediária, dos 46 aos 55; e a tardia, dos 56 aos 65 anos.

Entretanto, com o avanço da ultrassonografia e das determinações séricas hormonais por radioimunoensaio, novos estudos foram realizados

com o intento de caracterizar adequadamente o climatério desde seu início, a partir de sintomas clínicos.

Nesse sentido, as investigações de GRACIA e col. (2005) e o *Penn Ovarian Aging Study* permitiram o desenvolvimento do conceito de envelhecimento ovariano, processo contínuo e dividido em cinco estágios: fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal e pós menopausa, sendo que esses dois últimos estágios corresponderiam ao conceito de climatério proposto por Notelovitz. Assim, a transição menopausal iniciar-se ia com a presença de pequenas alterações no ciclo menstrual, advindas de sutis flutuações hormonais e que ocorreriam em torno dos 37-38 anos, quando o número de folículos atingiria 25.000; essa primeira fase da transição menopausal foi denominada de fase inicial.

Com o progredir do envelhecimento ovariano instala-se outra fase da transição menopausal, a tardia, marcada por acentuado quadro de hipoestrogenismo e caracterizada clinicamente por evidentes alterações menstruais, como amenorréias entre 3 a 11 meses. Quando a amenorréia ultrapassa 12 ou mais meses consecutivos define-se a menopausa, última menstruação da vida da mulher (NAMS, 2004). O estágio do envelhecimento ovariano chamado de pós menopausa teria então, a partir daí, seu início e se estenderia até o final da vida da mulher.

A média etária de instalação da menopausa no Brasil é de 48,6 anos (ALDRIGHI e col. 2005b), não muito diferente da média (49,4 anos) observada em 15 países da América Latina (CASTELO-BRANCO e col.2006).

Consoante com *The North American Menopause Society*, as consequências da transição menopausal e após menopausa para a Saúde Pública decorrem do fato de que um número crescente de mulheres vem atingindo o estágio após menopausa e a maioria com expectativa de vida acima dos 65 anos (NAMS, 2004).

Em função disso, é fundamental que se reavalie nos estágios da transição e da pós menopausa, as reais necessidades de saúde dessa população feminina, com o intuito de se implementar programas de prevenção (ALDRIGHI e col. 2002), como de osteoporose e consequentemente profilaxia contra as quedas.

De fato, a osteoporose assume particular importância em termos de relevância econômica para o sistema de saúde, pois frequentemente se associa a fragilidade óssea, incapacidade funcional, quedas acidentais e maior risco de fraturas, principalmente de fêmur (JAHANA, 2007). A osteoporose é uma doença assintomática, a qual acomete cerca de 20% da população pós-menopausa e muitos destes sintomas não são diagnosticados em seu processo de instalação (SILVA,2009).

No Brasil são alarmantes os números de internações hospitalares por causas externas (DATASUS 2011). Quedas são consideradas causas externas e ocupam lugar de destaque, pois uma queda seguida de lesões como uma fratura, podem ocasionar imobilização prolongada e consequentemente óbito (SIQUEIRA e col. 2007). Em relação à causalidade de quedas da própria altura, as quedas ocorridas durante uma transferência encontram-se em primeiro lugar em morbidades hospitalares por causas

externas especificadas, seguidas de escorregões e tropeços, conforme tabela 1.

Tabela 1: Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas (Causas da quedas) distribuído por faixa etária no Estado de São Paulo - Jan/2008-Nov/2010.

Causas de Quedas	Estado de São Paulo			
	30 – 49		50 - 69	
	N	%	n	%
Queda mesmo nível - Escorregão/ tropeço/ passo falso	15032	41,9	12426	44,0
Queda mesmo nível - Colisão/ empurrão /outros	177	0,5	123	0,4
Queda enquanto carregava /apoiado em outra pessoas	59	0,1	39	0,2
Queda envolvendo cadeira de rodas	51	0,1	36	0,1
Queda de um leito	368	1,0	261	0,9
Queda de uma cadeira	59	0,2	85	0,3
Queda de outro tipo de mobília	232	0,7	177	0,6
Queda em ou de escadas ou degraus	2925	8,1	2359	8,3
Queda em ou de escadas de mão	726	2,0	580	2,1
Queda de ou p/fora edifícios - outras estruturas	2598	7,2	1613	5,6
Outra queda de um nível a outro	2743	7,7	1913	6,7
Outra queda no mesmo nível (transferência)	12295	34,3	11493	41,2
Queda s/especificação	34385	96,0	25.304	41,2
TOTAL	71649	100,0	56.409	100,0

Fonte: DATASUS 2011.

Conceituar queda representa uma árdua tarefa em função de múltiplos fatores envolvidos na sua gênese, porém, nas numerosas definições existentes na literatura, observa-se que pelo menos dois critérios são importantes. O primeiro é que a queda deve ocorrer de forma inesperada e não intencional; o outro define que parte do corpo da pessoa entre em contato com o chão ou com algum nível mais baixo que a cintura pélvica. Para STUDENSKI e WOLTER (2002) queda representa um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição

inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

Por ser um problema entre os idosos, principalmente entre as mulheres (MASUD e MORRIS, 2001), é muito comum encontrar dados epidemiológicos a partir de 65 anos; entretanto para faixas etárias mais jovens, os dados são escassos.

As causas de quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os primeiros encontram-se as alterações fisiológicas, como o envelhecimento, condições patológicas e efeitos adversos de medicações ou uso concomitante de medicamentos; entre os fatores extrínsecos ou acidentais destacam-se os perigos ambientais e o uso de calçados inadequados (RUBENSTEIN e col. 2001) como descritas no Quadro 1.

As quedas decorrentes de fatores extrínsecos podem não se reproduzir, sendo um evento acidental e único. Em contrapartida, a queda recorrente, ou seja, quando a pessoa cai duas ou mais vezes, pode estar associada a fatores intrínsecos que resultam em repetições das quedas, elevando o agravo de lesões (PERRACINI e RAMOS, 2002).

Diante destes fatores, GRAVES (2001) acrescenta o sedentarismo e a hipocinesia, que podem resultar em redução gradativa e, as vezes acentuada da aptidão física (força e flexibilidade), comprometendo a capacidade de realização das atividades diárias, dificultando a locomoção e aumentando o risco de outras quedas.

Quadro 1: Preditores das causas de quedas de acordo com fatores intrínsecos e extrínsecos, 2002.

FATORES INTRÍNSECOS	FATORES EXTRÍNSECOS
Idade	Riscos ambientais (piso escorregadio, obstáculos, iluminação inadequada, ausência de barras de apoio, etc.)
História de queda prévia	Calçado/vestuário inadequados
Alteração de marcha, equilíbrio e/ou força muscular	Uso não orientado de equipamentos de auxílio da locomoção
Comprometimento cognitivo	Uso de 4 ou mais medicamentos
Déficit sensorial (visão, audição, tato)	Uso de psicofármacos/sedativos e drogas hipotensoras
Doenças crônicas e múltiplas, doenças articulares, doenças neurológicas	Ingestão de álcool

As quedas aumentam com o avançar da idade em ambos os sexos., porém alguns estudos mostraram maior acometimento nas mulheres, decorrente da menor força muscular e de outras atividades que alteram a qualidade de vida (SCHEFFER e col. 2008).

A literatura desvela vários estudos sobre a prevalência de quedas, porém com metodologias distintas e resultados discordantes, oscilando desde 15% (MASUD e MORRIS, 2001) em idosos saudáveis (65% da população eram mulheres) a 30% em indivíduos acima de 65 anos (EVCI e col. 2006), 43% em mulheres idosas praticantes de um programa de atividade física (GUIMARÃES e FARINATTI, 2005) e até 62,1% a partir dos 50 anos (PAINTER e col. 2009).

Diante destas diferentes prevalências, alguns fatores diferenciam os riscos mais preditivos de quedas em idosos na comunidade como inadequações ambientais, déficit de marcha e equilíbrio versus idosos

institucionalizados, onde o comprometimento visual, déficit cognitivo, medicações sedativas e psicoativas são mais característicos (GAI e col. 2010; LAI e col. 2010).

Os fatores de riscos citados anteriormente podem diferenciar-se conforme o ser humano envelhece, tornando o idoso mais vulnerável a comorbidades e menos adaptável às transformações ambientais que está exposto. Com essa vulnerabilidade à agravos crônicos e exposição à riscos presentes no cotidiano, obtém-se o evento queda, e sua frequência aumenta à medida que a população envelhece (LACH, 2002).

Assim, frente ao exposto constata-se escassez de estudos na transição menopausal e após menopausa até 65 anos relacionados à prevalência de quedas e assim incorporar programas assistenciais a essa população que esta em processo de envelhecimento. Por isso, motivamo-nos a estudar tais aspectos.

2. OBJETIVOS

Estimar a prevalência de quedas referidas numa população de mulheres na transição menopausal e após menopausa pertencentes ao Programa de Estratégia de Saúde da Família do Município de Pindamonhangaba, SP.;

Descrever as características clínicas e epidemiológicas das mulheres que sofreram quedas;

Caracterizar a associação entre quedas referidas e variáveis clínicas e epidemiológicas.

3. CASUÍSTICA e MÉTODO

O Projeto de Saúde de Pindamonhangaba – PROSAPIN – intitulado “Coorte da evolução epidemiológica e clínica na transição menopausal e pós-menopausa das mulheres do Programa de Saúde da Família (PSF) de Pindamonhangaba/SP”, tornou-se uma plataforma de pesquisa, coordenada pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e o presente estudo apóia-se no seu Banco de Dados, tendo recebido autorização para esse fim (Anexo 1).

3.1 LOCAL, POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O PROSAPIN foi realizado no PSF do município de Pindamonhangaba, SP. A cidade situa-se na região central do Vale do Paraíba, leste do Estado de São Paulo. A área territorial é de 746,45 Km², com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,815; segundo censo demográfico de 2000 (BRASIL, 2007a) a população era de 136.263 habitantes, sendo 68.676 mulheres. Segundo dados do Censo 2010, Pindamonhangaba contabilizou uma população de 146.117 habitantes.

Baseado em dados da Secretaria de Saúde, o município contava com uma rede assistencial básica composta de 21 equipes do PSF com os seguintes profissionais: 21 médicos, 10 dentistas; 19 enfermeiros, 33 auxiliares de enfermagem e 69 agentes comunitários, cobrindo 45.537 pessoas (BRASIL 2007c). Entretanto, no momento do levantamento da população de referência, 18 equipes participaram do projeto.

Para caracterizar a população de referência das mulheres estudadas nas 18 equipes foi realizado primeiramente o levantamento do nome, número da família, data de nascimento, micro área e Unidade de Saúde da Família (USF) das zonas urbana e rural cadastradas no PSF, de todas as mulheres entre 35 a 65 anos de idade, nos estágios da transição e após menopausa (ALDRIGHI e col. 2005). Após esta verificação, foi realizada a amostra randomizada. Com a finalidade de evitar erros de anotações, todos os dados foram conferidos, sendo excluídas as mulheres portadoras de alterações cognitivas e/ou neurológicas.

3.2 AMOSTRA DO PROJETO INICIAL

O cálculo para a seleção da amostra aleatória baseou-se na menor prevalência das variáveis incluídas no inquérito domiciliar, sendo a morbidade Síndrome Metabólica a menor encontrada de 20% com intervalo de confiança de 95% e $p \leq 0,05$. Assim, para uma margem de erro de 3% em 95% das possíveis amostras, foi necessária a inclusão de 690 mulheres

no estudo. Considerando possíveis perdas, o tamanho final da amostra foi de 875 mulheres.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{0,20 \cdot 0,80 \cdot 1,96^2}{0,03^2}$$

$$n_0 \sim 690 = n = n_0 / 0,80$$

$$n \sim 875$$

3.2.1. Amostra deste estudo

Este estudo apóia-se em dados secundários do PROSAPIN, todavia, para melhor caracterizar que esta amostra aleatória é satisfatória para responder os objetivos propostos do presente estudo, foi calculada a amostra deste estudo.

Este cálculo foi baseado na prevalência de quedas encontrada em mulheres com média de idade de 60 anos ou mais (LEBRÃO e LAURENTI, 2005), adotando-se a prevalência de 26% com uma margem de erro de 5%, em 95% das possíveis amostras.

Desta forma, o tamanho da amostra necessária deu-se por aproximadamente 296 mulheres, o que torna a amostra do PROSAPIN suficiente para elucidar os objetivos propostos.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{0,26 \cdot 0,74 \cdot 1,96^2}{0,05^2}$$

$$n_0 \sim 296$$

3.3 PROCEDIMENTO

O coordenador do projeto, Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Dr. José Mendes Aldrighi pediu, inicialmente, autorização para a Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba - SP, para a realização da investigação (Anexo 2).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP e aprovado - nº protocolo 1776 (Anexo 3).

As mulheres foram selecionadas em suas casas pelos agentes comunitários da USF correspondente à sua área de abrangência (moradia) e foram agendados os dias para realização da entrevista e assinatura do Termo de Consentimento (Anexo 4).

Uma equipe de quinze professoras do ensino fundamental de Pindamonhangaba (equipe 1) foi habilitada para entrevistar as mulheres. O treinamento ocorreu em três dias na cidade e como parte da capacitação, as professoras realizaram três entrevistas. Cada entrevista completa (com todas as perguntadas respondidas) foi estimada em uma hora. Outra equipe

(equipe 2), formada por cinco alunos de curso da área de saúde (fisioterapia) e uma fisioterapeuta da cidade de Taubaté, foi capacitada por dois dias e calibrada para avaliar as medidas antropométricas (circunferências abdominal e quadril, altura e peso) pelo Laboratório de Avaliação Nutricional de População (LANPOP) da Faculdade de Saúde Pública/USP. Esta avaliação foi estimada em 15 minutos. Para o treinamento da aferição da Pressão Arterial, os coordenadores de campo treinaram a equipe de acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC e col. 2006). Esta equipe também recebeu um manual de instruções.

Fazendo parte do controle de qualidade, os coordenadores de campo (alunas de doutorado e de mestrado do Professor Associado José Mendes Aldrighi do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública/USP) estiveram presentes permanentemente nos locais de coleta, sendo os questionários conferidos pelos coordenadores de campo no mesmo dia da coleta. Os dados foram digitados por uma única pessoa e checados por duas pessoas diferentes para maior fidedignidade dos resultados. Foram sorteadas 10% das participantes para confirmação das respostas visando evitar imprecisões e erros sistemáticos.

Para este estudo, inicialmente foi pedida autorização do coordenador e pesquisadores do PROSAPIN, caracterizando este estudo como pesquisa de dados secundários. Após obtenção da autorização, a pesquisadora assinou um termo de responsabilidade (Anexo 5) com o comprometimento de sigilo absoluto dos dados referentes ao banco.

Assim, este estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo da Faculdade de Saúde Pública, o qual foi aprovado com o protocolo nº 1941 (Anexo 6).

3.4 TIPO DO ESTUDO E VARIÁVEIS ESTUDADAS

O estudo foi definido delineamento observacional de estudo transversal (HULLEY e col. 2003), que permitiu verificar a prevalência de quedas, bem como associá-las com outras variáveis clínicas e epidemiológicas.

A **variável dependente** estudada foi queda da própria altura.

As **independentes** foram idade, estado civil, renda, escolaridade, raça, ocupação, início da menopausa, doenças crônicas referidas, mensuração da pressão arterial, medicamentos, obesidade (IMC), hábito alimentar, consumo de bebidas alcoólicas, sono, depressão e atividade física habitual.

Estas variáveis estão contidas no Banco de Dados do PROSAPIN (Questionário - Anexo 7).

Contendo perguntas auto-referidas, proposto por PERRACINI (2002), os acidentes por **quedas** foram investigados por meio de doze perguntas referentes à ocorrência de quedas nos últimos seis meses (período menor que doze meses devido ao viés de memória), uso de dispositivos para

auxílio à marcha (bengala, muleta, uso de andador), local da última queda (ambiente doméstico ou externo), às suas circunstâncias (durante a marcha ou numa transferência), às causas intrínsecas (tonturas, vertigens) ou extrínsecas (acidentais). Também foram referidas questões como: a maneira que caíram (lado direito ou esquerdo, para frente ou para trás), presença de reação de proteção, necessidade de ajuda para se levantar após a queda, restrições às suas atividades diárias, à quase queda e ao medo de cair.

Além desses itens, foram levantados o histórico de fratura pessoal e familiar (pai e mãe) e a área do corpo fraturada, como o punho, coluna vertebral e fêmur, posterior à uma queda em mulheres com diagnóstico de osteoporose ou pré disposição a doença (DONTAS e YIANNAKOPOULOS, 2007).

As demais variáveis **independentes** foram coletadas com perguntas auto-referidas sobre **atividade física habitual**, identificada com o questionário de Baecke's traduzido para o português e validado por FLORINDO e col. (2003), e FLORINDO & LATORRE (2003).

O instrumento incluiu 16 questões dos últimos doze meses sobre: atividade física ocupacional (8 questões); exercício físico no lazer (4 questões); atividade lazer e locomoção (4 questões) e total de atividade física. A atividade física ocupacional é avaliada pelo gasto energético e classificada por AINSWORTH e col. (2000).

Caso não exerça alguma ocupação, adota-se a resposta leve. Para as atividades domésticas, recomenda-se o nível moderado. Na avaliação dos exercícios físicos de lazer, a modalidade específica é classificada segundo o

compêndio de atividade física de AINSWORTH e col. (2000). O cálculo da atividade física ocupacional é a soma das questões (questão 1 + questão 2 + questão 3 + questão 4 + questão 5 + questão 6 + questão 7 + questão 8), dividido por 8. O exercício físico no lazer é a soma das questões (questão 9 + questão 10 + questão 11 + questão 12), dividido por 4, onde a questão 9 é resultado do cálculo: modalidade = intensidade x tempo x proporção (intensidade = 0,76 para modalidade com gasto energético leve ou 1,26 para moderado ou 1,76 para vigoroso; tempo = 0,5 para menos de uma hora por semana ou 1,5 entre 1 e 2 horas por semana ou 2,5 entre 2 e 3 horas por semana ou 3,5 entre 3 e 4 horas por semana ou 4,5 para maior que 4 horas; proporção = 0,04 para menos de 1 mês ou 0,17 entre 1 e 3 meses ou 0,42 entre 4 e 6 meses ou 0,67 entre 7 e 9 meses ou 0,92 para maior que 9 meses), sendo que o resultado final da multiplicação é: 1 = sem exercício físico, 2 = 0,01<4, 3 = 4<8, 4 = 8<12, 5 = ≥12. O escore da atividade física de lazer e locomoção é (6 – questão 13) + a soma das questões 14, 15, 16, dividido por 4. E por fim, o escore total é a soma de todos os anteriores.

A **atividade física** também foi questionada por meio do Instrumento *International Physical Activity Questionnaire* - versão curta (IPAQ, 2007). O questionário é composto por cinco perguntas relacionadas às atividades físicas habituais realizadas na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos. A atividade física foi classificada de acordo com a orientação do próprio IPAQ, que divide e conceitua as categorias em:

- *Sedentário*: não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;

- *Insuficientemente Ativo*: consiste em classificar os indivíduos que praticam atividades físicas por pelo menos 10 minutos contínuos por semana, porém de maneira insuficiente para ser classificado como ativos. Para classificar os indivíduos nesse critério, são somadas a duração e a frequência dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Essa categoria divide-se em dois grupos:

- *Insuficientemente Ativo A* – realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados, frequência 5 dias/semana ou duração – 150 minutos/semana;

- *Insuficientemente Ativo B* – não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A;

- *Ativo*: cumpre as seguintes recomendações: a) atividade física vigorosa: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão; b) moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos/sessão; c) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana;

- *Muito Ativo*: cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão; b) vigorosa: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão + moderada e ou caminhada 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão.

A **idade** foi coletada por meio da pesquisa do mês e ano de nascimento da pessoa ou de sua idade presumida para quem não soubesse referir a data de nascimento; o cálculo foi referente à data da pesquisa (IBGE 2005a).

Sobre o **estado civil**, foi considerado como tendo ou tendo tido cônjuge ou companheiro a pessoa que coabita ou já coabitou com um cônjuge ou companheiro. A existência de número de cônjuge e o tipo questionado foram interrogados e qualificados: Casada - pessoa que tenha o estado civil de casada ou união livre; Desquitada ou separada judicialmente - pessoa que tenha o estado civil de desquitada ou separada homologado por decisão judicial; Divorciada - pessoa que tenha o estado civil de divorciada, homologado por decisão judicial; Viúva - pessoa que tenha o estado civil de viúva; Solteira - pessoa que tenha o estado civil de solteira.

A **renda** foi perguntada em quantidade de salários mínimos em vigor a partir de maio do ano de 2007 no valor de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais) ou outro tipo de remuneração mensal bruta recebida pela mulher. A renda familiar foi expressa em *per capita* de acordo com o número de moradores da residência. O rendimento mensal familiar *per capita* foi a divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família (IBGE 2006). Como limite de pobreza foi considerado o valor inferior a 0,5 salário per capita, tendo em vista que, quando criado pela legislação brasileira, o salário mínimo pretendia atender as necessidades básicas de uma família padrão (DIMENSTEIN, 2003).

Para caracterizar a **escolaridade**, foi considerada alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecer. Foi investigado o nível ou grau do ensino concluído do curso mais elevado que freqüentou.

O sistema de ensino regular em vigor no período compreendia: o ensino fundamental (1º ao 9º ano), o médio (1º ao 2º colegial), o superior de graduação, mestrado ou doutorado, de alfabetização de adultos e supletivos ministrados em escola.

O sistema de ensino regular anterior, mas que ainda pode ser encontrado em vigor compreende: o primeiro grau, o segundo grau e o terceiro grau ou superior. O sistema de ensino regular anterior a estes dois compreendia: o elementar, o médio primeiro ciclo, o médio segundo ciclo e o superior. A pessoa que frequentava somente curso de especialização profissional, de extensão cultural (idioma, costura, datilografia, etc.) ou supletivo por meio de rádio, televisão ou correspondência não foi classificada como estudante (IBGE, 2005b).

A coleta de **cor** referida foi conforme declaração da pessoa argüida: Branca - pessoa que se enquadrou como branca; Preta - pessoa que se enquadrou como preta; Amarela - pessoa que se enquadrou como amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana etc.); Parda - pessoa que se enquadrou como parda ou que se declarou mulata, mestiça, cabocla, cafuza e mameluca; e Indígena - pessoa que se enquadrou como indígena ou se declarou como tal, vivendo em aldeamento ou fora deste (IBGE 2005c).

Foi definida **ocupação** como sendo cargo, função, profissão ou ofício exercido pela voluntária. Entendeu-se trabalho em atividade econômica o exercício de ocupação remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, durante pelo menos uma hora na semana. O tipo de ocupação foi

disposto de acordo com a (CBO) Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL 2005d).

O início da **menopausa** e uso de **terapia hormonal** foram analisados pelo histórico ginecológico e obstétrico das mulheres (ARANHA e col. 2004). Perguntas relacionadas à idade que parou de menstruar e início da reposição hormonal entre outras também foram obtidas.

Doenças crônicas foram investigadas no inquérito domiciliar por meio do histórico referido de morbidades, entre elas, Diabetes Mellitus, Cardiopatias e Osteoporose.

A aferição da **pressão arterial sistêmica** seguiu a recomendação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC e col. 2006). A pressão arterial foi aferida com o aparelho calibrado, de braço, digital e automático *MicroLife*, testado e validado pela *British Hypertension Society* (ENGLAND, 2007). Optou-se por este aparelho pois permite a obtenção de medidas de pressão arterial de modo simples, eficaz, pouco dispendioso e evita o erro do avaliador. Foram realizadas três medidas, com intervalo de um minuto entre elas no membro superior esquerdo na posição sentada; para análise, foi considerada a média das duas últimas. Caso a diferença entre algumas das medidas fossem maior que 4 mmHg, aguardava-se cinco minutos e iniciava-se novo bloco de três aferições. Para o preparo da mulher para a medida da pressão arterial, foi:

1. explicado o procedimento a mulher;
2. esperado repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo;
3. solicitado que esvaziasse bexiga, caso cheia;

4. pedido que não praticasse exercícios físicos 60 a 90 minutos antes;
5. pedido não ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não ter fumado 30 minutos antes;
6. informado para manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
7. solicitado que removesse roupas e objetos do braço esquerdo;
8. posicionado o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
9. explicado para que não falasse durante as medidas.

A partir de então, mediu-se a circunferência do braço da mulher, entre o acrômio e o olécrano para selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço; a largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço, e seu comprimento, a pelo menos 80%. Foi colocado o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm e centralizado o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

Para as mulheres que apresentaram pressão arterial superior a 135x85 mmHg, foi solicitado a enfermeira da USF que aferisse a pressão dessas mulheres durante outros três dias consecutivos, no período da manhã e a tarde, utilizando o mesmo instrumento e seguindo o mesmo procedimento anterior. Entretanto, não foi possível a coleta desses dados devido à ausência das mulheres para aferição.

A relação de **medicamentos** usados pelas mulheres foram anotados segundo os nomes do receituário médico ou bulas dos remédios. Foram classificados de acordo com o grupo farmacológico e à classe terapêutica à que pertenciam (antihipertensivos, benzodiazepínicos, antiinflamatórios), bem como a quantidade de medicamentos prescritos para cada mulher da amostra (ANVISA 2008).

Para diagnóstico da **obesidade**, foi utilizado o IMC e classificadas como obesas e não obesas, produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/A^2).

O critério diagnóstico que foi utilizado é o estabelecido pela OMS para avaliação de população adulta e idosa (WHO 1997) e também utilizado nos estudos de Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: magreza grave ($IMC < 16,0$), magreza moderada ($16,0-16,9$), magreza leve ($17,0-18,4$), adequado ($18,5-24,9$), sobrepeso ($25,0-29,9$), obesidade I ($30,0-39,9$) e obesidade II ($IMC \geq 40$) (TAVARES e ANJOS 1999).

As **circunferências do quadril e abdominal** foram mensuradas pela fita métrica milimetrada inelástica. Para a do quadril, a pessoa foi avisada para vestir calça fina e posicionar-se em pé ereta com os braços relaxados e os pés juntos (Anexo 8).

Os avaliadores localizavam os trocânteres maiores para colocar a fita horizontalmente ao redor do quadril sobre esses pontos ósseos. Cuidou-se para que a fita estivesse alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão (figura 1), e aplicou-se tensão à fita, de modo a ajustar-se firmemente em

torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

Figura 1: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril.

Para a medida da **circunferência abdominal**, utilizou-se o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca diretamente sobre a pele (PARK e col. 2003). Para tanto, foi solicitado que a mulher ficasse em pé ereta com o abdômen relaxado e os braços estendidos ao longo do corpo. Foi localizada a última costela no final da inspiração e a crista do íliaco, medida a distância entre os dois pontos e calculado o ponto médio. A fita foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de modo a ficar alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão (figura 2). Aplicou-se tensão à fita para ajustar-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

Figura 2: Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.

Ambas as medidas de quadril e cintura foram feitas duas vezes e quando superior a um centímetro e meio foram ser refeitas, o ideal é uma diferença entre as leituras de até meio centímetro. Para relação cintura quadril, foi dividido o valor da circunferência abdominal pela a do quadril; e foi considerada em risco de doenças crônicas a mulher com a relação maior que 0,80 (MOLARIUS e col. 1999).

O **peso**, em quilo, foi obtido usando balança portátil SECA 750 Personenwaage com ponteiro e de aço resistente para pesar pessoas. A balança era de fácil transporte, mantendo a calibração com mudanças de local, tendo capacidade de 150 quilogramas com divisão 1 quilograma e mede 315 x 115 x 468 mm.

A **altura** foi medida com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, com o peso distribuído em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares,

panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de *Frankfurt* (Plano de *Frankfurt*: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo estão em uma mesma linha horizontal). A leitura da medida foi realizada duas vezes. Diferenças nas medidas de estatura superior a quatro milímetros foram refeitas, por ser considerado ideal uma diferença entre as leituras de até dois milímetros, como podemos observar na Figura 3.

Figura 3: Posição corporal para medida da estatura.

O **hábito alimentar** foi questionado pelo *Block Screening Questionnaire* validado e usado por BLOCK e col. (2000), que quantifica rapidamente o consumo de gorduras e de fibras alimentares no último ano. O instrumento gera escore pela frequência semanal de consumo de alimentos que contém gordura e fibras.

O **consumo de álcool** seguiu os critérios de ALVES e col. (2008), questionando detalhadamente o uso de quantidade e frequência de ingestão de cerveja, vinho e bebidas destiladas.

Sobre **hábito de fumar**, foi questionado o contato com o fumo (considerado experimentadoras as mulheres que tiveram contato com mais de 5 maços ou 100 cigarros), número de cigarros por dia e número de dias na semana para as fumantes e a intenção de parar de fumar (MARQUES e col. 2006).

A **qualidade do sono** foi analisada pelo questionário de índice de qualidade de sono de Pittsburgh (CEOLIN, 1999), o qual pondera a qualidade e distúrbio de sono no último mês e quanto à qualidade subjetiva de sono, latência, duração, hábito de sono eficiente, distúrbio, uso de medicamento para dormir e disfunção durante o dia. O escore gerado pelo instrumento classifica como sono bom e pobre. Em estimativa dos autores, este índice tem 89,6% de sensibilidade e 86,5% de especificidade.

A **depressão** foi graduada conforme instruções de CUNHA (2001), utilizando a versão em português do Inventário de Depressão *Beck* das Escalas *Beck* (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998) para medir a intensidade da depressão; consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes. A avaliação é apenas a soma de pontos e permite visão sobre a existência e intensidade de quadro depressivo. Assim, 0 a 9 pontos é considerado normal; 10 a 15 sugere a existência de depressão leve; 16 a 23 depressão média e 24 ou mais pontos, depressão grave.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as variáveis foram analisadas de forma descritiva por meio de frequência absoluta e relativa.

Foram estimadas prevalências de quedas e quedas recorrentes por ponto e por intervalo de confiança de 95%.

Foi analisado o status menopausal e presença de quedas pelo chi quadrado.

Posteriormente, foram conduzidas análises bivariadas com o valor de $p \leq 0,05$ e selecionadas e ordenadas para entrar no modelo de regressão logística.

Foi utilizado pacote estatístico *STATA versão 9.1 for Windows* para a análise de dados.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O Banco de Dados do PROSAPIN refere-se às 875 mulheres cadastradas nas USF, das quais 749 (85,6%) aceitaram participar do estudo respondendo ao questionário e 756 (86,4%) tiveram suas medidas antropométricas coletadas (Figura 4). Foram excluídas 11 mulheres das quais: duas apresentaram déficit cognitivo, seis não aceitaram responder as questões ou mudaram de casa sem deixar endereço e/ou da cidade de Pindamonhangaba – SP e uma mulheres incapazes de permanecerem em pé para a coleta dos dados antropométricos e duas se encontravam internadas durante o período da coleta.

Figura 4: População de estudo do Banco de Dados do Projeto de Saúde de Pindamonhangaba, SP e amostra para este estudo.

Residiam na zona urbana de Pindamonhangaba 71,3% mulheres e 9,6% na zona rural, 19,1% residiam em área classificada como rural e urbana.

A média de idade das mulheres foi de 47,7 anos com desvio padrão de 8,1 anos. A Tabela 2 apresenta o perfil sócio-demográfico das mulheres cadastradas nas USF. A maioria (65,1%) considerou-se católica, 52,9% tinham até a 4ª série do primeiro grau e 54,9% recebiam até um salário mínimo.

Tabela 2: Distribuição do perfil sócio-demográfico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS		N	%
IDADE (anos)	35 – 44	307	41,8
	45 – 54	265	36,0
	55 – 65	163	22,2
RELIGIÃO	Católica	488	65,1
	Evangélica	208	27,8
	Outras	53	7,1
ESCOLARIDADE	Até 4ª série	374	52,9
	Da 5 a 8ª série	140	19,8
	1º colegial ou mais	163	23,0
COR	Supletivo	29	4,3
	Branca	376	50,5
	Parda	307	41,3
ESTADO CIVIL	Outras	61	8,2
	Casada	540	76,0
	Separada/Divorciada	109	15,3
REND A PESSOAL (em SM*)	Viúva e outras	62	8,7
	1	200	54,9
	2 ou mais	164	45,1
OCUPAÇÃO	Não trabalha	362	48,7
	Serviços Domésticos	134	18,0
	Outros	247	33,1
Nº de MORADORES	Um	28	3,7
	Dois e Três	260	34,9
	Quatro e mais	458	61,4

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas. * Salário Mínimo.

Quanto ao histórico ginecológico das mulheres, 44,3% relataram estar na pós-menopausa, 54,2% tiveram menopausa com até 47 anos e 90,1% não fizeram a utilização de hormônios, conforme distribuição na Tabela 3.

Tabela 3: Histórico ginecológico e obstétrico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

VARIÁVEIS GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		N	%
ENGRAVIDOU	Não	36	4,8
	Sim	713	95,2
PARTO VIA VAGINAL	Não	275	36,7
	Sim	474	63,3
MENOPAUSA	Pré-menopausa	416	55,7
	Pós-menopausa	331	44,3
IDADE DA MENOPAUSA*	Até 47	163	52,2
	48 ou mais	149	47,8
USOU HORMÔNIO	Não	673	90,1
	Sim	74	9,9
USO DE HORMÔNIO ATUAL	Não	54	72,9
	Sim	20	27,1

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

Para a distribuição de frequência das morbidades referidas da população estudada (Tabela 4), as patologias mais expressivas foram Hipertensão Arterial (59,1%), Diabetes Mellitus (89,2%), Depressão (66,3%) e Osteoartrite (99,8%).

Tabela 4: Morbidades referidas pelas mulheres cadastradas nas USF Pindamonhangaba, 2007-2008.

MORBIDADES REFERIDAS		N	%
Hipertensão Arterial	Sim	439	59,1
	Não	304	40,6
Cardiopatia	Sim	667	89,1
	Não	82	10,9
Incontinência Urinaria	Sim	622	83,0
	Não	127	17,0
Síndrome Ovário Policístico	Sim	592	82,5
	Não	126	17,5
Diabetes Mellitus	Sim	650	89,2
	Não	79	10,8
Depressão	Sim	496	66,3
	Não	253	33,7
Ansiedade	Sim	376	50,2
	Não	373	49,8
Osteoartite	Sim	747	99,8
	Não	2	0,2
Acidente Vascular Cerebral	Sim	35	4,7
	Não	709	95,3
Apnéia Obstrutiva do Sono	Baixo Risco	565	75,5
	Alto Risco	184	24,5

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas

O inquérito domiciliar revelou ainda os hábitos de vida da amostra (Tabela 5), sendo que apenas 17,6% das mulheres relataram não praticar atividade física, 35,6% eram fumantes e 65,3% disseram consumir o mínimo de gordura.

Tabela 5: Hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

HÁBITOS DE VIDA	N	%
ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL		
Ativo	617	82,4
Sedentário	132	17,6
ETILISMO - FREQUÊNCIA DE USO		
Alto risco	66	8,8
Baixo risco	98	13,1
Abstinentes	585	78,1
DOSES		
Binge	57	35,4
Não binge	104	64,6
TABAGISMO		
NÃO FUMANTES		
Já fumou	427	57,1
Nunca fumou	321	42,9
FUMANTES		
Sim	152	35,6
Não	275	64,4
FREQUÊNCIA ALIMENTAR		
GORDURA		
Mínima	336	65,3
Baixa	79	15,4
Relativamente alta	41	7,9
Alta	27	5,3
Muito alta	32,6	6,1
FIBRA		
Baixa	283	37,7
Regular	452	60,2
Adequada	14	2,1

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

4.2 PREVALÊNCIA DE QUEDAS

A prevalência de quedas da própria altura na população estudada entre 35 a 65 anos foi de 17,6% (IC_{95%} de 14,9% a 20,5%). Na Tabela 6 é possível observar a caracterização de quedas, sendo que 52,7% das mulheres que caíram estavam na faixa etária dos 50 aos 65 anos.

Tabela 6: Distribuição de frequência segundo idade e local, das mulheres que sofreram quedas nos últimos 6 meses, cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

CARACTERIZAÇÃO DA QUEDA	N	%
IDADE (em anos)		
35 – 49	62	47,3
50 – 65	69	52,7
TIPO DE USF*		
Rural	12	9,2
Urbana	94	71,7
Rural e urbana	25	19,1
LOCAL		
Ambiente doméstico	59	45,0
Ambiente externo	72	55,0

Nota: A diferença do total de mulheres é devido à ausência de respostas

*USF: Unidade de Saúde da Família

Quanto à distribuição de quedas em relação ao estágio menopausal, 415 mulheres estavam na pré menopausa e 329 na pós menopausa. Em meio às 415 mulheres na pré menopausa, 14,2% sofreram quedas; já dentre as 329 mulheres na pós menopausa, 21,6% referiram o evento em análise bivariada ($p=0,009$), conforme Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das quedas segundo o estágio menopausal, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

PRESENÇA DE QUEDAS	PRÉ MENOPAUSA		PÓS MENOPAUSA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não	356	85,8	258	78,4	415	82,4
Sim	59	14,2	71	21,6	329	17,5
TOTAL	415	100,0	329	100,0	744	100,0

Nota: apenas uma mulher que sofreu queda não referiu o estágio menopausal.

Chi quadrado - $p= 0.009$.

Em relação à quantidade de quedas acidentais, 54,8% das mulheres caíram pelo menos uma vez nos últimos seis meses da pesquisa (2,2% caíram durante o período da pesquisa vinte vezes) e 45,2% de forma recorrente (Figura 5).

Figura 5: Quantidade de quedas referidas pelas mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

*A diferença do total de quantidade de quedas acidentais referidas pelas mulheres em relação ao ato de cair é devido às alternativas de respostas: não sabe e não respondeu.

Sobre as quedas recorrentes (duas quedas ou mais) em relação a faixa etária (Tabela 8), observou-se que 21,4% das mulheres que caíram pelo menos duas vezes estavam na faixa etária dos 35 a 49 anos. Na faixa etária dos 50 a 65 anos a quantidade de quedas recorrentes mais frequente também foram duas (21,4%).

Tabela 8: Distribuição de frequência absoluta de quedas recorrentes de acordo com a faixa etária da população de mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

QUEDAS RECORRENTES	IDADE (em anos)				TOTAL	
	35 – 49		50 – 65			
	N	%	N	%	N	%
Duas	9	21,4	9	21,4	18	42,8
Três	5	11,9	7	16,7	12	28,6
Quatro	1	2,4	4	9,5	5	11,9
Cinco	1	2,4	2	4,8	3	7,1
Seis	1	2,4	-	-	1	2,4
Dez	-	-	1	2,4	1	2,4
Vinte	1	2,4	1	2,4	2	4,8
TOTAL	18	42,9	24	57,2	42	100,0

Em relação às circunstâncias que as mulheres deparavam-se no momento do evento, 52,7% relataram ter ocorrido durante a caminhada, enquanto que no instante de executarem uma transferência, as quedas nesta ocasião, foram referidas por 30,2% das mulheres.

As causas das quedas da própria altura foram variadas conforme observamos na Figura 6. Os escorregões foram os mais citados, seguidos de tropeços e obstáculo súbito (29,37%, 19,84% e 15,87%, respectivamente).

Quando analisamos as causas mais citadas por faixa etária, 28,1% das mulheres entre 50 e 65 anos escorregaram e 21,9% tropeçaram. Na faixa etária entre as mais jovens, dos 35 e 49 anos, 29,5% das mulheres tiveram como causa o escorregamento e 21,3% por obstáculos súbitos.

Figura 6: Quedas acidentais em números absolutos segundo as causas referidas pelas mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Quanto ao mecanismo das quedas, as mulheres caíram com o corpo exposto para frente (42,9%) e não tiveram reação de proteção em 42,2% dos episódios, com poucos casos de lesões, 7,6% delas na região dos punhos, mostrados na Tabela 9.

Quanto às restrições às atividades de vida diárias devido às quedas, 13,0% das mulheres responderam que as quedas ocasionaram dificuldades na rotina ocupacional diária.

Das mulheres que sofreram quedas, 68 necessitaram de ajuda para levantar-se (51,9%). Quando perguntado se ocorreu o episódio de quase cair, 382 mulheres (51,5%) relataram que isso acontece. O medo de cair foi relatado por 483 entrevistadas (64,9%). Quanto ao histórico de fratura familiar (pai ou mãe da participante), 15,2% disseram que os pais tiveram fratura em punho ou coluna ou fêmur.

Tabela 9: Distribuição de frequência das quedas de acordo com o mecanismo, reação de proteção e lesões nas mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

CARACTERÍSTICAS DAS QUEDAS	N	%
MECANISMO DA ÚLTIMA QUEDA		
Anterior	54	42,9
Posterior	38	30,2
Lateral direita	19	15,0
Lateral Esquerda	15	11,9
REAÇÃO DE PROTEÇÃO		
Sim	74	57,8
Não	54	42,2
LESÃO		
Punho	10	7,6
Coluna	5	3,8
Fêmur	1	0,7
Não	115	87,8

Na Tabela 10, observa-se que, das 289 mulheres entre 50 e 65 anos, apenas 6,7% tinham realizado exame de Densidade Mineral Óssea e destas 16,7% relataram ter o diagnóstico de Osteoporose.

Tabela 10: Distribuição de frequência da Idade de acordo com o exame de DMO* e resultado do exame das mulheres cadastradas na USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

IDADE (em anos)	DMO*							
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%		
35 – 49	16	2,2	422	58,1	438	60,3		
50 – 65	49	6,7	240	33,0	289	39,7		
Total	65	8,9	662	91,1	727	100,0		
RESULTADO DMO*								
	Normal		Osteopenia		Osteoporose		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
35 – 49	13	21,7	2	3,3	1	1,6	16	26,7
50 – 65	21	35,0	13	21,7	10	16,7	44	73,3
Total	34	56,7	15	25,0	11	18,3	60	100,0

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

* DMO: Densidade Mineral Óssea.

4.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE QUEDAS ACIDENTAIS E VARIÁVEIS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS

A tabela 11 mostra as associações das quedas, segundo as características sócio-demográficas. Houve associação entre a idade e as quedas, quanto maior a idade maior a possibilidade de ocorrer quedas. Também houve associação entre as quedas e a religião evangélica ($p=0,012$).

Tabela 11: Associação entre quedas e variáveis sócio-demográficas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variáveis Sócio-demográficas	OR	IC (95%)	P
IDADE (anos)			
50 – 65	1,87	1,28 – 2,7	0,001
ESTADO CIVIL			
Separada	0,88	0,55 – 1,40	0,593
RELIGIÃO			
Evangélica	1,63	1,11 – 2,40	0,012
ESCOLARIDADE			
Até 4ª série	1		
5ª a 8ª série	0,66	0,37 – 1,17	0,157
1º colegial e demais	1,36	0,87 – 2,14	0,183
Nº MORADORES			
Sozinho	1		
Mais que uma pessoa	0,97	0,87 – 1,07	0,553

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança.

A tabela 12 apresenta o Odds Ratio para as quedas segundo as morbidades. Houve associação positiva entre as quedas e a mensuração da

Pressão Arterial (Hipertensão Arterial, $p=0,002$), e morbidades como a Obesidade ($p=0,005$) e Depressão ($p=0,000$).

Tabela 12: Associação entre quedas, morbidades e hipertensão arterial mensurada nas mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variáveis	OR	IC (95%)	P
MORBIDADES			
Hipertensão Arterial	0,55	0,37 – 0,80	0,002
Diabetes Mellitus	0,75	0,45 – 1,27	0,299
Obesidade	1,04	1,01 – 1,07	0,005
Depressão	2,62	1,78 – 3,85	0,000

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança.

A tabela 13 mostra associação significativa das quedas com os hábitos de vida da população pesquisada como o uso de bebida alcoólica ($p=0,013$) e atividade física ocupacional ($p=0,006$) e total ($p=0,015$).

Foi calculada Odds Ratio para a quantidade de medicamentos utilizados pelas mulheres e para as classes terapêuticas que pertenciam; ambos se associaram com as quedas (respectivamente 0,006 e 0,021).

A qualidade do sono e a sonolência excessiva também se associaram, quanto pior a qualidade do sono maior a probabilidade de quedas ($p=0,000$). O sentimento que as mulheres possuem de ter medo de cair ofereceu efeito protetor quanto às quedas neste estudo OR 0,57 (IC_{95%} 0,37 a 0,87, $p=0,010$).

Tabela 13: Associação entre quedas e os hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variáveis	OR	IC (95%)	P
HÁBITOS DE VIDA			
Álcool	1,60	1,10 – 2,33	0,013
Fumo	1,29	0,75 – 2,21	0,341
Atividade Física Ocupacional*	1,64	1,15 – 2,35	0,006
Atividade Física Total*	1,30	1,05 – 1,60	0,015
IPAC**	1,22	0,72 – 2,05	0,448
QUALIDADE DO SONO			
Ruim	2,47	1,67 – 3,65	0,000
SONOLENCIA			
Excessiva	2,01	1,33 – 3,02	0,001
MEDO DE CAIR			
	0,57	0,37 – 0,87	0,010
MEDICAMENTOS			
Quantidade de Medicamentos	1,21	1,04 – 1,29	0,006
Nº de Classes de Medicamentos	1,18	1,03 – 1,36	0,021

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança; * Atividade física habitual segundo Becker;

International Physical Activity Questionnaire (IPAC); *Atividades de Vida Diárias

As tabelas 14 e 15 mostram, respectivamente, o modelo de regressão logística múltipla das variáveis epidemiológicas e clínicas em relação às quedas acidentais e quedas recorrentes.

Para as quedas, é possível observar que as variáveis que melhor explicam sua ocorrência é a Depressão ($p=,003$), Hipertensão Arterial ($p=0,032$), idade (0,018) e qualidade do sono ruim ($p=0,007$). Não houve variável com efeito protetor para as quedas.

Tabela 14: Modelo de Regressão entre as quedas e fatores epidemiológicos, clínicos e morbidades associadas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variáveis	OR	IC (95%)	P
Idade	1,67	1,09 – 2,45	0,018
Atividade física total*	1,55	1,04 – 2,32	0,033
Hipertensão Arterial	1,57	1,04 – 2,38	0,032
Depressão	1,88	1,23 – 2,87	0,003
Qualidade do sono ruim	1,80	1,17 – 2,77	0,007
Obesidade	1,03	1,00 – 1,06	0,084

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança; * Atividade física habitual segundo Becke.

Para as quedas recorrentes, as variáveis que melhor explicam sua ocorrência são as restrições das atividades de vida diárias ($p=0,000$), Depressão ($p=0,001$) e Hipertensão Arterial ($p=0,059$).

Tabela 15: Modelo de Regressão entre as quedas recorrentes e fatores epidemiológicos, clínicos e morbidades associadas das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variáveis	OR	IC (95%)	P
Idade	1,77	0,85 – 3,71	0,130
Atividade física total	1,57	0,74 – 3,33	0,237
Restrição as AVDs*	4,23	1,98 – 9,05	0,000
Hipertensão Arterial	2,06	0,97 – 4,37	0,059
Depressão	3,80	1,68 – 8,56	0,001
Qualidade do sono ruim	1,48	0,64 – 3,39	0,358
Obesidade	1,02	0,96 – 1,08	0,479

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de Confiança;

*AVDs: Atividades de Vida Diárias.

5. DISCUSSÃO

As quedas repercutem na qualidade de vida e propiciam significativo custo social, econômico e familiar. Por isso, inúmeras são as pesquisas que avaliaram a prevalência e os fatores envolvidos na sua gênese principalmente na população idosa e entre as mulheres. Entretanto, notam-se resultados divergentes, possivelmente pela variedade de instrumentos utilizados para a coleta de dados (PERELL, 2001) e de acordo com a população estudada. Ademais, escassos foram os estudos que se concentraram na faixa etária que avaliamos, ou seja, entre 35 e 65 anos, o que torna difícil a comparação dos nossos resultados.

Assim, no presente trabalho, a média etária das participantes foi de 47,7 anos, diferentemente da maioria dos outros estudos que ultrapassaram os 65 anos de idade (SIQUEIRA e col. 2007; LEBRÃO e LAURENTI, 2005; FABRÍCIO e col. 2004). Entretanto, não só foi a idade, mas outros fatores proporcionaram diferenças nas prevalências encontradas, como amostras distintas, como de indivíduos que moram em instituições de longa permanência (NASCIMENTO, 2008).

Em nosso estudo a prevalência de quedas da própria altura foi de 17,6% (IC_{95%} de 14,9% a 20,5%), sendo que 52,7% das mulheres que caíram encontravam-se na faixa etária entre 50 e 65 anos. Além da idade ressaltamos outros fatores que se associaram às quedas, como hipertensão arterial, depressão em grau moderado a grave e qualidade do sono ruim.

Na análise de quedas recorrentes observamos que 21,4% das mulheres relataram pelo menos duas quedas no mesmo período, tendo como fatores causais mais significativos a restrição às atividades diárias, depressão em grau moderado a grave e hipertensão arterial.

Apenas um estudo populacional no Brasil realizado por PINHEIRO e col, (2010) investigaram ambos os sexos com idade acima de 40 anos e notaram uma prevalência de quedas recorrentes de 25,6% nas mulheres (com média de 57,1 anos com desvio padrão de 12,1), sendo o diabetes mellitus a morbidade mais significativa para o risco de quedas (OR 1,8; IC_{95%} de 1,2 a 2,7 e p=0,02).

Com o avançar da idade a prevalência de quedas eleva-se. SIQUEIRA e col. (2007) notaram uma prevalência de 34,8% em uma população de idosos advindas de 41 municípios do Brasil e entre os principais fatores associados às quedas destacou o sexo feminino, idosos viúvos ou divorciados, baixo nível sócio econômico, sedentarismo, percepção ruim da saúde e uso de medicamentos.

No Brasil, um importante estudo sobre idosos denominado Projeto SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento) constatou prevalência de quedas de 26,2% nos participantes entre 60 e 74 anos e de 36,9% naqueles acima de 75 anos, sendo sempre maior (33%) no sexo feminino (LEBRÃO e LAURENTI, 2005).

GUIMARÃES e FARINATTI (2005), por sua vez, em estudo transversal retrospectivo em mulheres com média de 75 anos observaram que 80,5% delas relataram quedas pelo menos uma vez, sendo 37%

recorrentes e entre os fatores implicados para essa ocorrência relataram problemas de visão, uso simultâneo de medicamentos e flexibilidade reduzida.

PERRACINI e RAMOS (2002), em estudo de uma coorte de idosos residentes na comunidade, verificaram que 30,9% deles tinham caído no último ano e 10,8% de forma recorrente, ou seja, mais de uma queda no período do estudo.

Em outros países a prevalência também se mostrou elevada. Na Austrália em estudo com população indígena com 363 participantes de ambos os sexos com idade acima de 45 anos ocorreram quedas em 31%, predominantemente em mulheres, cujos fatores de risco após ajuste para idade foram gênero e educação, incluindo o uso de álcool (LOGIUDICE, 2010).

Nos Estados Unidos, indivíduos acima de 50 anos tratados com fratura de pulso decorrente de quedas da própria altura mostrou que 80% dos casos eram mulheres e que a maior parte delas encontravam-se entre os 50 e 59 anos de idade, sinalizando que o número de fraturas por quedas torna-se maior, a partir dos 50 anos (ORCES e MARTINEZ, 2010).

Entretanto, PAINTER e col. (2009) constataram maior prevalência de quedas em participantes de ambos os sexos na faixa etária entre 50 e 60 anos, diferente dos estudos anteriores que mostraram prevalências maiores com o avançar da idade, e como o principal fator de risco relataram que foram as caminhadas, provavelmente por ser o exercício mais praticado por esse grupo da população.

Em Portugal, a prevalência de quedas em idosos foi de 31,8% (VARAS-FABRA, 2006), enquanto que na América Latina e no Caribe a prevalência oscilou entre 21 a 34% entre homens e mulheres acima de 60 anos e, entre os fatores de risco associados à queda identificaram o sexo feminino, idade avançada, sintomas depressivos e presença de limitações funcionais (REYES-ORTIZ e col. 2005).

Do exposto depreende - se que, apesar da nossa população de estudo estar abaixo da média dos estudos feitos até o presente momento, a prevalência de quedas foi expressiva e identificada numa faixa etária mais precoce e por isso nos interessou esclarecer que fatores estariam associados à sua ocorrência.

Como se pôde verificar na literatura, as quedas ocorrem predominantemente na população feminina e sugerem sua associação à longevidade da mulher (VALIN-ROGATTO e col. 2009).

No Brasil a média de expectativa de vida alcançou 73,17 anos (IBGE 2010), sendo 77 anos nas mulheres e 69,4 nos homens , diferente da observada em 1980, cujo aumento comparativo foi de 10 anos, 7 meses e 6 dias. Assim, com a longevidade feminina é esperado que a proporção de quedas aumente, uma vez que a idade representa um importante fator de risco (SIQUEIRA e col. 2007; PERELL, 2001; FULLER, 2000).

Além da idade, o climatério, com a queda progressiva dos estrogênios pode propiciar condições que agravam o risco de quedas, como a fragilidade músculo-esquelético, que ainda aumenta o risco de fraturas (ALDRIGHI, 2005).

No presente estudo constatamos dado inédito na população brasileira, ou seja, as quedas podem ocorrer em menores faixas etárias, tendo outros fatores no seu determinismo. Assim, frente a varias possibilidades de associação de fatores com as quedas procuramos identificar as mais significativas.

No tocante à ocupação, 51,3% das mulheres em nosso estudo referiram ter um emprego informal ou com registro em carteira e tal fato assume importância, pois foram em ambiente externo onde mais ocorreram as quedas (55%), diferentemente dos achados por VARAS-FABRA e col. 2006 que descreveram a maioria (55,3%) das quedas em ambiente doméstico. É provável que as quedas em nosso estudo foram eventuais, sem fatores predisponentes, em virtude da população ser mais jovem e mais ativa em relação a maioria dos outros estudos que apontam os riscos de quedas em ambientes domésticos. Esses relatos em ambientes domésticos são, na maioria das vezes, de idosos e acontecem de forma recorrente; assim a ocupação para esta população não apresentou associação significativa.

Somente 13% das mulheres relataram terem tido restrições às atividades de vida diária após a queda e estas restrições foram consideradas fatores de risco para quedas recorrentes (OR 4,16; IC_{95%} de 1,94 a 8,94 com $p= 0,000$), achado concordante com os estudos anteriores (LEBRÃO e LAURENTI, 2005) que destacaram aumento de dificuldades na atividades diárias com o aumento da idade (20,5% das mulheres entre 60-74 anos com 3 e mais dificuldades) devido às condições que podem causar limitações

funcionais, comprometer tarefas pessoais e condicionar até maior risco de fraturas. VARAS-FABRA e col. 2006 acrescentaram que 46,5% das mulheres que caíram tiveram problemas para realizar suas atividades cotidianas ($p < 0,001$).

Abordando os fatores extrínsecos, FABRÍCIO e col. (2004) destacaram escorregamentos e tropeços como as principais causas de restrições às atividades diárias em idosos institucionalizados e notaram que os idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim pela realização de atividades rotineiras, como ir ao banheiro ou levantar-se da cama.

PAPALÉO NETO (2002) por sua vez, destaca a importância dos fatores extrínsecos no determinismo das quedas, como presença de móveis instáveis dentro da casa, escadas inclinadas e sem corrimão, tapetes avulsos, iluminação inadequada, tacos soltos no chão, pisos encerados ou escorregadios, camas altas, sofás, cadeiras e vasos sanitários muito baixos, prateleiras de difícil alcance, presença de animais domésticos pela casa, uso de chinelos ou sapatos em más condições ou mal adaptados e fios elétricos soltos.

MESSIAS (2009), por sua vez, insiste sobre a influência desses fatores extrínsecos associados às quedas em idosos, sendo que os ambientais domésticos foram os mais significativos, como atos rotineiros de sentar ou levantar de camas ou cadeiras, tropeçar em objetos da casa, ou revestimentos do assoalho (tapetes, carpetes e soleiras de portas) e escorregar em superfícies molhadas, ou descendo escadas.

Outro dado interessante em nosso estudo e não observado em outras pesquisas foi o fato das mulheres evangélicas caírem mais que as de religião católica (OR 1,63; IC_{95%} de 1,11 a 2,40 com $p=0,012$), possivelmente tal resultado pode ser influenciado pela concentração de cultos evangélicos ser maior do que as cerimônias católicas, além da quantidade de cultos e assiduidade das mulheres evangélicas. Porém, tal achado não se confirmou ao submeter essa distribuição de frequência à regressão logística e a religião perdeu a significância estatística.

Quanto às morbidades referidas, deparamos com o fato da maioria (59,1%) das mulheres serem hipertensas e 89,1% relataram algum tipo de cardiopatia, obrigando-as ao uso contínuo de anti-hipertensivos, sendo a hipertensão arterial um dos fatores de risco associados a quedas (OR 1,57; IC_{95%} de 1,04 a 2,38 com $p=0,032$), fato também confirmado pelos relatos de quedas recorrentes (OR 2,06; IC_{95%} de 0,97 a 4,37 com $p=0,059$).

Este dado fortalece a necessidade de cuidados peculiares à prevenção em usuárias de fármacos hipotensores, principalmente na nossa população, na qual a frequência de hipertensão também se mostrou elevada. Deve também ser considerado que muitas hipertensas usuárias de hipotensores podem exibir diminuição abrupta da pressão arterial, ocasionando hipotensão postural (MIRANDA e col. 2002), causa comum de quedas da própria altura. Isso se deve ao fato de que a pessoa que necessita de medicação para controle da pressão, muitas vezes não o faz de forma adequada.

Outro resultado interessante por nós obtido, refere-se à polifarmácia, ou seja, o uso de múltiplos fármacos concomitantemente, onde as participantes utilizaram em média 1,28 (desvio padrão de 1,60) para a faixa etária. Devemos ressaltar que no decorrer da coleta de dados foi constatado que 14,5% das mulheres que referiram quedas estavam em uso de três medicamentos, todos prescritos por médicos. Muito provável, a administração incorreta na ingestão diária desses medicamentos é prática comum em populações de baixa escolaridade. Por isso, a OPAS (2002) sugere incluir nos programas de promoção a saúde nas Unidades Básicas uma vigilante investigação de transtornos cardíacos e debilidades súbitas que geram instabilidade postural, decorrentes do uso de hipotensores ou mesmo de eventuais vertigens ou tonturas dos distúrbios vestibulares.

COUTINHO e SILVA (2002) consideraram ainda que o uso de medicamentos representa o principal fator de quedas acidentais, destacando não só o número, mas também o tipo, especialmente os benzodiazepínicos e que seu uso contínuo aumenta o risco de fraturas entre os idosos em decorrência de seus efeitos sedativos e bloqueio α -adrenérgico como causa das alterações psicomotoras e hipotensão postural.

GUIMARÃES e FARINATTI (2005) relataram que as medicações psicoativas e diuréticas são as que mais se associam as quedas. Citaram que a Sociedade Americana de Geriatria (2001) sugere redução do número e doses de medicamentos prescritos para a população como forma de diminuição da frequência e do número de quedas, tanto na comunidade quanto em instituições de longa permanência.

O presente estudo em análise bivariada, mostrou associação significativa com o uso de medicamentos (OR 1,16; IC_{95%} de 1,04 a 1,29 e $p=0.006$), bem como a quantidade de classes terapêuticas de medicamentos utilizadas pela mulheres (OR 1,18; IC_{95%} de 1,03 a 1,36 e $p=0,021$). Entretanto, quando ajustada na análise de regressão essa significância submergiu. Apesar disso, a literatura desvela que muitos medicamentos relatados como antidepressivos e anti-hipertensivos e de uso contínuo, contribuem para as quedas.

Entretanto, há estudos que discordam dos efeitos de medicamentos como fator de associação para quedas (CUMMING e col. 2000; LEIPZIG e col. 1999) e outros como de COUTINHO e SILVA (2002) que atribuíram como fator de risco para quedas somente alguns tipos de fármacos e cujos efeitos são dose dependentes e ressaltaram ainda que a presença de comorbidades são as mais importantes.

Também constatamos que a depressão moderada e grave associou-se significativamente com as quedas, tanto para as mulheres que referiram uma só queda (OR 1,88; IC_{95%} de 1,23 a 2,87 com $p=0,003$), quanto naquelas que relataram mais do que uma (OR 3,80; IC_{95%} de 1,68 a 8,56 com $p=0,001$). Uma possível justificativa para esse achado reside na possibilidade da associação conjunta de doenças orgânicas, uso de medicamentos e incapacidade funcional (TOLEDO, 2006). Ademais, outros fatores são descritos como isolamento e dificuldades interpessoais, conflitos com a família, dificuldades econômicas e outros fatores estressantes da vida

diária (BRASIL, 2006), como aposentadoria, morte de companheiro(a) e de amigos.

Os mecanismos explicativos de como a depressão resulta em quedas envolvem perda de energia, fraqueza e por consequência dificuldades na marcha (LINHARES e col. 2003), podendo ainda incluir a desmotivação, o isolamento que ocasiona letargia e a desatenção nas atividades diárias (CANAVILLAS, 2001).

Notamos ainda que a atividade física habitual e a obesidade foram identificadas na análise bivariada como importantes fatores de risco de quedas nos últimos seis meses antes da entrevista (OR 1,04; IC_{95%} de 1,01 a 1,07 com $p=0,005$ e OR 1,30; IC_{95%} de 1,05 a 1,60 com $p=0,015$), mas em análise multivariada, tanto a atividade física (segundo BECKER) quanto a obesidade deixaram de ser significativas. Talvez este fato seja justificado em nossos resultados, por apresentar índices de mulheres muito ativas (14,5%) e somente 6,67% sedentárias (segundo IPAQ), que também difere de outros estudos onde alterações fisiológicas da idade como desequilíbrio, instabilidades posturais e redução da força muscular são precursoras de quedas (SCHIAVETO, 2008; TALBOT e col. 2005). Sugerimos que, em pessoas mais ativas, as quedas podem ser atenuadas por forças de maior intensidade no momento do impacto, diferentemente de pessoas menos ativas (ou sedentárias), ou mais idosas, onde os riscos de lesões são maiores.

Outro fator significativo encontrado na nossa amostra foi a associação das quedas com a qualidade do sono ruim (OR 1,80; IC_{95%} de 1,17 a 2,77

com $p=0,007$). Esta associação nos remete às condições ambientais que as mulheres são expostas, como ruídos noturnos, acomodações e hábitos de vida que interferem na qualidade do sono dessa população.

Também podemos dizer que, os transtornos do sono constituem uma queixa comum entre as mulheres na menopausa. FONSECA (2010) sugere que na fase de transição para a menopausa, as mulheres apresentam problemas de insônia com frequência muito maior do que aquelas na transição menopausal inicial. Entre as prováveis causas de insônia ou outros tipos de transtornos de sono associados à menopausa, destacam-se os fogachos e a sudorese noturna, além da presença de quadros depressivos e de dores crônicas.

Outra justificativa para a piora da qualidade do sono é a noctúria, necessidade de levantar-se da cama mais de uma vez à noite para urinar que concorda com os achados de REIS e col. (2003) que observaram um a dois episódios de noctúria, mesmo na ausência de qualquer enfermidade, representaram importantes causa de quedas.

Em relação a outros fatores relacionados, mesmo tendo significância estatística quando analisados isoladamente, ao serem submetidos à análise de regressão logística nenhum deles mostrou-se de risco na população por nós estudada.

Como limitação do nosso estudo, por tratar-se de um inquérito domiciliar e respostas referidas sobre o evento de cair nos últimos seis meses da pesquisa, poderia ocorrer um viés de recordação. Em relação às

perdas da amostra, o valor ficou dentro do estimado de 20%, sendo o estudo representativo da população feminina do PSF de Pindamonhangaba.

Do exposto, depreende-se a necessidade de envolvimento de todos os profissionais da saúde para estabelecer estratégias, especialmente de gestores locais e da mídia para estimular a participação da população feminina nesse significativo empreendimento de promoção à saúde.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo, envolvendo mulheres na transição menopausal e após menopausa do Programa de Estratégia de Saúde da Família do Município de Pindamonhangaba SP, permitiu-nos concluir que a prevalência de quedas acidentais foi significativa, sendo que entre os principais e mais significativos fatores associados emergiram a idade, hipertensão arterial, depressão e qualidade do sono ruim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesse estudo devem servir de alerta e devem ser incluídos numa proposta de política de saúde canalizada à prevenção de quedas.

Assim, devem ser desenvolvidos programas educativos não só para os profissionais de saúde identificarem precocemente as mulheres de risco para quedas como as hipertensas, depressivas e com sono ruim, mas também envolver a população feminina nesses programas educativos.

Como se trata de tema complexo que impacta aspectos sociais, econômicos e de Saúde Pública, todos devem participar no estabelecimento dessas estratégias preventivas, que certamente redundarão numa melhor qualidade de vida para as mulheres bem como para uma expressiva redução de custos financeiros para o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Ainsworth BE, Haskell WI, Whitt MC, Irwin MI, Swartz AM, Strath SJ et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32:498-504.

Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas no climatério. *Rev Bras Med.* 2002;59:15-21.

Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(1):51-53.

Alves Junior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fit Perf J.* 2008;7(2):13-9.

Alves H, Marques AC, Ramos SP, Martins LAN, Laranjeira RR. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. *Rev Assoc Me Bras.* 2005;51(3):139-143.

American Geriatrics Society; British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:664-72.

ANVISA - Agência de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/index.htm> (2008 out)

Aranha RN, Faerstein E, Azevedo GM. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. *Cad Saúde Pública.* 2004;1(20):100-108.

Block G, Gillespie C, Rosenbaum EH, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med.* 2000;18(4):284 – 8.

Canavillas B A, Padilla RF, Jiménez MJJ, Peinado ACA, Gálvez VR. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *European Journal of Epidemiology.* 2001;16:849-59.

Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E. Age at menopause in Latin America. *Menopause.* 2006; Jul-Aug.13(4):706-12.

Ceolin MF. Padrões de atividade e fragmentação do sono em pessoas idosas. São Paulo (SP), 242 p. (tese de doutorado). Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Coutinho ES, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad Saúde Pub. 2002;18:1359-66.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cumming RG, Salkeld G, Thomas M et al. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000;55:299-305.

Cummins SR, Melton LJ. Epidemiology and Outcomes of Osteoporotic Fractures. Lancet. 2002;359(9319):1761-1767.

Dimenstein R, Simplicio JL, Ribeiro KDS. Influência de variáveis socioeconômicas e de saúde materno-infantil sobre os níveis de retinol no colostro humano. J. Pediatr (Rio de Janeiro). 2003;79(6):513-518.

Dontas IA, Yiannakopoulos CK. Risk factors and prevention of osteoporosis – related fractures. J Musc Neuronal Interact, 2007; Jul-Set.7(3):268-72.

Evci ED, Ergin F, Beser E. Home accidents in the elderly in Turkey. Tohoku Exp Med. 2006;209(4):291-301.

Fabício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):93-9.

Faria Júnior D, Wehba S, Oliveira VM, Aldrighi JM, Roucourt S. Endocrinologia do ovário no climatério perimenopáusico. Reprod. clim. 1997; Abr – Jun.12(2):79-81.

Fonseca DC, Galdino DAA, Guimarães LHCT, Alves DAG. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. Rev Neurocienc. 2010;18(3):294-299.

Florindo AA, Latorre MRDO, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CAF. Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. Rev Saúde Pública. 2003;38(2):307-314.

Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. Rev Bras Med Esporte. 2003;9(3):129-135.

Fuller GF. Falls in the Elderly. *Am Fam Physician*. 2000;61(7):2159-2168.

Gai J, Gomes L, Nóbrega OT, Rodrigues MP. Fatores Associados a Quedas em Mulheres Idosas Residentes na Comunidade. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010;56(3):327-32.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. 1998; 25(5). Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm>.

Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Lin H, Langan E, Kapoor S, Nelson DB. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. *Menopause*. 2005;12(2):128-135.

Graves JE, Franklin BA. Resistance training for health and rehabilitation. Human Kinetics, USA, 2001.

Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(5):299-305.

Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL e Carvalho EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Rev Neuociências*. 2004; 12(2):68-72.

Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Censo demográfico: 2005. disponível em www.ibge.gov.br/IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

IBGE. Censo demográfico: 2000. [acesso em 2008 set 01]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>

IBGE. Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro: IBGE. 2006. [Acesso 2010 dez. 16]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf>

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. Revised November 2005. Disponível em <<http://www.ipaq.ki.se>>. Acesso em 22 out.2007.

Jahana, KO, Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. *Saúde Coletiva*. 2007;04(17):148-153.

Lack, H. W. Fear of falling: an emerging public health problem. *Generations*. St. Louis, MO: Winter, 2002.p.33-37.

Lai SW, Liao KF, Liao CC, Muo CH, Liu CS, Sung FC. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2010; Sep. 89(5):295-9.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras. Epidemiol*. 2005; 8(2):127-41.

Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *Journal of the American Geriatric Society*. 1999;47:40-50.

Linhares CRC, Guimarães RM, Campos APM, Carvalho NTC, Decnop VL. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 2003;16(2):19-326.

Logiudice D, Smith K, Atkinson D, Dwyer A, Lautenschlager N, Almeida OA, Flicker L. A preliminary evaluation of the prevalence of falls, pain and urinary incontinence in remote living Indigenous Australians over the age of 45 years. *Intern Med J*. 2010 Jul 30. [Epub ahead of print]

Marques ACPR, Zaleski M, Caetano R, Laranjeira R, Pinsky I, Gigliotti A et al. Estudo de Prevalência de fumantes em uma amostra probabilística da população brasileira em 2006. NO PRELO.

Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing*. 2001;30(4):3-7.

Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Bras. Fisioter* 2007; 11(6):437-442.

Messias MG, Neves RF. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2009; 12(2):275-282.

Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertensão*. 2002;v9:293-300.

Ministério do Trabalho: Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em URL: <http://www.mtecbo.gov.br/index.htm> (2005 jan 7c).

Ministério da Saúde, Informações de Saúde. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br> (2007 out 22b).

Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.Br/siab/siab.html> (2007 jun 2c).

Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2008/Tabelas/ (2008 dez 28).

Ministério da Saúde, Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: 2000. [Acesso 2010 dez 16]. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#demo>

Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J & Kuulasmaa K. Waist and hip circumferences, and waist-hip ratio in 19 populations of the Who Monica Project. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1999; 23:116-125.

NAMS. Menopause Practice: a clinician's guide. USA: NAMS, 2004.

Nascimento FA, Vareschi AP, Alfieri FM. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *ACM Arq Catarin Med*. 2008;37(2):7-12.

Notelovitz M. Climateric medicine and science: a societal need. In: Notelovitz M. *The Climateric in Perspective*. Lancaster: M.T.P. Press; 1988.p.19-21.

Orces CH, Martinez FJ. Epidemiology of fall related forearm and wrist fractures among adults treated in US hospital emergency departments. *Inj Prev*. 2010 Sep 28. [Epub ahead of print].

Organización Mundial De La Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. n.5, Ginebra, 2002; Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>. Acesso em: 11 Fev.2009.

Painter JA, Elliott SJ, Hudson S. Falls in community-dwelling adults aged 50 years and older: prevalence and contributing factors. *J Allied Health*. 2009; Winter.38(4):201-7.

Park, Sang-Kab; Park Jae-Hyun; Kwon, Yoo-Chan; Kim, Ho-Sung; Yoon, Mi-suk; Park, Hyun-Tae – The effect of combined aerobic and resistance exercise training on abdominal fat in obese middle-aged women. *Journal of Physiological Anthropology*. 2003;22(3):129-135.

Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu;2002.

Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública. 2002;Dez.36(6):709-716.

Perell KL, Audrey N, Goldman RL, Luther SL, Prieto-Lewis N, Rubenstein LZ. Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review. *Journals of Gerontology*. 2001;56(12):761-766.

Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). Cad Saúde Pública. 2010;Jan 26(1):89-96.

Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci JRS, Suaid HS. Incontinência urinária no idoso. Acta Cir Bras. 2003;18:47-51.

Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5-6):362-9.

Rubenstein CMP, Powers CM, Maclean CH. Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. Ann Intern Med. 2001;135:686-93.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão, SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo: 2006.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Disponível em <URL:http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_SBH_ORG_BR.pdf>. São Paulo: 2006

Schiaveto FV. Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Comunidade. Dissertação de Mestrado pela USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto; 2008.

Scheffer AC, Schuurmans MJ, Dijk VN, Hooft VDT, Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. 2008;Jan.37(1):19-24.

Silva RB, Costa-Paiva L, Oshima MM, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(10):496-502.

Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev de Saúde Pública. 2007;41(5):749-56.

Studensk S, Wolter L. Instabilidade e Quedas. In: Duthie, EH, Katz PR. Geriatria Prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2002.p.193-200.

Talbot LA, Musiol RJ, Witham EK, Metter EJ. Falls in young, middle-aged and older community dwelling adults: perceived cause, environmental factors and injury. BMC Public Health. 2005; Aug 18;5:86.

Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Cad Saúde Pública. 1999;15:759-68.

Toledo MAV, Santos Neto LS. Depressão no idoso In: Hargreaves LH, organizador. Geriatria. Brasília: Prodasen; 2006.p.545-52.

Varas-Fabra F, Martin EC, Torres LAP, Fernández MJF, Moral RR et al. Caídas em ancianos de la comunidad: prevalência, conseqüências y fatores associados. Aten Primaria. 2006;38(8):450-5.

Valim-Rogatto PC, Rogatto GP, Corrêa ACP, Brêtas ACP. Nível de atividade física e quedas acidentais em idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2009;11(2):235-242.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic (report of a WHO consultation on obesity). Geneva: World Health Organization; 1997.p.98.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 - sala 218 - Cerqueira César
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7702 / 3066-7703 / 3066-7773
Fax.: (011) 3085-0240

São Paulo, 02 de Fevereiro de 2009.

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS DO
PROSAPIN – PROJETO DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA.**

Eu, Professor Associado Dr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI, nº USP 2289509, coordenador do projeto intitulado "PROSAPIN – Projeto de Saúde de Pindamonhangaba - Coorte da Evolução Epidemiológica e Clínica na Transição Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhangaba/Sp", autorizo DÉBORA APARECIDA PACCOLA DE REZENDE, nº USP 6522685 pós-graduanda da Faculdade de Saúde Pública/USP, a utilizar o banco de dados do estudo referido.

Professor Associado Dr. José Mendes Aldrighi
Departamento Saúde Materno Infantil – FSP/USP.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel.: (011) 3066-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240
E-mail: jmaldr@usp.br

São Paulo, 05 de janeiro de 2005

DE: Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública
Professor Doutor José Mendes Aldrighi

PARA: Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, SP
Ilustríssima Senhora Ana Maria Figueiredo de Souza

O presente documento firma um acordo de cooperação técnica científica entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), representado neste pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi, com o Programa de Saúde da Família, representada neste pela Ana Maria Figueiredo de Souza.

A intenção é realizar pesquisas conjuntas, no tocante ao desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, envolvendo Saúde da Mulher.

É entendemos que a cumplicidade científica entre as instituições envolvidas certamente contribuirá não só para formar pós-graduandos de excelência e conhecimento multidisciplinar sobre Saúde da Mulher tão carente nos dias atuais, mas também proporcionar informações para gerar de programas práticos de intervenção em Saúde Pública para a população específica.

José Mendes Aldrighi
Professor Doutor da Universidade de São Paulo

Ana Maria Figueiredo de Souza
Secretária de Saúde do município de Pindamonhangaba, SP

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 54 /08

Protocolo 1776

Projeto de Pesquisa COORTE DA EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA DAS MULHERES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINHAMONHAGABA-SP

Pesquisador(a) Jose Mendes Aldrighi

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr.
Prof. Dr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA TRANSIÇÃO E APÓS A MENOPAUSA.

Eu, _____,
 _____ (NOME) _____ (IDADE)
 _____ (____) _____
 _____ (RG) _____ (ENDEREÇO) _____ (DDD) _____ (telefone)

aceito participar do estudo sobre hábitos de vida, doenças cardiovasculares em mulheres de 35 a 65 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores José Mendes Aldrighi, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Ana Carolina Basso Schmitt, doutoranda da mesma instituição. Autorizo a realização de entrevista, medidas de peso, altura, circunferência da barriga e de pressão, bem como análise de sangue (gordura, açúcar e gordura com açúcar), cujos resultados serão utilizados no desenvolvimento deste projeto, que tem por objetivo analisar mudanças na circulação do sangue, hábitos e condições de vida, para assim reunir informações para elaborar projeto de melhorar a saúde das mulheres. Tenho consentimento que, provavelmente, serei procurada nos próximos anos para novas perguntas e avaliações. Para tanto, serei consultada para permissão das novas pesquisas. Autorizo que meu sangue permaneça guardado para outros exames futuros e serei procurada para autorizar outras análises, quando possível. Considero-me suficientemente informado de que se trata de informações obtidas com perguntas e a amostra de sangue será obtida com material descartável por uma profissional especializada, absolutamente sem a utilização de nenhuma droga e substância e sem gastos. Os resultados serão entregues para meu conhecimento e se houver alguma alteração serei orientada para tratamento. Tenho ciência de que posso participar de um programa para receber orientações de saúde, de exercícios e alimentar, com mínimo risco para minha integridade física ou moral, uma vez que as atividades serão recomendadas de forma gradual. Posso recusar a participação ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem consequências ou prejuízo para mim. Tenho conhecimento que meus dados serão confidenciais e poderão ser divulgados em eventos e congressos de maneira coletiva sem dizer o meu nome ou outra forma de minha identificação. As informações obtidas serão úteis para possibilitar a prevenção de doenças.

_____/_____/_____
 DATA ASSINATURA DA PARTICIPANTE

Declaramos cumprir as situações acima expostas:

Pesquisadores responsáveis – TELEFONE (12) 3625 4287
Professor Doutor José Mendes Aldrighi e Ana Carolina Basso Schmitt

À ENTREVISTADORA

1. Cuidado com as questões que não devem ser respondidas!
2. Não deixe de responder as questões que devem ser respondidas!
3. Cuidado para marcar mais de uma resposta por pergunta, exceto as que permitem (têm informações a respeito).

ANEXO 4

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudos experimentais (I – VII)
VII)

Estudos observacionais (II –

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU LEGAL RESPONSÁVEL

1. Dados de Identificação

Nome da Participante:
Documento de Identidade Nº :..... Sexo: () M () F
Data de Nascimento:...../...../.....
Endereço:.....Nº:.....Apto:.....
Bairro:.....Cidade:.....
CEP:.....Telefone:.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Protocolo de Pesquisa:

PROSAPIN – PROJETO DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA.

COORTE DA EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL
E PÓS-MENOPAUSA DAS MULHERES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE PINDAMONHANGABA/SP

Pesquisador: JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Documento de Identidade Nº: 3410364-8 Sexo: (X) M () F

Cargo/Função: PROFESSOR ASSOCIADO

Departamento: MATERNO-INFANTIL DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP.

2. Avaliação de Risco da Pesquisa

(X) Sem Risco () Risco Mínimo () Risco Médio () Risco Baixo () Risco Maior

A pesquisa terá a realização de uma entrevista, com perguntas da época da(s) gestação(ões), perda de urina, quedas, fraturas e massa óssea..

Duração da Pesquisa: INDETERMINADO

ANEXO 5

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE RESPONSABILIDADE

São Paulo, 02 de Fevereiro de 2009.

Eu, DÉBORA APARECIDA PACCOLA DE REZENDE, nº USP 6522685, aluna da Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nível de Mestrado, assumo a responsabilidade de manter em sigilo absoluto os dados coletados da Pesquisa intitulada "Coorte da Evolução Epidemiológica e Clínica na Transição Menopausal e Pós-Menopausa das Mulheres da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhangaba/SP", coordenado pelo Professor Associado Dr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI, do Departamento Materno-Infantil/FSP, bem como solicitar, quando necessário, autorização para publicações.

Débora Aparecida Paccola de Rezende
Pesquisadora

ANEXO 6

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
 Universidade de São Paulo
 Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/122/09

PROTOCOLO	1941
PROJETO DE PESQUISA	PREVALÊNCIA DE QUEDAS REFERIDAS NO ESTÁGIO DA PÓS-MENOPAUSA E SUA ASSOCIAÇÃO COM O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA
PESQUISADOR(A)	Debora Aparecida Paccola de Rezende
ÁREA TEMÁTICA	Grupo III

São Paulo, 24 Abril de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP **analisou**, em sua 3.^ª09 Sessão Ordinária, realizada em 17/04/2009, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
 Professor Associado
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.
Prof. Dr. José Mendes Aldrighi
 Departamento de Saúde Materno-Infantil
 Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/117/10

14 de junho de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o **ADENDO** ao protocolo de pesquisa n.º **1941**, intitulado **"PREVALÊNCIA DE QUEDAS REFERIDAS NO ESTÁGIO DA PÓS-MENOPAUSA E SUA ASSOCIAÇÃO COM O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Debora Aparecida Paccola de Rezende**, sob orientação do(a) Professor(a) **José Mendes Aldrighi**, que solicita a alteração do título do protocolo para **"PREVALÊNCIA DE QUEDAS REFERIDAS E FATORES ASSOCIADOS NA TRANSIÇÃO E APÓS MENOPAUSA"** e a mudança na abrangência do estudo, de 331 para 749 mulheres, bem como a alteração de um dos objetivos, "caracterizar a existência de associação entre quedas referidas e nível de atividade física e outras variáveis clínicas e epidemiológicas", para **"caracterizar as associações entre quedas referidas e variáveis clínicas e epidemiológicas"**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP

Ilm.º Sr.
Prof. Assoc. José Mendes Aldrighi
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO 7

ROTEIRO DE COLETA DOS DADOS

Nome da entrevistadora: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Hora de início da entrevista: ____:____

Bom dia / Boa tarde. Meu nome é... **(DIGA NOME)**. Eu sou entrevistador(a) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nós estamos realizando um estudo sobre a saúde da mulher Pindamonhangabense e a senhora foi sorteada para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que a Sra responder. Mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer.

Nome e telefone de amigo ou parente: _____ (_____) _____
(Importante) Nome completo DDD telefone

Primeiro, vamos à algumas **PERGUNTAS GERAIS**.

1. USF	_____ (nome e micro área)
Coloque o n. de registro da entrevistada	_____
RG da entrevistada	RG _____
2.1 Quantos anos completos Sra têm?	Idade..... / ____ NS.....88 (não sei) NR.....99 (não respondeu)
2.2. Em que mês e ano a Sra nasceu? (conferir a idade com documento)	Mês..... / ____ Ano..... / ____ / ____ NS.....88 NR.....99
3.1 A Sra consegue ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecer	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
3.2. A Sra foi à escola?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 4) NS.....88 NR.....99
3.3 Qual foi o curso mais elevado que freqüentou e concluiu na escola?	não concluiu nem a 1ª série.....1 1ª série.....2 2ª série.....3 3ª série.....4 4ª série.....5 5ª série.....6 6ª série.....7 7ª série.....8 8ª série.....9 1º colegial (científico).....10 2º colegial científico.....11 3º colegial (científico).....12 superior de graduação (terceiro grau ou superior).....13 mestrado e/ ou doutorado.....14 alfabetização de adultos.....15 supletivo ministrado em escola.....16 NS.....88 NR.....99
3.4. A escola que a Sra estudou por mais tempo era...	Pública.....1 Particular.....2

Agora sobre **MORBIDADE(DOENÇA)**

<p>9. A Sra usa algum remédio (medicamento)? Tem a receita do médico ou a caixa ou a bula do remédio?</p> <p>(anotar o(s) nome(s) do(s) remédio(s) de acordo com a receita ou caixa ou bula).</p>	<p>Não.....1</p> <p>Sim, quais2</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.1. A Sra teve ou tem pressão alta = hipertensão?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.2. A Sra teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.3. A Sra teve ou tem diabetes na gravidez = gestacional?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.4. A Sra teve ou tem problema no coração?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2 (Vá para a 10.6)</p> <p>NS.....88 (Vá para a 10.6)</p> <p>NR.....99 (Vá para a 10.6)</p>
<p>10.5. Qual?</p>	<p>.....</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.6. A Sra teve Derrame = AVC?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.7. A Sra teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.8. A Sra teve ou tem doença de fígado sem ser por causa do álcool? (Doença hepática gordurosa não-alcoólica)</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.9. A Sra teve ou tem gota = ácido úrico elevado = Hiperuricemia?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>11.1. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem pressão alta = hipertensão?</p>	<p>Sim.....1 Quem?</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>11.2. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?</p>	<p>Sim.....1 Quem?</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>11.3. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem problema no coração?</p>	<p>Sim.....1 Quem?</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>

11.4. A Sra já realizou exame de Densitometria óssea? (Exame que avalia a massa óssea)	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 12.1) NS.....88 NR.....99
11.5 No exame de Densitometria óssea, o resultado foi...	Normal.....1 Osteopenia.....2 Osteoporose.....3 NS.....88 NR.....99

Agora sobre Agora sobre a **HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

12.1 A senhora ficou grávida alguma vez?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 12.10) NS.....88 NR.....99
12.2 Quantas vezes a senhora ficou	Nº de vezes...../..... NS.....88 NR.....99
12.3 Quantos partos foram normais?	Nº de vezes...../..... NS.....88 NR.....99
12.4 Teve uso de fórceps (ferro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
12.5 A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
12.6 Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes...../..... NS.....88 NR.....99
12.7 A senhora teve algum aborto?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 12.9) NS.....88 NR.....99
12.8 Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes...../..... NS.....88 NR.....99
12.9 Qual o peso do seu maior filho?	NS.....88 NR.....99
12.10 Fez cirurgia ginecológica prévia? (alguma cirurgia na vagina, útero, trompas, ovário, bexiga e reto)	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 13.1) NS.....88 NR.....99
12.11 Qual foi a cirurgia?	1. 2. 3. 4. NS.....88 NR.....99

Agora sobre **HISTÓRIA GINECOLÓGICA**

13.1. Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade...../..... (anos) NS.....88 NR.....99
13.2. A Sra menstruou nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 13.12) NS.....88 (Vá para a 13.12)

	NR.....99 (Vá para a 13.12)
13.3. Atualmente sua menstruação: é regular (menstrua de 28 em 28 dias, de 29 em 29 etc)?	Sim.....1 (Vá para a 13.6) Não.....2 NS.....88 NR.....99
13.4. E agora? Atrasa ou adianta mais que 7 dias?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
13.5. E agora? Fica sem vir de 2 a 11 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
13.6. A Sra, atualmente, evita ter filhos?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
13.7. Usa algum desses métodos? (pode marcar mais que um)	Pílulas anticoncepcionais.....1 Anticoncepcionais injetáveis.....2 Camisinha.....3 Tabelinha.....4 Método Billings ou da ovulação.....5 Diafragma.....6 Espermicida.....7 DIU.....8 Vasectomia.....9 Ligadura.....10 Outros11 NS.....88 NR.....99
13.8. A Sra está, atualmente, tomando anticoncepcional?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 13.13) NS.....88 (Vá para a 13.13) NR.....99 (Vá para a 13.13)
13.9. Qual o nome?	_____ _____ _____ _____ NS.....88 NR.....99
13.10. Com que idade começou a tomar anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
13.11. Por quanto tempo a Sra tomou anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	Meses..... / ____ (Vá para a 13.13) Anos..... / ____ (Vá para a 13.13) NS.....88 (Vá para a 13.13) NR.....99 (Vá para a 13.13)
13.12. Com que idade parou de menstruar?	Anos..... / ____ anos NS.....88 NR.....99
13.13. A Sra tomou alguma vez ou toma atualmente hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos ou creme?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 14.1) NS.....88 (Vá para a 14.1) NR.....99 (Vá para a 14.1)
13.15. Com que idade começou a tomar hormônio para a menopausa?	Idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
13.16. Por quanto tempo a Sra tomou hormônio de mulher?	Meses..... / ____ Anos..... / ____

	NS.....88 NR.....99
13.17. A Sra está, atualmente tomando hormônio de mulher?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 14.1) NS.....88 (Vá para a 14.1) NR.....99 (Vá para a 14.1)
13.18. Qual o nome?	_____ _____ _____ NS.....88 NR.....99

Agora sobre **INCONTINÊNCIA URINÁRIA (urina solta)**

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

14.1 Com que frequência você perde urina? (apenas uma resposta)	Nunca.....0 (PULE PARA 15.1) Uma vez por semana ou menos..... 1 Duas ou três vezes por semana..... 2 Uma vez ao dia..... 3 Diversas vezes ao dia 4 O tempo todo..... 5 NS..... 88 NR..... 99
14.2 Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (apenas uma resposta)	Nenhuma..... 0 Uma pequena quantidade 1 Uma moderada quantidade..... 2 Uma grande quantidade..... 3 NS..... 88 NR..... 99
14.3 Em geral quanto que perder urina interfere na sua vida diária? (0 não interfere e 10 interfere muito)	0..... 0 1..... 1 2..... 2 3..... 3 4..... 4 5..... 5 6..... 6 7..... 7 8..... 8 9..... 9 10..... 10 NS..... 88 NR..... 99
14.4 Quando você perde urina? (Marcar todas as alternativas que se aplicam a entrevistada)	Nunca..... 1 Perco antes de chegar ao banheiro..... 2 Perco quando tusso ou espirro..... 3 Perco quando estou fazendo atividades físicas..... 4 Perco quando estou dormindo..... 5 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo.....6 Perco sem razão óbvia 7 Perco o tempo todo..... 8 NS..... 88 NR..... 99

Agora vamos perguntar sobre a

QUALIDADE DE VIDA DA MULHER QUE PERDE URINA

14.5 Como você avalia sua saúde hoje?	Muito boa..... 1 Boa..... 2 Normal..... 3 Ruim..... 4 Muito ruim..... 5 NS..... 88 NR..... 99
14.6 Quanto você acha que seu problema	Não..... 1 Um pouco..... 2

de bexiga atrapalha a sua vida?	Mais ou menos..... 3 Muito..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?	
Limitação no desempenho da tarefa:	
14.7 Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha as tarefas de casa (ex: limpar, lavar, cozinhar etc.)	Nenhuma 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.8 Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho à escola etc.	Nenhuma 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Limitação física / social:	
14.9 Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte etc?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito 4 NS..... 88 NR..... 99
14.10 Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito 4 NS..... 88 NR..... 99
14.11 Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito 4 NS..... 88 NR..... 99
14.12 Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito 4 NS..... 88 NR..... 99
Relações pessoais:	
14.13 Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?	Não se aplica..... 1 Não..... 2 Um pouco..... 3 Mais ou menos..... 4 Muito..... 5 NS..... 88 NR..... 99
14.14 Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?	Não se aplica..... 1 Não..... 2 Um pouco..... 3 Mais ou menos..... 4 Muito..... 5 NS..... 88 NR..... 99

14.15 Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?	Não se aplica..... 1 Não..... 2 Um pouco..... 3 Mais ou menos..... 4 Muito..... 5 NS..... 88 NR..... 99
Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha apenas aqueles problemas que você tem no momento	
14.16 Você vai muitas vezes ao banheiro?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.17 Você levanta a noite para urinar?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.18 Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.19 Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.20 Você perde urina com atividades físicas como: tossir ou espirrar ou correr?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.21 Você molha a cama à noite?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.22 Você perde urina durante a relação sexual?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 Não tem relação 5 NS..... 88 NR..... 99
14.23 Você tem muitas infecções urinárias?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.24 Você tem dor na bexiga?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88

	NR..... 99
14.25 Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?	Um pouco..... 1 Mais ou menos..... 2 Muito 3 Não..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Emoções:	
14.26 Você fica deprimida com seu problema de bexiga?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.27 Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?	Não..... 1 Um pouco..... 2 Mais ou menos..... 3 Muito..... 4 NS..... 88 NR..... 99
14.28 Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
Sono / Energia:	
14.29 Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
14.30 Você se sente desgastada ou cansada?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
Algumas das situações abaixo acontecem com você?	
14.31 Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
14.32 Você controla a quantidade de líquido que bebe?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
14.33 Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhada?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99
14.34 Você se preocupa em estar cheirando urina?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes 3 Sempre 4 NS..... 88 NR..... 99

Agora sobre **ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)**

15. Nós queremos saber quanto tempo você gastou fazendo atividade física NA ÚLTIMA SEMANA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

15.1 Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	____/____ dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
15.1.a Nos dias em que você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?	Horas:____ Minutos:____ Não caminha () NS.....88 NR.....99
15.2 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)	____/____ dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
15.2.a Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas:____ Minutos:____ Não fez () NS.....88 NR.....99
15.3 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	____/____ dias por semana Nenhum () NS.....88 NR.....99
15.3.a Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas:____ Minutos:____ Não fez () NS.....88 NR.....99
15.4 Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	Horas:____ Minutos:____ Não fica sentada..... () NS.....88 NR.....99
15.5 Quanto tempo no total você gasta sentado em um dia de final de semana?	Horas:____ Minutos:____ Não fica sentada () NS.....88 NR.....99

ATIVIDADE FÍSICA (BAECKE): responda a resposta mais apropriada para cada questão.

15.6 Você considera o seu trabalho...	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 Não tem ocupação.....4 NS.....88 NR.....99
15.7 No trabalho a Sra senta...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Frequentemente.....4 Sempre.....5

	NS.....88 NR.....99
15.8 No trabalho a Sra fica em pé...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
15.9 No trabalho a Sra anda...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
15.10 No trabalho a Sra carrega carga pesada...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
15.11 Após o trabalho a Sra está cansada...	Muito freqüentemente1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
15.12 No trabalho a Sra sua (transpira)...	Muito freqüentemente1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
15.13 Em comparação com outras da sua idade a Sra pensa que seu trabalho é fisicamente...	Muito mais pesado.....1 Mais pesado.....2 Tão pesado quanto.....3 Mais leve.....4 Muito mais leve.....5 NS.....88 NR.....99
15.14 A Sra pratica ou praticou esporte ou exercício físico nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 15.10) NS.....88 (Vá para a 15.10) NR.....99 (Vá para a 15.10)
15.14a Qual esporte ou exercício físico a Sra pratica ou praticou mais freqüentemente?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
15.14b Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
15.14c Quantos meses por ano?	< 1.....1

	1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
15.14d A Sra faz ou fez um segundo esporte ou exercício físico, nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 15.10) NS.....88 (Vá para a 15.10) NR.....99 (Vá para a 15.10)
15.14e Qual o tipo?	 Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
15.14f Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
15.14g Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
15.15 Em comparação com outras pessoas da sua idade a Sra pensa que sua atividade física durante as horas de lazer é...	Muito maior.....5 Maior.....4 A mesma.....3 Menor.....2 Muito menor.....1 NS.....88 NR.....99
15.16 Durante as horas de lazer a Sra sua (transpira)?	Muito freqüentemente5 Freqüentemente.....4 Algumas vezes.....3 Raramente.....2 Nunca.....1 NS.....88 NR.....99
15.17 Durante as horas de lazer a Sra pratica esporte ou exercício físico?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
15.18 Durante as horas de lazer a Sra vê televisão?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
15.19 Durante as horas de lazer a Sra anda?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5

	NS.....88 NR.....99
15.20 Durante as horas de lazer a Sra anda de bicicleta?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente5 NS.....88 NR.....99
15.21 Durante quantos minutos por dia a Sra anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras?	<5.....1 5-15.....2 16-30.....3 31-45.....4 >455 NS.....88 NR.....99
INVENTÁRIO DE QUEDAS	
15. 22 Faz uso de dispositivo de auxílio à marcha? (bengala, muleta, andador para andar)	Sim.....1 Qual? _____ Não.....2 (Vá para a 15.23) NS.....88 (Vá para a 15.23) NR.....99 (Vá para a 15.23)
15.23 Está adaptado adequadamente?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
15.24 Sofreu alguma queda nos últimos 6 meses?	Sim.....1 Quantas? _____ Não.....2 (Vá para a 15.34) NS.....88 (Vá para a 15.34) NR.....99 (Vá para a 15.34)
15.25 Qual o local da última queda?	ambiente doméstico.....1 ambiente externo.....2 NS.....88 NR.....99
15.26 Quais as circunstâncias da queda?	Durante uma transferência.....1 Durante a marcha2 Outros _____ NS.....88 NR.....99
15.27 Qual a causa da queda?	tropeço.....1 escorregamento.....2 obstáculo súbito.....3 diminuição da atenção.....4 síncope.....5 fraqueza.....6 dor.....7 escurecimento da visão.....8 tontura.....9 vertigem.....10 falseamento no joelho.....11 outros _____ NS.....88 NR.....99
15.28 Mecanismo de queda (como a senhora caiu)?	anterior (para frente).....1 posterior (para trás).....2 lateral (para o lado) direito3 lateral (para o lado) esquerda.....4 NS.....88 NR.....99
15.29 A senhora teve reação de proteção (se protegeu)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88

	NR.....99
15.30 A senhora precisou de ajuda para se levantar?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
15.31 Apresentou lesões (fratura) por causa da queda?	Sim, no punho.....1 Sim, na coluna.....2 Sim, no fêmur.....3 Não.....4 NS.....88 NR.....99
15.32 Seus pais (pai ou mãe) já tiveram fratura?	Sim, no punho.....1 Sim, na coluna.....2 Sim, no fêmur.....3 Não.....4 NS.....88 NR.....99
15.33 A (s) queda (s) restringiu suas atividades?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
15.34 Acontece do senhor (a) quase cair?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
15.35 A senhora tem medo de cair?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

Agora, vou lhe fazer perguntas sobre o **HÁBITO DE FUMAR. (mesmo que não fume ou nunca tenha fumado)**

16.1. Para cada um destes espaços públicos, por favor diga se a Sra acha que deveria ser permitido fumar em todas as áreas internas, em algumas áreas internas, ou se não deveria ser permitido fumar em nenhuma área interna.

	Todas as áreas internas	Algumas áreas internas	Nenhuma área interna	NS	NR
Hospitais	1	2	3	88	99
Locais de trabalho	1	2	3	88	99
Bares	1	2	3	88	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	88	99
Lojas	1	2	3	88	99
Escolas	1	2	3	88	99
Shopping Centers	1	2	3	88	99

16.2. Seus pais fumam atualmente? Já fumaram no passado?

	Fumam	Não fumam	Já fumaram
Nenhum dos dois	1	1	1
Ambos	2	2	2
Somente o pai	3	3	3
Somente a mãe	4	4	4
Não tenho pais (não conheceu)	5	5	5
NS	88	88	88
NR	99	99	99

16.3. Alguma vez a Sra já tentou ou experimentou fumar cigarros, cachimbos ou charutos, mesmo uma ou duas tragadas?

Sim	1	
Não	2	(VÁ PARA 17.1)
NS	88	
NR	99	

16.4. Quantos anos a Sra tinha quando fumou seu primeiro cigarro, cachimbos ou charutos?

|__|__| **Anos** NS.....88 NR.....99

16.5. Somando todos os cigarros, cachimbos ou charutos que a Sra fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

16.6. Atualmente, a Sra fuma cigarros?

Sim	1	
Não	2	(VÁ PARA 16.26 a)
NS	88	
NR	99	

16.7. Em média, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fuma **POR DIA**?

|__|__| **cigarros por dia**

16.8. Nos últimos sete dias (uma semana), em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos ?

|__|__| **dias da semana**

16.9. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos?

Nenhum	1
1 ou 2 dias	2
3 a 5 dias	3
6 a 9 dias	4
10 a 19 dias	5
20 a 29 dias	6
Todos os 30 dias	7
NS	88
NR	99

16.10. Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fumou em média?

Menos de 1 cigarro por dia	1
1 cigarro por dia	2
2 a 5 cigarros por dia	3
6 a 10 cigarros por dia	4
11 a 20 cigarros por dia	5
Mais de 20 cigarros por dia	6
NS	88
NR	99

16.11. Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro, cachimbos ou charutos por semana?

Nunca fumei regularmente	1
___/___ANOS	2
NS	88
NR	99

16.12. Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar cigarros, cachimbos ou charutos diariamente?

Nunca fumei diariamente	1
/ ANOS	2
NS	88
NR	99

16.13. Que tipo de cigarro, cachimbos ou charutos a Sra fuma mais? (a Sra pode escolher mais de uma opção)

Baixos teores/ suaves / light	1
Teores regulares	2
Eu não sei o que significa cigarros de baixos teores/ suaves / light ou de teores regulares	3
Cigarros com filtro	4
Cigarros sem filtro	5
Cigarros de palha	6
Charutos	7
Cachimbo	8
Cigarrilhas	9
Cigarros com sabor Mentolado / de menta	10
Cigarros com sabor de baunilha	11
Cigarros de Bali (cravo)	12
Outros	13
Qualquer Um	14
NS	88
NR	99

16.14. Quanto tempo depois de acordar a Sra fuma o primeiro cigarro, cachimbos ou charutos, ?

Menos de 5 minutos	1
De 5 a 14 minutos	2
De 15 a 29 minutos	3
Após 30 minutos, mas menos de 1 hora	4
Após 1 hora mas menos de duas horas	5
2 horas ou mais	6
NS	88
NR	99

16.15. Quão fácil ou difícil a Sra acharia ficar um dia inteiro sem fumar cigarros, cachimbos ou charutos, ? A sra acharia...

Muito fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Muito difícil	4
NS	88
NR	99

16.16. No último mês a Sra fez algum esforço para evitar de olhar ou pensar sobre as fotos/ advertências nos maços de cigarros, cachimbos ou charutos: (ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Cobrimo as fotos/ advertências?	1	2	88	99
Deixando o maço longe de vista?	1	2	88	99
Usando uma cigareira ou alguma outra caixa?	1	2	88	99
Não comprando maços com alguma foto/ advertência em particular?	1	2	88	99

16.17. Se o preço dos maços aumentasse, o que a Sra faria? (ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Fumaria menos cigarros?	1	2	88	99
Mudaria para uma marca mais barata?	1	2	88	99
Procuraria um local onde vendessem sua marca mais barato?	1	2	88	99
Compraria uma quantidade menor de cigarros por vez?	1	2	88	99
Compraria cigarros em grande quantidade?	1	2	88	99
Tentaria parar de fumar?	1	2	88	99
Não mudaria meus hábitos de fumar	1	2	88	99

16.18. A Sra fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro, cachimbos ou charutos ao acordar de manhã?

Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	1
Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	2
Sim, freqüentemente fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	3
Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	4
NS	88
NR	99

16.19. A Sra gostaria de parar de fumar totalmente?

Sim	1	
Não	2	(PULE PARA 16.22)
Não Sei	88	
Recusa	99	

16.20. A Sra pretende parar de fumar?

No próximo mês	1
Nos próximos 6 meses	2
No próximo ano	3
Não	4
NS	88
NR	99

16.21. Qual a principal razão para a Sra querer para de fumar **(DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA)**

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (especificar: _____)	11
NS	88
NR	99

16.22. Agora vou lhe mostrar algumas opiniões de pessoas a respeito de fumar. Por favor, diga o quanto a Sra concorda ou discorda delas.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	NS	NR
a. Fumar não é tão prejudicial a saúde quanto dizem	1	2	3	4	88	99
b. Acho que eu ficaria muito mais saudável se parasse fumar	1	2	3	4	88	99
c. Se os cigarros fossem mais caros eu pensaria em parar de fumar	1	2	3	4	88	99
d. Se houvesse tratamento gratuito disponível para parar de fumar, eu o usaria	1	2	3	4	88	99

16.23. A Sra já parou de fumar por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1	
Não	2	(PULE PARA 16.26a)
NS	88	
NR	99	

16.24. Nos últimos 12 meses a Sra parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1	
Não	2	(PULE PARA 16.26a)
NS	88	
NR	99	

16.25. Qual foi a principal razão para a Sra querer para de fumar? **(DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA)**

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESPECIFICAR.)	11
NS	88
NR	99

16.26a. Nos últimos 12 meses a Sra recebeu alguma ajuda para parar de fumar?

Sim	1	
Não	2	(PULE PARA 17.1)
NS	88	
NR	99	

16.26b. Que tipo de ajuda? **(PODE SELECIONAR MAIS DE UMA RESPOSTA)**

	Sim	Não	NS	NR
Sim, de um programa para parar de fumar	1	2	88	99
Sim, de um médico	1	2	88	99

Sim, de uma enfermeira	1	2	88	99
Sim, de um dentista	1	2	88	99
Sim, de um (a) psicólogo (a)	1	2	88	99
Sim, de um amigo	1	2	88	99
Sim, de um membro da família	1	2	88	99
Sim, de um padre ou qualquer outro líder religioso (pastor, etc...)	1	2	88	99
Sim, de uma "rezadeira"	1	2	88	99
Sim, mas de outra fonte (descreva)	1	2	88	99

.....**PERGUNTAS 27, 28 E 29 SOMENTE PARA EX-FUMANTES**.....

16.27. A Sra já fumou cigarros diariamente?

Sim	1
Não	2

NS	88
NR	99

16.28. Há quanto tempo a Sra parou de fumar?

1-3 meses	1
4-11 meses	2
1 ano	3
2 anos	4
3 anos	5
4 anos	6
5 anos	7
6 anos	8
7 anos ou mais	9
NS	88
NR	99

16.29. Qual foi a **PRINCIPAL** razão para a Sra decidir parar de fumar? (**SELECIONE APENAS UMA RESPOSTA**)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família, amigos e filhos à fumaça do cigarro	8
i. Porque não queria que meus filhos me copiassem começando a fumar	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESPECIFICAR.)	11
NS	88
NR	99

Agora sobre **FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

<p>17. Vou fazer algumas perguntas relativas a sua sexualidade durante <u>as últimas 4 semanas</u>. Considere: i) atividade sexual: refere-se a carícias, jogos sexuais, masturbação e relações sexuais; ii) relação sexual: define-se como penetração do pênis na vagina; iii) estimulação sexual: inclui jogos sexuais com o parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasias sexuais; iv) desejo ou interesse sexual é a sensação que inclui desejo de ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a estimulação sexual do parceiro e ter pensamentos ou fantasias sobre sexo. Escolha somente uma alternativa por pergunta.</p>	
17.1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu desejo ou interesse sexual?	Sempre ou quase sempre.....1 A maioria das vezes (mais que a metade).....2 Às vezes (aproximadamente a metade).....3 Poucas vezes (menos que a metade).....4 Quase nunca ou nunca.....5 NS.....88 NR.....99
17.2. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desejo ou interesse sexual?	Muito alto.....1 Alto.....2 Moderado.....3 Baixo.....4 Muito baixo ou nada.....5 NS.....88 NR.....99
17.3. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais da sexualidade. Pode incluir sensação de calor ou pulsátil nos órgãos genitais, lubrificação vaginal (umidade) ou contrações musculares. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade)3 Às vezes (aproximadamente a metade)4 Poucas vezes (menos que a metade)5 Quase nunca ou nunca.....6 NS.....88 NR.....99
17.4. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível de excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Muito alto2 Alto3 Moderado4 Baixo5 Muito baixo ou nada.....6 NS.....88 NR.....99
17.5 Nas últimas 4 semanas, qual grau de confiança a Sra tem em excitar-se durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Muito alta confiança.....2 Alta confiança3 Moderada confiança.....4 Baixa confiança5 Muito baixa ou nenhuma confiança.....6 NS.....88 NR.....99
17.6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeito com sua excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade)4 Poucas vezes (menos que a metade)5 Quase nunca ou nunca.....6 NS.....88 NR.....99
17.7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu lubrificação ou umidade vaginal durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade)4 Poucas vezes (menos que a metade).....5 Quase nunca ou nunca6 NS.....88 NR.....99

17.8. Nas últimas 4 semanas, foi difícil lubrificar-se (umedecer-se) durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Extremamente difícil ou impossível2 Muito difícil3 Difícil4 Pouco difícil5 Não foi difícil6 NS.....88 NR.....99
17.9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência mantém-se a sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Sempre ou quase sempre a mantenho2 A maioria das vezes a mantenho (mais que a metade).....3 Às vezes a mantenho (aproximadamente a metade).....4 Poucas vezes a mantenho (menos que a metade).....5 Quase nunca ou nunca mantenho a lubrificação vaginal até o final6 NS.....88 NR.....99
17.10. Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Extremamente difícil ou impossível2 Muito difícil3 Difícil4 Pouco difícil5 Não foi difícil6 NS.....88 NR.....99
17.11. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, com que frequência atinge o orgasmo ou clímax?	Não tenho atividade sexual1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade)4 Poucas vezes (menos que a metade)5 Quase nunca ou nunca6 NS.....88 NR.....99
17.12. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, é difícil atingir o orgasmo ou clímax?	Não tenho atividade sexual.....1 Extremamente difícil ou impossível2 Muito difícil3 Difícil4 Pouco difícil5 Não é difícil6 NS.....88 NR.....99
17.13. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita está com sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual1 Muito satisfeita2 Moderadamente satisfeita3 Nem satisfeita, nem insatisfeita4 Moderadamente insatisfeita5 Muito insatisfeita6 NS.....88 NR.....99
17.14. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita está com o envolvimento emocional existente durante a atividade sexual entre a Sra e seu parceiro?	Não tenho atividade sexual1 Muito satisfeita2 Moderadamente satisfeita3 Nem satisfeita, nem insatisfeita4 Moderadamente insatisfeita5 Muito insatisfeita6 NS.....88 NR.....99
17.15. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita está nas relações sexuais com seu parceiro?	Não tenho atividade sexual1 Muito satisfeita.....2 Moderadamente satisfeita3 Nem satisfeita, nem insatisfeita4

	Moderadamente insatisfeita5 Muito insatisfeita6 NS.....88 NR.....99
17.16. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua vida sexual em geral?	Não tenho atividade sexual1 Muito satisfeita.....2 Moderadamente satisfeita3 Nem satisfeita, nem insatisfeita4 Moderadamente insatisfeita5 Muito insatisfeita6 NS.....88 NR.....99
17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>durante</u> a penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual.....1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade)4 Poucas vezes (menos que a metade).....5 Quase nunca ou nunca6 NS.....88 NR.....99
17.18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>depois</u> da penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual.....1 Sempre ou quase sempre2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade).....4 Poucas vezes (menos que a metade)5 Quase nunca ou nunca.....6 NS.....88 NR.....99
17.19. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desconforto ou dor durante ou depois da penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual.....1 Muito alto.....2 Alto3 Moderado.....4 Baixo.....5 Muito baixo ou nada.....6 NS.....88 NR.....99
Calculo do Pesquisador Colocar o total de pontos Desejo....._/____ Excitação....._/____ Lubrificação....._/____	Orgasmo....._/____ Satisfação....._/____ Dor....._/____ Total....._/____

Agora sobre **HÁBITOS ALIMENTARES**

18. Eu vou perguntar sobre alguns alimentos para a Sra. Qual a frequência que a Sra consumiu cada um destes alimentos de 1ano atrás até os dias de hoje?

Alimento	(0) Não consome (não come)	(0) menos de 1x/mês	(1) 2 a 3 x/mês	(2) 1 a 2 x/semana	(3) 3 a 4 x/semana	(4) 5 ou mais x/semana	88 NS	99 NR
Hambúrguer								
Carnes gordurosas								
Frango frito								
Salsicha e lingüiça								
Frios								
Maionese								
Manteiga margarina								
Ovos								
Bacon								
Queijos e requeijão								
Leite integral								

Batata frita								
Salgadinhos de pacote								
Sorvete								
Produtos de pastelaria								
Sucos naturais de frutas								
Frutas								
Verduras								
Batata								
Feijão, lentilha, ervilha								
Legumes								
Cereais integrais								
Pão integral								
Pães convencionais								
Café								

Agora sobre **DEPRESSÃO (BECK)**

19. Eu vou lhe dizer algumas situações com quatro afirmações cada, depois de eu ler cada grupo dessas quatro afirmações, me diga qual descreve melhor a maneira como Sra tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.	
19.1. Não me sinto triste.....0 Eu me sinto triste.....1 Estou sempre triste e não consigo sair disso.....2 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	19.2. Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.....0 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.....1 Acho que nada tenho a esperar.....2 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.....3 NS.....88 NR.....99 Não Tem.....0
19.3. Não me sinto um fracasso.....0 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.....1 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracasso.....2 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	19.4. Tenho tanto prazer em tudo como antes.....0 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.....1 Não encontro um prazer real em mais nada.....2 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.5. Não me sinto especialmente culpada.....0 Eu me sinto culpada às vezes.....1 Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.....2 Eu me sinto sempre culpada.....3 NS.....88 NR.....99 9 Não tem.....0	19.6. Não acho que esteja sendo punida castigada)0 Acho que posso ser punida.....1 Creio que vou ser punida.....2 Acho que estou sendo punida.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.7 Não me sinto decepcionada comigo mesma.....0 Estou decepcionada comigo mesma.....1 Estou enojada de mim.....2 Eu me odeio.....3 NS.....88 NR.....99	19.8. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.....0 Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.....1 Eu me culpo sempre por minhas falhas.....2 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.....3

Não tem.....0	NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.9. Não tenho quaisquer idéias de me matar.....0 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.....1 Gostaria de me matar.....2 Eu me mataria se tivesse oportunidade.....3 NS.....88 NR.....9 9 Não tem.....0	19. 10. Não choro mais que o habitual.....0 Choro mais agora do que costumava.....1 Agora, choro o tempo todo.....2 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.11. Não sou mais irritada agora do que já fui.....0 Fico molesta ou irritada mais facilmente do que costumava.....1 Atualmente me sinto irritada o tempo todo.....2 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.....3 NS.....88 NR.....9 9 Não tem.....0	19.12. Não perdi o interesse nas outras pessoas.....1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.....2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.....3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.13. Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.....0 Adio minhas decisões mais do que costumava. ...1 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.....2 Não consigo mais tomar decisões.....3 NS.....8 8 NR.....9 9 Não tem.....0	19.14. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.0 Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos.....1 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.....2 Considero-me feia.3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.15. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.....0 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.....1 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.....2 Não consigo fazer nenhum trabalho.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	19.16. Durmo tão bem quanto de hábito.....0 Não durmo tão bem quanto costumava.....1 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.....2 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
19.17. Não fico mais cansada que de hábito.....0 Fico cansada com mais facilidade do que costumava.....1 Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer	19.18. Meu apetite não está pior do que de hábito.....0 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.1 Meu apetite está muito pior agora.2

coisa.....2	Não tenho mais nenhum apetite.....3
Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.....3	NS.....88
NS.....88	NR.....99
NR.....99	Não tem.....0
Não tem.....0	
19.19.	19.20.
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.....0	Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.....0
Perdi mais de 2,5 Kg.....1	Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.....1
Perdi mais de 5,0 Kg.....2	Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.....2
Perdi mais de 7,5 Kg.....3	Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.....3
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()	NS.....88
NS.....88	NR.....99
NR.....99	Não tem.....0
Não tem.....0	
19.21.	
Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.....0	
Estou menos interessada por sexo que costumava.....1	
Estou bem menos interessada em sexo atualmente.....2	
Perdi completamente o interesse por sexo.....3	
NS.....88	
NR.....99	
Não tem.....0	

20. Temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Indique agora os sintomas que a Sra apresentou **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. (Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma). (BECK)**

SINTOMAS	0	1	2	4	88	99
	AUSENTE	SUAVE não me incomoda muito	MODERADO é desagradável mas consigo suportar	SEVERO quase não consigo suportar	NS	NR
20.1. Dormência ou formigamento						
20.2. Sensações de calor						
20.3. Tremor nas pernas						
20.4. Incapaz de relaxar						
20.5. Medo de acontecimentos ruins						
20.6. Confuso ou delirante						
20.7. Coração batendo forte e rápido						
20.8. Insegura						
20.9. Apavorada						
20.10. Nervosa						
20.11. Sensação de sufocamento						
20.12. Tremor nas mãos						
20.13. Trêmula						
20.14. Medo de perder o controle						
20.15. Dificuldade de respirar						
20.16. Medo de morrer						
20.17. Assustada						

20.18. Indigestão ou desconforto abdominal						
20.19. Desmaios						
20.20. Rubor facial (Bochecha vermelha)						
20. 21. Sudorese (não devido ao calor)						

Agora sobre **AVALIAÇÃO DO SONO**

Vou lhe fazer agora algumas perguntas sobre o seu sono apenas do último mês. (Pittsburgh)

21.1. Durante o mês passado, a que horas a Sra foi se deitar à noite, na maioria das vezes?	Horas: _____ Minutos: _____ NS.....88 NR.....99
21.2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) a Sra demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?	Horas: _____ Minutos: _____ NS.....88 NR.....99
21.3. Durante o mês passado, a que horas a Sra acordou de manhã, na maioria das vezes?	Horas: _____ Minutos: _____ NS.....88 NR.....99
21. 4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite a Sra dormiu? Pode ser diferente do número de horas que a Sra ficou na cama.	Horas: _____ Minutos: _____ NS.....88 NR.....99
Para cada uma das questões seguintes, escolha <i>uma única resposta</i> , que a Sra ache mais correta.	
21.5. Durante o mês passado, quantas vezes a Sra teve problemas para dormir por causa de:	
i. Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
ii. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iii. Levantar-se para ir ao banheiro	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iv. Ter dificuldade para respirar	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
v. Tossir ou roncar muito alto	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
vi. Sentir muito frio	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
vii. Sentir muito calor	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4

	NS.....88 NR.....99
viii. Ter sonhos ruins ou pesadelos	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
ix. Sentir dores	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
x. Outras razões (por favor descreva)	_____ Quantas vezes a Sra teve problemas pra dormir por esta razão, durante o mês passado? _____ NS.....88 NR.....99 Não tem.....1
xi. Comentários	_____ Não tem.....1 NS.....88 NR.....99
21.6. Durante o mês passado, como a Sra classificaria a qualidade do seu sono?	Muito boa.....1 Boa.....2 Ruim.....3 Muito ruim.....4 NS.....88 NR.....99
21.7. Durante o mês passado, a Sra tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
21.8. Durante o mês passado, se a Sra teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isto aconteceu?	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
21.9. Durante o mês passado, a Sra sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?	Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo.....1 Indisposição e falta de entusiasmo pequenas.....2 Indisposição e falta de entusiasmo moderadas.....3 Muita indisposição e falta de entusiasmo.....4 NS.....88 NR.....99
21.10. Para a Sra, o sono é...	Um prazer.....1 Uma necessidade.....2 Outro.....3 Qual? _____ NS.....88 NR.....99
21.11. A Sra cochila?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
21.11.a A Sra cochila intencionalmente, ou seja, por que quer cochilar?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88

	NR.....99
21.12. Para a Sra, cochilar é	Um prazer.....1 Uma necessidade.....2 Outro.....3 Qual?..... NS.....88 NR.....99
(Berlin) 22.1. Seu peso mudou?	Aumentou.....1 Diminuiu.....2 Não mudou.....3 NS.....88 NR.....99
22.2. A Sra ronca?	Sim.....1 Não.....2 (VÁ PARA A 22.6) NS.....88 NR.....99
22.3. Intensidade do ronco:	Tão alto quanto a respiração.....1 Tão alto quanto falar.....2 Mais alto que falar.....3 Muito alto.....4 NS.....88 NR.....99
22.4. Frequência do ronco	Quase todo dia.....1 3-4 vezes por semana.....2 1-2 vezes por semana.....3 1-2 vezes por mês.....4 Nunca ou quase nunca.....5 NS.....88 NR.....99
22.5. O seu ronco incomoda outras pessoas?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
22.6. Com que frequência suas paradas respiratórias foram percebidas? (sente sufocada com falta de ar)	Quase todo dia.....1 3-4 vezes por semana.....2 1-2 vezes por semana.....3 1-2 vezes por mês.....4 Nunca ou quase nunca.....5 Não aplicável, pois o paciente dorme sozinho.....88 NR.....99
22.7. A Sra se sente cansado ao acordar?	Quase todo dia.....1 3-4 vezes por semana.....2 1-2 vezes por semana.....3 1-2 vezes por mês.....4 Nunca ou quase nunca.....5 NS.....88 NR.....99
22.8. A Sra se sente cansado durante o dia?	Quase todo dia.....1 3-4 vezes por semana.....2 1-2 vezes por semana.....3 1-2 vezes por mês.....4 Nunca ou quase nunca.....5 NS.....88 NR.....99
22.9. A Sra alguma vez dormiu enquanto dirigia?	Sim.....1 Não.....2 Não aplicável.....3 NS.....88 NR.....99
22.10. A Sra tem pressão alta?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

23 Imagine-se nas situações abaixo e pontue sua chance de cochilar como sendo: (Epworth)

23.1. Sentado e lendo	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.2. Assistindo TV	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.3. Sentado em um lugar público (cinema, igreja, sala de espera)	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.4. Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.5. Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.6. Sentado e conversando com alguém	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.7. Sentado calmamente após o almoço (sem álcool)	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 NS.....88 NR.....99
23.8. Dirigindo um carro, enquanto pára por alguns minutos ao pegar um trânsito intenso	nenhuma chance de cochilar.....1 pequena chance de cochilar.....2 moderada chance de cochilar.....3 alta chance de cochilar.....4 Não dirige5 NS.....88 NR.....99

As próximas perguntas são sobre seu uso de diversos tipos de **BEBIDAS ALCOÓLICAS**.

(MOSTRE CARTÃO A)

24.1. Com que frequência a Sra geralmente bebe **VINHO**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de **VINHO**. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)**

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos **últimos doze meses**, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1	
B	Duas vezes por dia	2	
C	Uma vez por dia	3	
D	Quase todos os dias	4	
E	Três ou quatro vezes por semana	5	
F	Uma ou duas vezes por semana	6	
G	Duas ou três vezes por mês	7	
H	Aproximadamente uma vez por mês	8	
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9	
J	Menos de uma vez por ano	10	
K	Nunca	11	(VÁ PARA 24.6)
	NS	88	
	NR	99	

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de vinho que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de vinho nos referimos a um copo de vinho de 90 ml.

(MOSTRAR CARTÃO 24.B)

24.2. Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade de vinho** que a Sra geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA 24.3a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	8 a 11 doses	3	(VÁ PARA 24.3b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(VÁ PARA 24.3c)
E.	4 doses	5	(VÁ PARA 24.3d)
F.	3 doses	6	(VÁ PARA 24.3e)
G.	2 doses	7	(VÁ PARA 24.3f)
H.	1 dose	8	(VÁ PARA 24.3g)
	NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	88	
	NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	99	

24.3. (MOSTRAR CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU

24.3a....12 ou mais doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3b....de 8 a 11 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3c....ao menos 5, 6 ou 7 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3d....4 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3e....3 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3f....2 doses de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.3g....1 dose de vinho em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		24.3 a. 12+ DOSES	24.3 b. 8-11 DOSES	24.3 c. 5-7 DOSES	24.3 d. 4 DOSES	24.3 e. 3 DOSES	24.3 f. 2 DOSES	24.3 g. 1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7

H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.D)

24.4a. Considere esses dois tipos de garrafas: garrafas tradicionais de vinho – branco e tinto - e um garrafão. As garrafas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Diga-me a letra correspondente ao tipo de garrafa que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses. (SE NÃO BEBE VINHO DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A QUESTÃO 24.6)**

Além desse tipo de garrafa a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses do outro tipo de garrafa?

24.4a		
	1ª Men.	2ª Men.
A	1	1
B	2	2
Nenhum	97	97
NS	88	88
NR	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.D)

24.4b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na garrafa que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses. **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU)**

24.4b							
A	B	C	D	E	F	Não sei	Recusa
1	$\frac{3}{4}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$		
1	2	3	4	5	6	98	99
1	2	3	4	5	6	98	99

(MOSTRE CARTÃO 24.E)

24.5a. Olhe para essa foto de diferentes tipos de taças de vinho e de um copo comum. As taças e o copo aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de taça de vinho que a Sra geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(SE NÃO BEBE VINHO NESTES TIPOS DE TAÇAS, PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO)**

24.6 Além desse tipo de taça/copo a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses em outro tipo de taça/copo?

(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE TAÇA/COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)

24.5a				
	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2
03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.E)

24.5b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na taça que a Sra selecionou em primeiro lugar, **nos últimos 12 meses.**
(REPETIR PARA TODAS AS TAÇAS/COPOS QUE BEBEU.)

24.5b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(MOSTRE CARTÃO 24.A)

A	Três ou mais vezes por dia	1	
B	Duas vezes por dia	2	
C	Uma vez por dia	3	
D	Quase todos os dias	4	
E	Três ou quatro vezes por semana	5	
F	Uma ou duas vezes por semana	6	
G	Duas ou três vezes por mês	7	
H	Aproximadamente uma vez por mês	8	
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9	
J	Menos de uma vez por ano	10	
K	Nunca	11	(VÁ PARA 24.11)
	NS	88	
	NR	99	

24.6. Com que frequência a Sra geralmente bebe **CERVEJA OU CHOPE**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO A RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de **cerveja ou chope** que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de cerveja nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja ou considere que uma garrafa corresponde a 2 doses ou garrafa "long neck" que corresponde a 1 dose ou 1 copo de chope que corresponde a 1 dose.

(MOSTRAR CARTÃO 24.B)

24.7. Durante os últimos doze meses, qual foi a **MAIOR QUANTIDADE DE CERVEJA** ou chope a Sra geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA 24.8a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(VÁ PARA 24.8b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(VÁ PARA 24.8c)
E.	4 doses	5	(VÁ PARA 24.8d)
F.	3 doses	6	(VÁ PARA 24.8e)
G.	2 doses	7	(VÁ PARA 24.8f)
H.	1 dose	8	(VÁ PARA 24.8g)
	NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	88	
	NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	99	

24.8 (MOSTRE CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.....

24.8a.....12 doses ou mais de **cerveja ou chope** em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas e copos de cerveja? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8b.....8 a 11 doses de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8c.....5, 6 ou 7 doses de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8d.....4 doses de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8e.....3 doses de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8f.....2 doses de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.8g.....1 dose de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		24.8a.	24.8b.	24.8c.	24.8d.	24.8e.	24.8f.	24.8g.
		12+	8-11	5-7	4	3	2	1
		DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSES	DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.F)

24.9a. Olhe para essa foto com copos e um caneco de chope. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de copo de chope, ou caneco, que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses**:

(SE NÃO BEBE CERVEJA/CHOPE NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA A QUESTÃO 24.10a)

Além desse tipo de copo a Sra também bebeu cerveja/chope nos últimos doze meses em outro tipo de copo?

(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)

	24.9a			
	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2
03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.F)

24.9b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, no copo ou caneco que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses:

(REPETIR PARA TODOS OS COPOS EM QUE BEBEU.)

24.9b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(MOSTRE CARTÃO 24.G)

24.10a. Olhe para essa foto com uma lata e garrafas – tamanho tradicional e “long neck” - de cerveja. Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo, se lata e/ou garrafa, que a Sra geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(SE NÃO BEBE CERVEJA DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO)**

24.11. Além desse tipo de garrafa/lata a Sra também bebeu cerveja nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa/lata? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA/LATA)**

	24.10a		
	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.
A	1	1	1
B	2	2	2
C	3	3	3
Nenhum	97	97	97
NS	88	88	88
NR	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.G)

24.10b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na lata ou garrafa que a Sra selecionou, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS/LATA QUE BEBEU.)**

24.10b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(MOSTRE CARTÃO 24.A)

24.11. Com que frequência a Sra geralmente bebe bebidas “ice” (destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados, como por exemplo Smirnoff Ice ou Johnnie Walker One)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)**

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1	
B	Duas vezes por dia	2	
C	Uma vez por dia	3	
D	Quase todos os dias	4	
E	Três ou quatro vezes por semana	5	
F	Uma ou duas vezes por semana	6	
G	Duas ou três vezes por mês	7	
H	Aproximadamente uma vez por mês	8	
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9	
J	Menos de uma vez por ano	10	
K	Nunca	11	(VÁ PARA 24.15)
	NS	88	
	NR	99	

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de **bebida “ICE”** que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de **bebida “ICE”** nos referimos a uma lata ou uma garrafa.

(MOSTRAR CARTÃO 24.B)

24.12 Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade** de latas ou garrafas de **bebidas ice** que a Sra bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA 24.13a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(VÁ PARA 24.13b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(VÁ PARA 24.13c)
E.	4 doses	5	(VÁ PARA 24.13d)
F.	3 doses	6	(VÁ PARA 24.13e)
G.	2 doses	7	(VÁ PARA 24.13f)
H.	1 dose	8	(VÁ PARA 24.13g)
	(NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO))	88	
	(NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO))	99	

24.13 (MOSTRE CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO

DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.....

24.13a.....12 doses ou mais de **bebidas ice** em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas e garrafas? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13b.....8 a 11 doses de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13c.....5, 6 ou 7 doses de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13d.....4 doses de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13e.....3 doses de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13f.....2 doses de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

24.13g.....1 dose de bebidas ice em um único dia? Apenas diga-me a letra no cartão.

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		24.13.a.	24.13. b.	24.13 c.	24.13. d.	24.13. e.	24.13. f.	24.13. g.
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8

I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.H)

24.14a. Olhe para essa foto com uma lata e uma garrafa “long neck” de bebida “ice”.

Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo, se lata ou garrafa, que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses**:

Além desse tipo de garrafa/lata a Sra também bebeu bebida “ice” nos últimos doze meses do outro tipo de garrafa/lata?

24.14a		
	1ª Men.	2ª Men.
A	1	1
B	2	2
Nenhum	97	97
NS	88	88
NR	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.H)

24.14b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na lata e/ou garrafa que a Sra selecionou, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS/LATAS QUE BEBEU).**

24.14b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(MOSTRE CARTÃO 24.A)

24.15. Com que frequência a Sra geralmente bebe cachaça, vodca, uísque, conhaque, rum ou outros destilados? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual.

(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1	
B	Duas vezes por dia	2	
C	Uma vez por dia	3	
D	Quase todos os dias	4	
E	Três ou quatro vezes por semana	5	
F	Uma ou duas vezes por semana	6	
G	Duas ou três vezes por mês	7	
H	Aproximadamente uma vez por mês	8	
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9	
J	Menos de uma vez por ano	10	
K	Nunca	11	VÁ PARA 24.22
	NS	88	
	NR	99	

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de bebida destilada, cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de bebida destilada nos referimos a um copo de 30 ml de destilados.

(MOSTRE CARTÃO 24.B)

24.16. Durante os últimos doze meses, qual foi a maior quantidade de bebidas contendo destilados de qualquer tipo, incluindo **cachaça, uísque, vodca, conhaque, rum** que a Sra bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA 24.17a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	De 8 a 11 doses	3	(VÁ PARA 24.17b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(VÁ PARA 24.17c)
E.	4 doses	5	(VÁ PARA 24.17d)
F.	3 doses	6	(VÁ PARA 24.17e)
G.	2 doses	7	(VÁ PARA 24.17f)
H.	1 dose	8	(VÁ PARA 24.17g)
	NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	98	
	NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)	99	

24.17 (MOSTRE CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO. DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.....e apenas diga-me a letra do cartão.

24.17a.....12 doses ou mais de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17b.....8 a 11 doses de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17c.....5, 6 ou 7 doses de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17d.....4 doses de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17e.....3 doses de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17f.....2 doses de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

24.17g.....1 dose de destilados em um único dia, ou seja, bebidas como cachaça, vodca, uísque ou outras?

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		24.17 a.	24.17. b.	24.17. c.	24.17. d.	24.17. e.	24.17. f.	24.17. g.
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.I)

24.18a. Olhe para essa foto com diferentes tipos de garrafas de destilados de 1 litro – cachaça, uísque, vodka, rum e conhaque.

Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo(s) de garrafa(s), que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses: (SE NÃO BEBE DESTILADOS DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA 24.19a)**. Além desse tipo de garrafa a Sra também bebeu destilados nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa?

(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA)

	24.18a				
	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
A	1	1	1	1	1
B	2	2	2	2	2
C	3	3	3	3	3
D	4	4	4	4	4
E	5	5	5	5	5
Nenhum	97	97	97	97	97
NS	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.I)

24.18b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na garrafa que a Sra selecionou, **nos últimos 12 meses: (REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU.)**

24.18b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	$\frac{3}{4}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(MOSTRE CARTÃO 24.J)

24.19a. Olhe para essa foto com diferentes tipos de copos de destilados. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo(s) de copo(s), que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses:**

(SE NÃO BEBE DESTILADOS NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA QUESTÃO 24.20)

Além desse tipo de copo a Sra também bebeu destilados nos últimos doze meses em outro tipo de copo?

(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)

	24.19a				
	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
01	1	1	1	1	1
02	2	2	2	2	2
03	3	3	3	3	3
04	4	4	4	4	4
05	5	5	5	5	5
Nenhum	97	97	97	97	97
NS	98	98	98	98	98
NR	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.J)

24.19b. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, no copos que a Sra selecionou em primeiro lugar, **nos últimos 12 meses:**

(REPITA PARA TODOS OS COPOS EM QUE BEBEU.)

24.19b							
A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	$\frac{3}{4}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

24.20. Entre os destilados que a Sra bebe, qual o que a Sra mais consome? (Cachaça, Uísque, Rum, Vodca ou outra bebida alcoólica)?

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
Cachaça	1	1	1	1	1
Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 3: _____	9	9	9	9	9
Nenhuma outra		97	97	97	97
NS	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99

(MOSTRE CARTÃO 24.A)

24.21. Com que frequência a Sra geralmente bebe **QUALQUER BEBIDA ALCOÓLICA** (incluindo **cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida**)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual.

(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

(Bebedor atual)	A. Três ou mais vezes por dia	1	
	B. Duas vezes por dia	2	
	C. Uma vez por dia	3	
	D. Quase todos os dias	4	
	E. Três ou quatro vezes por semana	5	
	F. Uma ou duas vezes por semana	6	
	G. Duas ou três vezes por mês	7	
	H. Aproximadamente uma vez por mês	8	
	I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9	
(Ex-bebedor)	J. Menos de uma vez por ano	10	VÁ PARA 24.26
(Abstinente na vida)	K. Nunca	11	VÁ PARA 24.29
	NS	98	
	NR	99	

(MOSTRE CARTÃO 24.B)

As próximas questões perguntam sobre quanto vinho, cerveja, destilado e bebida ice a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose, nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja, um copo de 90 ml de vinho, um copo de 30ml de destilados ou 1 lata ou garrafa de bebida ice.

24.22. Pense em **todas** as bebidas alcoólicas combinadas, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilados de qualquer tipo.

Durante os últimos doze meses, qual foi o **maior número de doses** que a Sra bebeu em um único dia? Apenas me diga a letra no cartão. **(CARTÃO DAS DOSES)**

A.	17 ou mais doses em um único dia	1	(VÁ PARA 24.23a)
B.	12 a 16 doses em um único dia	2	
C.	8 a 11 doses	3	(VÁ PARA 24.23b)
D.	5, 6 ou 7 doses	4	(VÁ PARA 24.23c)

E.	4 doses	5	(VÁ PARA 24.23d)
F.	3 doses	6	(VÁ PARA 24.23e)
G.	2 doses	7	(VÁ PARA 24.23f)
H.	1 dose	8	(VÁ PARA 24.23g)
NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)		88	
NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)		99	

Cerveja	Vinho garrafa	Vinho garrafão	Destilado	Bebidas Ice
1 garrafa = 2 doses	1 garrafa = 8 doses	1 garrafão = 36 doses	1 garrafa = 32 doses	1 garrafa de ice = 1 dose
1/2 garrafa = 1 dose	3/4 garrafa = 6 doses	3/4 garrafão = 27 doses	3/4 garrafa = 24 doses	1 lata de ice = 1 dose
1 lata cerveja = 1 dose	1/2 garrafa = 4 doses	1/2 garrafão = 18 doses	1/2 garrafa = 16 doses	
1 garrafa long neck = 1 dose	1/4 garrafa = 2 doses	1/4 garrafão = 9 doses	1/4 garrafa = 8 dose	
Chope	1 taça (90ml) = 1 dose		1 copo (30 ml) = 1 dose	
1 copo = 1 dose				

24.23. (MOSTRE CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO.

DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.... e apenas diga-me a letra do cartão.

24.23a.....12 ou mais doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23b.....8 a 11 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23c.....5, 6 ou 7 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23d.....4 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23e.....3 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23f.....2 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado?

24.23g.....1 dose de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia, ou seja, qualquer combinação de latas de cerveja, copos de vinho ou doses de destilado? Apenas diga-me a letra do cartão (SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO)

(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)

		24.23a	24.23b	24.23c	24.23d	24.23e	24.23f	24.23g
		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11

NS	88	88	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99	99	99

(MOSTRAR CARTÃO 24.L)

24.24 Quantas vezes a Sra dirigiu depois de beber álcool nos últimos 12 meses?

(NOTA PARA ENTREVISTADOR: DIRIGIR QUALQUER VEÍCULO, INCLUINDO CARRO, MOTO e CAMINHÃO) (RU – ESTIMULADA)

Quase todas as vezes que bebi	1	
Mais da metade das vezes que bebi	2	
Menos da metade das vezes	3	
Algumas vezes	4	
2 ou 3 vezes	5	
Só uma vez	6	
Nunca aconteceu	7	(VÁ PARA 24.29)
Nunca dirigi/não tenho carta (ESPONTÂNEO)	9	(VÁ PARA 24.29)
NS	88	(VÁ PARA 24.29)
NR	99	(VÁ PARA 24.29)

24.25. Quantas vezes a Sra dirigiu depois de beber 3 ou mais doses nos últimos 12 meses?

Quase todas as vezes que bebi	1	
Mais da metade das vezes que bebi	2	
Menos da metade das vezes	3	
Algumas vezes	4	
2 ou 3 vezes	5	
Só uma vez	6	
Nunca aconteceu	7	(VÁ PARA 24.29)
NS	88	
NR	99	

24.26. Quantas doses de bebida alcoólica a Sra pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

|_|_|_|_|_|_|_| (N. de Doses)

(MOSTRAR CARTÃO 24.M)

24.27. Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde a Sra havia bebido naquela ocasião? Por favor diga-me o local do cartão que melhor descreve aonde a Sra bebeu.

(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: CASO TENHA BEBIDO EM VÁRIOS LOCAIS NA MESMA OCASIÃO, PERGUNTE SOBRE O ÚLTIMO LOCAL EM QUE O INDIVÍDUO BEBEU)

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1	
Bar/Balada	2	
Casa de amigo	3	
Casa de Parentes	4	
Cinema	5	
Dirigindo	6	
Esporte	7	
Evento esportivo	8	
Fazendo compras	9	
Festa	10	
Hotel/Motel	11	
No trabalho	12	
Parque público/Plc-Nic	13	
Restaurante	14	
Shopping center	15	
Sua casa	16	
Outro – Aonde? _____	94	
Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses	95	(VÁ PARA 24.29)

NS	88	
NR	99	

24.28. Quantas doses a Sra bebeu naquela ocasião?

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7
NS	88
NR	99

(ABSTÊMIO VIDA TODA VEIO DA 24.5 = 11)

24.29. Quantas vezes a Sra foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
NS	88
NR	99

(ABSTÊMIO 24.5 = 11 TERMINE!)

24.30. Quantas vezes a Sra já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando dirigia após ter bebido qualquer quantidade de álcool?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4

Nunca aconteceu	5
Nunca dirigi/não tenho carta	97
NS	88
NR	99

24.31. Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que a Sra experimentou apenas 1 ou 2 goles.

____ idade ____ NS / não lembra (88) ____ NR (99)

24.32. Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?

____ idade ____ NS / não lembra (88) ____ NR (99)

(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PERGUNTE USANDO O TEMPO PASSADO)

24.33. Nos dias em que a Sra bebe (bebia), cerveja, vinho, bebidas ice, destilados, quantas doses a Sra geralmente bebe (bebia) por dia?

____ n° de doses ____ menos de uma dose por dia (999)

24.34. Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições. a Sra diria:

todo ou quase todo,	1
mais de metade,	2
metade,	3
menos de metade, ou	4
nada ou quase nada?	5

NS	88
NR	99

(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PULE PARA 24.39. (MOSTRE CARTÃO 24.M))

24.35. Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde a Sra mais bebeu. Aonde a Sra estava quando consumiu o maior número de doses? Diga-me o local do cartão.

(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO BEBEU O MESMO EM DIVERSOS LUGARES, PERGUNTE SOBRE O LOCAL MAIS RECENTE.)

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro - especifique _____	94
Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar	95
NS	88
NR	99

24.36. Com quem a Sra estava quando consumiu o maior número de doses de álcool?

(SE 24.35= 95, LEIA:) Com quem a Sra estava bebendo quando consumiu o maior número de doses de álcool na ocasião mais recente? (CIRCULE TODOS OS QUE SE APLICAM) (LEIA AS CATEGORIAS APENAS SE NECESSÁRIO)

A.	Sozinho (a)	1
B.	Com amigos	2
C.	Com parceiro amoroso (incluindo esposa/marido)	3
D.	Com estranhos	4
E.	Com familiares	5
F.	Com um(a) paquera	6
G.	Com colegas de trabalho/escola	7
H.	Com outra pessoa: (ESPECIFIQUE): _____	8
NS		88
NR		99

24.37. Quantas doses de álcool a Sra bebeu nessa ocasião? **(SE NECESSÁRIO USE TABELA DE EQUIVALÊNCIA)**

|_|_|_|_| nr. doses |_|_| NS / não lembra (88) |_|_| NR (99)

(NOTA PARA ENTREVISTADOR: COMO ESSA PERGUNTA É DE “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO).

24.38. A Sra diria que foram quantas doses?

17 ou mais doses em um único dia	1
12 a 16 doses em um único dia	2
5, 6 ou 7 doses	3
De 8 a 11 doses	4
4 doses	5
3 doses	6
2 doses	7
1 dose	8
NS	88
NR	99

SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR BEBEDOR ATUAL (24.23 =1 à 9), PULE PARA 24.40.

SE EX-BEBEDOR (24.21 =10), CONTINUE.

24.39. Já houve algum período de tempo em que a Sra bebeu vinho, bebidas ice ou destilado, ao menos uma vez por ano?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

24.40. Qual é o maior número de doses que a Sra se lembra de ter consumido em uma ocasião?

nº doses (**VÁ PARA 24.42**) NS / não lembra (88) (**CONTINUE**)

NR (99) (**VÁ PARA 24.42**)

24.41. Foi quatro ou mais?

MULHER:	SIM: (QUATRO OU MAIS)	93	
	NÃO: (TRÊS OU MENOS)	92	(TERMINE)

SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), TERMINE.

24.42. Durante os últimos 12 meses, com que frequência a Sra bebeu quatro ou mais doses de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião, ou seja, **durante cerca de 2 horas?**

nº vezes (**VÁ PARA 24.43**) NS / não lembra (88) (**VÁ PARA 24.43**)

NR (99) (**TERMINE**)

24.43. Qual a frequência que isso aconteceu?

(NOTA AO ENTREVISTADOR: COMO ESSE PERGUNTA É UMA “INVESTIGAÇÃO”, LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOTRAR O CARTÃO).

Todos os dias,	1
5 a 6 vezes por semana,	2
3 a 4 vezes por semana,	3
1 a 2 vezes por semana,	4
2 a 3 vezes por mês,	5
uma vez ao mês,	6
7 a 11 vezes nos últimos 12 meses,	7
3 a 6 vezes nos últimos 12 meses,	8
duas vezes nos últimos 12 meses,	9
uma vez nos últimos 12 meses,	10
nunca nos últimos 12 meses?	11
NS	88
NR	99

Tempo de entrevista: **Horas:** _____ **Minutos:** _____

ANEXO 8

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS –ANTROPOMETRIA

Data da coleta: __/__/__ Hora de início: __:__ Hora de término __:__

Nome da mulher: _____ N. registro _____

Nome avaliador (a)	1. USF RG da entrevistada	_____(nome e micro área) _____	
	2. Peso	_____ Kg	_____ Kg
	3. Estatura	_____ m	_____ m
	4. Pressão arterial	1ª _____ mmHg 2ª _____ mmHg 3ª _____ mmHg	
	5. Circunferência abdominal	_____ cm	_____ cm
	6. circunferência quadril	_____ cm	_____ cm

José Mendes Aldrighi

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1971). Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1987). Professor Associado, Livre-docente em Saúde da Mulher pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor de Pós-graduação do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 09/12/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/9288664060952694>

Dados pessoais

Nome José Mendes Aldrighi

Nome em citações bibliográficas ALDRIGHI, J. M.

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Dr Arnaldo 715
Cerqueira Cesar
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617703
URL da Homepage: <http://>

Formação acadêmica/Titulação

- 1996** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Repercussões dos estrogênios e progestogênios sobre as lesões ateroscleróticas da aorta e das artérias coronárias em coelhas ooforectomizadas submetidas a dieta hipercolesterolêmicas. Ilações para a clínica e para a saúde pública., *Ano de obtenção:* 1996.
Palavras-chave: estrogênios; progestogênios; aterosclerose.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1985 - 1987** Doutorado em Medicina (Ginecologia) .
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: Contraceptivos hormonais orais trifásicos: repercussões sobre o colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas e apoproteínas usuárias acima de 35 anos, *Ano de Obtenção:* 1987.
Orientador: Geraldo Rodrigues de Lima.
Palavras-chave: contraceptivo hormonal oral; colesterol; triglicerídeos; lipoproteínas; apoproteínas.
Setores de atividade: Saúde Humana.
- 1972 - 1973** Especialização em Ginecologia e Obstetrícia .
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.
- 1966 - 1971** Graduação em Medicina .
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.

Débora Aparecida Paccola de Rezende

Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Sagrado Coração (1998). Especialização na área de Ortopedia e Traumatologia, Saúde da Mulher e Pós-graduação (Mestrado em andamento FSP/USP) em Saúde Pública na área de Saúde da Mulher. Fisioterapeuta integrante do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 11/02/2009

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6667345036304113>

Dados pessoais

Nome Débora Aparecida Paccola de Rezende

Nome em citações bibliográficas PACCOLA, D. A.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

2008	Mestrado em andamento em Mestrado em Saúde Pública .
Faculdade de Saúde Pública.
<i>Título:</i> Prevalência de Quedas Referidas e Fatores Associados na Transição e Após a Menopausa. <i>Orientador:</i> José Mendes Aldrighi.
<i>Palavras-chave:</i> Quedas acidentais; Epidemiologia; Menopausa.
<i>Grande área:</i> Ciências da Saúde / <i>Área:</i> Saúde Coletiva.
<i>Grande área:</i> Ciências da Saúde / <i>Área:</i> Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
<i>Setores de atividade:</i> Educação; Saúde e Serviços Sociais.
2006 - 2006	Especialização em Especialização em Saúde da Mulher no Climatério . (Carga Horária: 400h).
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
<i>Título:</i> _____.
2003 - 2005	Especialização em Fisioterapia Ortopédica e traumatológica . (Carga Horária: 360h).
Centro Universitário Católico Salesiano "Auxilium".
<i>Título:</i> Análise da dor na postura ortostática: estudo em funcionários de uma empresa agroindustrial de Bauru ..
<i>Orientador:</i> Claudia P. C. Martins Siqueira e Heloisa H. Rovey da Silva.
1999 - 1999	Aperfeiçoamento em Reabilitação das Fissuras Lábio-Palatais .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
<i>Título:</i> Reabilitação em fissuras Lábio-Palatais. Ano de finalização: 1999.
1995 - 1998	Graduação em Fisioterapia .
Universidade do Sagrado Coração, USC, Brasil.
<i>Título:</i> "Os efeitos do Tabagismo sobre a Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Saturação de Oxigênio"..
<i>Orientador:</i> Jorge Antonio de Almeida.